



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

RAPPORT FINAL

**EFFECTIF RÉGIONAL DES RESSOURCES
HUMAINES EN SANTÉ ET EN SERVICES
SOCIAUX DES COMMUNAUTÉS
DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

20 JUILLET 2020

RAPPORT PRODUIT PAR



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



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

RAPPORT FINAL

EFFECTIF RÉGIONAL
DES RESSOURCES HUMAINES
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
DES COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

20 JUILLET 2020



RÉDACTEUR PRINCIPAL

Jean Levasseur-Moreau, chargé de projets – processus de gouvernance en santé et en services sociaux, CSSSPNQL

COLLABORATEURS

Marjolaine Sioui, directrice générale, CSSSPNQL

Patrice Lacasse, conseiller à la gouvernance, CSSSPNQL

Nicolas Couët, analyste de données, CSSSPNQL

Émilie Grantham, agente de recherche, CSSSPNQL

RÉVISION LINGUISTIQUE

Edgar

CRÉDITS PHOTOS

Marc Tremblay, Patrice Gosselin, Shutterstock et centres de santé des communautés de Manawan, Pessamit et Timiskaming

NOTE AU LECTEUR

Veuillez noter que le genre masculin est utilisé comme générique dans le seul but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions remercier les représentants des communautés et des organisations des Premières Nations pour leur collaboration essentielle au présent rapport.

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, à l'adresse gouvernance.cssspnql.com/. Toute reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction et la diffusion, même partielles, sont interdites sans l'autorisation de la CSSSPNQL. Sa reproduction ou son utilisation à des fins personnelles, mais non commerciales, est toutefois permise à condition d'en mentionner la source, de la façon suivante :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [2019]. *[Effectif régional des ressources humaines en santé et en services sociaux des communautés des Premières Nations au Québec]*, Wendake, [52 pages].

Toute demande doit être adressée à la CSSSPNQL par courrier ou par courriel aux coordonnées ci-dessous :

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

250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102

Wendake (Québec) G0A 4V0

info@cssspnql.com

ISBN version imprimée: 978-1-77315-310-0

ISBN version Web: 978-1-77315-311-7

© CSSSPNQL 2019

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	4
1.1	Processus de gouvernance en santé et en services sociaux	4
1.2	L'état de santé des Premières Nations au Québec	5
1.3	Mandat et objectifs du projet	6
1.4	Retombées souhaitées du projet	6
2	MÉTHODOLOGIE	7
2.1	Collecte et analyses des données	7
2.2	Limites méthodologiques	9
2.3	Considérations éthiques	9
3	CONSTATS QUANTITATIFS EN RESSOURCES HUMAINES	10
3.1	La pratique des médecins dans les communautés	10
3.2	La pratique des infirmiers dans les communautés	15
3.3	La pratique d'autres ressources spécialisées œuvrant en santé et en services sociaux	18
4	CONSTATS QUALITATIFS GLOBAUX	21
5	CONSTATS QUALITATIFS SITUATIONNELS	24
6	OBSTACLES À LA PRESTATION DE SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS	27
6.1	Obstacles financiers	28
6.2	Obstacles légaux et politiques	29
6.3	Obstacles en lien avec l'acquisition et la gestion de données	29
6.4	Obstacles en lien avec la scolarisation et la formation des candidats	30
6.5	Obstacles en lien avec la stabilité organisationnelle	30
7	INCITATIFS À LA RÉTENTION ET À L'EMBAUCHE DE PERSONNEL DANS LA COMMUNAUTÉ	31
8	CONSTATS SUR LES BESOINS EN FORMATION ET EN ACCOMPAGNEMENT	33
8.1	Accompagnement professionnel clinique	33
8.2	Accompagnement en administration et en gestion	34
8.3	Accompagnement en communication	34
9	CONSTATS SUR L'INTÉGRATION CULTURELLE	35
10	BONNES PRATIQUES EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE DANS LES COMMUNAUTÉS	36
10.1	Renforcement des capacités locales et collaboration multisectorielle	36
10.2	Amélioration de l'accès aux services pour la population	36
10.3	Organisation interne	37
11	CONCLUSION	38
12	PERSPECTIVES	39
13	ANNEXES	41
	Annexe 1. Communautés et organisation de Première Nation ayant participé au projet et dates auxquelles ont eu lieu les rencontres	41
	Annexe 2. Formulaire de consentement pour la participation au projet	42
	Annexe 3. Note d'information concernant le projet	43
	Annexe 4. Répartition du nombre de médecins et de leur équivalence à temps complet selon les communautés en fonction de la taille et de la langue parlée	45

1 INTRODUCTION

1.1 PROCESSUS DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Les Premières Nations ont depuis 2014 entamé une démarche d'autodétermination en matière de santé et de services sociaux. En raison de difficultés d'accès aux ressources ainsi que du manque de flexibilité des programmes et du financement en santé et en services sociaux, les Premières Nations souhaitent une plus grande autodétermination. À moyen et long terme, effectuer un portrait des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux dans la communauté ainsi que des besoins actuels permettra une planification plus adaptée de la mise en œuvre de nouvelles structures de gouvernance adaptées à la réalité des Premières Nations au Québec*.

Plus précisément, l'accès à des soins et à des services de santé de qualité constitue un enjeu primordial pour les Premières Nations et varie considérablement d'une communauté à l'autre, ce qui résulte en d'importantes iniquités entre les communautés elles-mêmes ainsi qu'avec le reste du Québec et du Canada. Selon l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) publiée en 2008, environ 40 % des adultes des Premières Nations estiment avoir un niveau d'accessibilité aux services de santé inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Parmi les deux principaux obstacles, 27,9 % des répondants rapportent des listes d'attentes trop longues et 15,7 % soulignent l'absence de médecin ou d'infirmier dans leur région.

Bien que la *Loi canadienne sur la santé* assure un accès universel et équitable aux services de santé pour tous les résidents, de nombreux échos des communautés ainsi que d'organisations régionales et nationales, y compris des recherches indépendantes, demeurent perplexes quant à son application. Il existe d'ailleurs plusieurs rapports provenant du Tribunal canadien des droits de la personne faisant état de la nécessité et de l'urgence pour différentes instances régionales de mettre encore davantage d'efforts pour favoriser l'accès à des soins de santé et à des services sociaux de qualité pour les Premières Nations. Bien que certaines données soient disponibles, il n'existe à l'heure actuelle, à notre connaissance, aucun rapport faisant état des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés.

La stabilité de offre de services en santé et en services sociaux dans la communauté ainsi que l'accès à des services à proximité de la communauté dépendent fortement des défis associés au recrutement et à la rétention du personnel médical. Ces défis représentent des éléments critiques chez les communautés des Premières Nations et sont influencés par différents facteurs qui leur sont propres (aspects culturels, langue, situation géographique, etc.). Le présent rapport aborde également l'incidence des différents facteurs pouvant affecter l'offre de services dans la communauté ; sujet qui représente un autre aspect peu documenté de la littérature.

* La démarche spécifique de gouvernance en santé et en services sociaux ici mentionnée ainsi que le présent inventaire n'incluent pas les Cris, les Naskapis, ni les Inuit.

1.2 L'ÉTAT DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

Depuis plusieurs années, de nombreux efforts sont déployés afin de pallier la disparité entre l'état de santé des Premières Nations au Québec et celui du reste de la population québécoise et canadienne. Les résultats de la dernière Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (2015) soulignent, entre autres, des problématiques d'obésité (chez environ 44 % des adultes et 46 % des 2 à 11 ans) et de diabète (chez 17 % des adultes)¹. Dans certains cas, bien que l'évolution d'une problématique soit en voie d'amélioration, comme pour le tabagisme, son état actuel peut demeurer à surveiller (ex. : plus du tiers de la population âgée de 12 ans et plus sont des fumeurs). Plusieurs autres problématiques affectant les Premières Nations requièrent également une attention particulière, telles que la sédentarité, les dépendances, la santé mentale, etc.

Bien que ces facteurs dépassent le cadre du présent rapport, l'importance des déterminants sociaux de la santé est à garder en tête lors de l'interprétation des différents constats qui seront rapportés, ainsi qu'en lien avec l'élaboration de potentielles stratégies palliatives. Il faut prendre en considération les constats ici présentés à l'intérieur d'un cadre d'analyse qui inclut également les problématiques de taux d'emploi, d'éducation, de logement, de revenu, etc. L'ERS 2015 rapporte par exemple une plus faible propension à consulter un médecin ou un infirmier chez les membres des Premières Nations ayant un faible revenu ainsi que ceux n'ayant pas terminé leurs études secondaires.

En plus de facteurs historiques et politiques, l'état de santé actuel des Premières Nations en fait une population dite *vulnérable*. Il est donc essentiel de mettre en œuvre une planification stratégique permettant de continuer de veiller à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations.

À cet effet, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) s'est dotée d'un plan stratégique² au cœur duquel se retrouvent les axes prioritaires suivants :

- › *L'accès à des soins et à des services de qualité*
- › *Une gouvernance en matière de reconnaissance des droits et des intérêts des Premières Nations*
- › *Le renforcement des capacités*
- › *Les saines habitudes de vie*
- › *La sensibilisation culturelle*

1. Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec, ERS, 2015.

2. Plan stratégique 2017-2020 – Vers un accès équitable à des soins et à des services de qualité

1.3 MANDAT ET OBJECTIFS DU PROJET

L'état de santé d'une population est influencé par l'accessibilité à des soins de santé et à des services sociaux de qualité. Or, une bonne gestion en santé et en services sociaux passe par une appréciation qualitative et quantitative des ressources disponibles en fonction des besoins. Il existe actuellement un manque important de données sur le sujet chez les Premières Nations. Effectuer un constat de l'offre de services médicaux et professionnels accessibles dans les communautés contribuera à orienter les travaux et les priorités à l'échelle locale et régionale afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations. Le présent rapport vise à apporter des constats qui pourront nourrir certaines de ces priorités stratégiques.

L'objectif de ce projet était de dresser le portrait des ressources œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés des Premières Nations au Québec³. Le présent rapport découle de ce portrait et vise à contribuer à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé et aux services sociaux. De plus, ce rapport vise à apporter des éléments facilitateurs dans un processus intérim à celui de gouvernance entre les Premières Nations et les instances gouvernementales à l'échelle régionale et fédérale.

1.4 RETOMBÉES SOUHAITÉES DU PROJET

Les résultats de ce projet serviront tout d'abord à alimenter le processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec. De plus, les résultats contribueront à l'amélioration de l'offre de services aux Premières Nations par la CSSSPNQL. Un meilleur portrait des ressources et des besoins en santé et en services sociaux contribuera à bonifier les habiletés des preneurs de décisions ainsi que des intervenants sur les plans communautaire et régional.

Plus concrètement :

- › *Sur le plan de l'accompagnement offert par la CSSSPNQL, le fait de connaître les ressources ainsi que les besoins des communautés et organisations en matière de santé et de services sociaux facilite le soutien offert pour le renouvellement ou l'établissement d'ententes avec le réseau provincial.*
- › *Le fait de connaître les enjeux en termes d'emplois, de compétences ou de besoins particuliers contribuera à la création d'outils adaptés à la réalité des Premières Nations.*
- › *Sur le plan des formations, une offre régionale pourra être développée en fonction des besoins afin que davantage d'intervenants de différentes communautés puissent en bénéficier simultanément.*

3. À l'exception de la Nation crie, de la Nation naskapie et des Inuits.

- › *Des fiches communautaires contenant les informations rapportées quant au nombre de ressources ainsi que du nombre d'heures travaillées par ces ressources seront transmises aux communautés. Cet exercice vise une perspective longitudinale où les communautés pourront maintenir à jour ces fiches (p. ex. sur une base annuelle). Cela aura des bénéfices pour les communautés sur le plan administratif quant à la gestion de l'information (par et pour les Premières Nations) ainsi qu'à des fins de perfectionnement continu des ressources (qualité des services).*

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 COLLECTE ET ANALYSES DES DONNÉES

La collecte de données a été effectuée d'avril à octobre 2018. Il s'agit d'observations découlant de visites dans différents établissements de santé et mieux-être dans les communautés, où les directeurs de la santé et des services sociaux ainsi que leur personnel de soutien ont été rencontrés. Les rencontres pour la cueillette de données étaient d'une durée approximative de trois heures et étaient conduites sous forme d'entrevues structurées et semi-structurées. Au total, 29 communautés issues de huit différentes Nations ainsi qu'une organisation des Premières Nations ont participé au projet. La liste des communautés et de l'organisation participantes ainsi que les dates auxquelles les entretiens ont eu lieu sont disponibles à l'annexe 1.

Deux types de données ont été recueillis : soit **qualitatives** et **quantitatives**.

Les données **qualitatives** sont issues de questions entourant les enjeux suivants :

- › *Les besoins cernés en termes de perfectionnement et de formation*
- › *Les obstacles spécifiques à une prestation de services optimale*
- › *Les succès ou les expériences positives en santé et mieux-être*
- › *Les incitatifs à l'embauche et à la rétention du personnel*

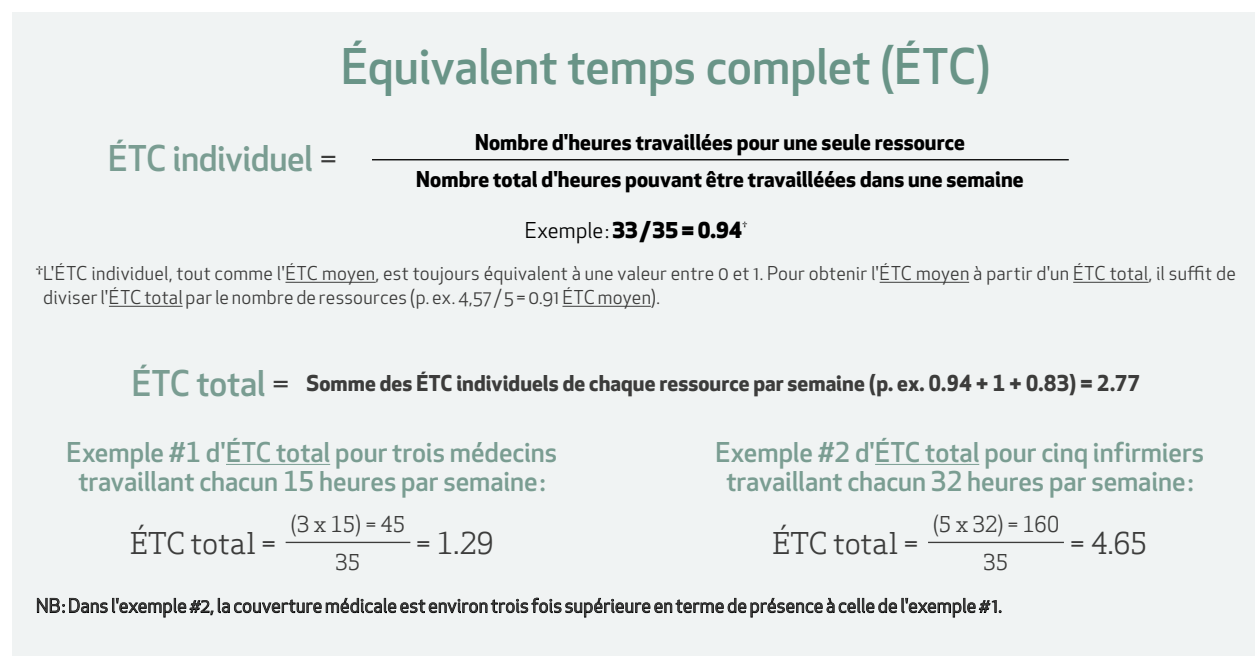
Les données **quantitatives** sont relatives à l'ensemble des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés⁴ :

- › *Le nombre de professionnels (p. ex. 8 infirmiers)*
- › *Le nombre d'heures travaillées par ressource, par semaine (p. ex. tous à temps plein – 35 h)*

4. Les ressources humaines œuvrant en cabinet privé n'ont pas été comptabilisées dans le cadre de ce portrait.

Puisque certaines données étaient exprimées en heures par mois ou par année plutôt que par semaine, le nombre d'heures travaillées a été converti en équivalent temps complet (ETC) pour faciliter les comparaisons. Il s'agit d'une mesure de la capacité de travail d'une entreprise ou d'une organisation. L'équivalent temps complet **individuel ou moyen** (c.-à-d. pour une même ressource ou une moyenne générale) varie toujours entre 0 et 1. Le maximum possible d'heures travaillées par semaine a été fixé à 35 heures par semaine pour une ressource (c.-à-d. ETC = 1). Ainsi une personne travaillant à temps plein six mois par année aura un ETC de 0,5. Dans le cas d'un **ETC total**, trois personnes travaillant à temps plein durant toute l'année représentent, dans leur établissement, un ETC total de 3. L'équivalent temps complet total est obtenu en additionnant toutes les valeurs d'ETC individuel (à temps plein et à temps partiel) par l'ensemble des ressources professionnelles. Voir la figure ci-dessous pour une représentation visuelle du calcul de l'ETC.

Figure 1. Calcul de l'équivalence à temps complet et exemples



L'analyse des données a été effectuée par les membres de l'équipe de la CSSSPNQL. Les médianes ont été préférées aux moyennes puisqu'elles rendent un portrait plus juste de la réalité étant donné que les moyennes sont très influencées par les données extrêmes (p. ex. les communautés dont la taille de la population est très élevée). Ainsi, la médiane représente une mesure de tendance centrale qui est moins influencée par les données extrêmes, comparativement à la moyenne. De plus, afin de contrôler pour le facteur de la taille des populations, les mesures d'ETC ont été rapportées sur un ratio de 1000 habitants pour des comparaisons plus fiables entre les différentes communautés.

Puisque certaines communautés ne comptent aucun membre vivant dans la réserve, elles ont dû être exclues des analyses quantitatives. Toutefois, l'apport qualitatif de ces communautés fait partie intégrante du présent rapport.

2.2 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

L'une des limites, en lien avec le roulement de personnel élevé dans les communautés (qui sera abordé plus loin), est que la collecte de données s'est effectuée sur une période d'environ six mois. Il est donc raisonnable de présumer que des changements relativement à l'effectif professionnel se sont produits pour certaines communautés entre la première et la dernière collecte.

Une seconde limite relève du fait qu'aucune vérification n'était prévue quant à la scolarisation, à la diplomation ou encore aux années d'expérience de chaque employé rapporté dans le présent effectif. Les données furent recueillies de façon indirecte sur la base d'entrevues avec des représentants des établissements de santé et de services sociaux des communautés ou organisations des Premières Nations. Toutefois, il importe de préciser que le présent projet ne comportait aucune visée évaluative par rapport à ces facteurs.

Parallèlement, en raison de l'importante variation d'appellations pour un même emploi, des regroupements de rôles professionnels ont dû être effectués (« professionnels en réadaptation » pour les physiothérapeute, ergothérapeute, kinésiologue, etc.) afin de livrer un portrait plus complet de la réalité dans la communauté. Cet exercice a également été fait dans un souci de comparabilité.

Le présent projet s'intéressait à l'accès aux professionnels œuvrant en santé et en services sociaux dans la communauté. Le présent rapport ne tient donc pas compte des ressources sollicitées en dehors de la communauté. Comme les entrevues concernaient les établissements de santé et mieux-être (centre de santé, postes de soins, services sociaux), il est possible que certains professionnels (ex.: orthophonistes) embauchés par d'autres secteurs de la communauté, tels que l'éducation, ne soient pas comptabilisés à l'intérieur de la présente collecte de données.

2.3 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le consentement écrit de chaque communauté a été obtenu préalablement à la collecte de données (voir l'annexe 2). De plus, tous les répondants ont reçu une note d'information (voir l'annexe 3) sur le présent projet (objectifs, implications, etc.).

À des fins de confidentialité, les données seront toujours présentées sous forme de médianes ou de ratios et en aucun cas sous forme de données individuelles (c.-à-d. par communauté). Ce souci de la confidentialité des répondants se reflète également dans les détails des constats rapportés au plan qualitatif. Tout au long de ce projet, les principes de propriété, contrôle, accès et possession (PCAP)⁵ des Premières Nations ont été respectés.

5. L'application de ces principes sert de mécanisme de protection du patrimoine informationnel et des connaissances des Premières Nations. Ces principes évoquent la propriété collective de l'information par une communauté, une nation, un groupe. Ils s'étendent à la recherche, aux enquêtes populationnelles, aux sondages, à la veille documentaire, aux systèmes de gestion de l'information ainsi qu'aux connaissances à caractère culturel. Ils visent tous les aspects de l'information, notamment sa création et sa gestion. Ces principes s'appliquent à tous types de recherche et à tous les domaines de recherche qui se déroulent sur les territoires des Premières Nations ou qui concernent les Premières Nations.
http://cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/protocole_recherche_fr_web.pdf?sfvrsn=2

3 – CONSTATS QUANTITATIFS EN RESSOURCES HUMAINES

3.1 LA PRATIQUE DES MÉDECINS DANS LES COMMUNAUTÉS

Pour donner suite au présent projet, il est possible de dégager certains constats sur la pratique des médecins (et infirmiers) de façon spécifique. Voici un tableau résumant le temps de présence des médecins pour chaque communauté.

Figure 2. Portrait global[†] du nombre et de la présence de médecins par communauté

Emplacement	Nombre de médecins	Couverture totale (nombre total d'heures de présence de médecins, par semaine)	Population	Couverture par habitant (minutes par semaine)
Communauté	-	-	-	-
Zone 1	A	2	Petite ou moyenne	15 minutes**
	B	2	Petite ou moyenne	Entre 1 et 2 minutes
	C (généralistes)	12	Grande ou très grande	s.o.***
	C (spécialistes)	6	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	D	4	Grande ou très grande	Entre 1 et 2 minutes
	E	2	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	F	2	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	G	0	Grande ou très grande	0
	H	1	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	I	1	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	J	6	Grande ou très grande	Entre 1 et 2 minutes
	K	4	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	L	2	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	M	1	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	N	2	Grande ou très grande	Entre 1 et 2 minutes
	O	1	Petite ou moyenne	Entre 1 et 2 minutes
Zone 2, 3 et 4	P	0	Petite ou moyenne	0
	Q	1	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	R	1	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	S	3	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	T	5	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	U	4	Grande ou très grande	Moins de 1 minute
	V	4	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	W	3	Grande ou très grande	Entre 1 et 2 minutes
	X	4	Petite ou moyenne	Entre 1 et 2 minutes
	Y	1	Petite ou moyenne	Moins de 1 minute
	Z	2	Grande ou très grande	Entre 1 et 2 minutes

Petites et moyennes communautés (N=13) = communautés de moins de 1 000 habitants;
Grandes et très grandes communautés (N=13) = communautés de 1 000 habitants ou plus.

Certaines communautés font face à d'importantes rotations de médecins (c.-à-d. un nombre élevé de médecins pour un faible nombre d'heures de présence), et ce nombre d'heures est souvent rapporté par mois (c.-à-d. une visite par médecin, par mois). Par souci de comparabilité, ces rapports de visites mensuelles par médecins ont été transformés en heures totales de présence par semaine (ce qui ne signifie pas que les mêmes médecins soient présents sur une base hebdomadaire en termes de continuum de services).

* Les communautés sans assises territoriales et les communautés sans centre de santé ou poste de soins ne sont pas représentées dans le tableau ci-dessus.

** L'entente entre cette communauté et l'un des médecins stipulait que ce dernier pouvait également voir ses patients allochtones dans la communauté. Cette entente visait à garantir une présence de médecin dans la communauté sans le pénaliser quant au nombre de patients vus.

*** Bien que nous disposions d'une valeur fournie par la communauté (ETC = 5,6), cette valeur ne peut être incluse par souci de comparabilité quant à la méthodologie de quantification utilisée. Il est également pertinent de mentionner que cette communauté dispose d'un hôpital, et non d'un centre de santé ou d'un poste de soins, ce qui justifie la disparité en termes du nombre de médecins comparativement aux autres communautés.

Pour la très grande majorité des communautés ayant participé au projet (81,5 %), il n'existe aucun contrat écrit liant la communauté à un ou plusieurs médecins offrant des services dans la communauté. Il est ainsi difficile, voire impossible, pour ces communautés de garantir des heures de prestation de services par des médecins. En effet, la majorité des communautés (avec une entente verbale ou non) rapporte soit un nombre insuffisant d'heures de présence des médecins dans la communauté, ou encore un non-respect des disponibilités initialement offertes se traduisant par des présences sporadiques et des plages horaires communiquées aux établissements de santé dans la communauté dans des délais laissant peu de place à la planification.

Le tableau ci-dessous suggère que les communautés avec une entente écrite affichent un nombre de médecins inférieur à celui des communautés ayant une entente verbale. Les communautés ayant une entente écrite semblent néanmoins bénéficier d'une couverture plus complète en termes de présence (c.-à-d. un équivalent temps complet [ETC] de médecins par 1000 habitants), et ce même avec un plus petit nombre de médecins (voir la section « méthodologie », p. 8 pour plus de détails sur le calcul de l'ETC). Ces résultats suggèrent que les ententes écrites peuvent être avantageuses pour les communautés des Premières Nations.

Figure 3. Comparaison entre les communautés en fonction du type d'entente avec les médecins (ratio de médecins / 1000 habitants et équivalence à temps complet – ETC total)

	Nombre de médecins par 1000 habitants* (médiane)	ETC total par 1000 habitants dans la communauté (médiane)
Pas d'entente et absence de MD (N=2)	0,00	0,00
Entente verbale seulement (N=19)	2,87	0,33
Entente écrite (N=5)	2,00	0,44
Total (N=26)	2,42	0,38

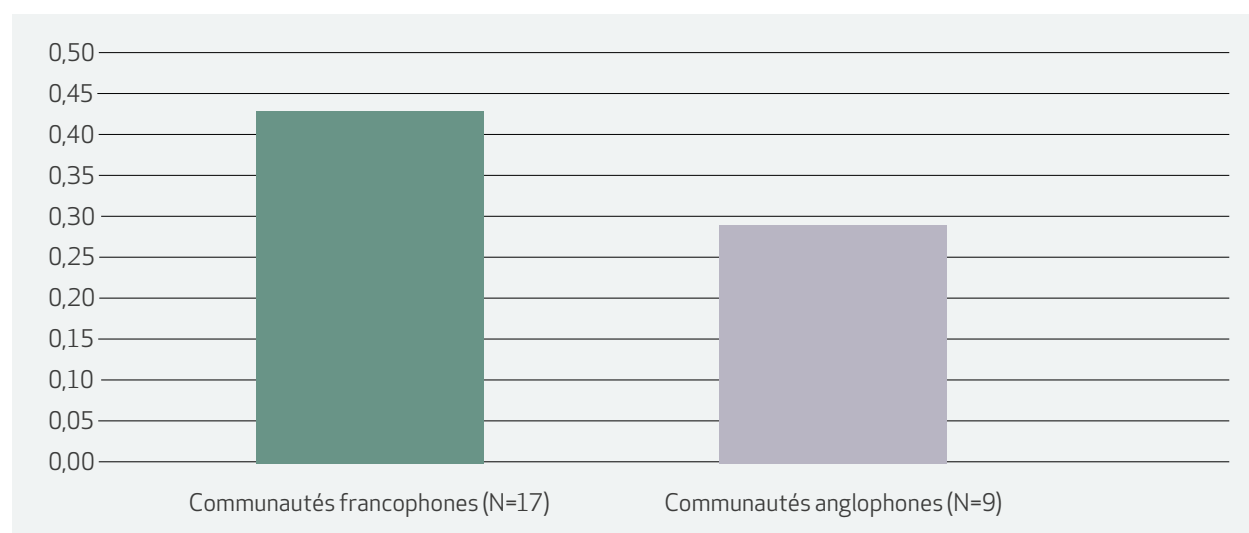
* Ce ratio a été calculé en fonction du nombre d'habitants dans la communauté (données sur le nombre d'habitants dans la communauté de Services aux Autochtones Canada, 2018).

N.B.: Il est à noter que le ratio de médecins omnipraticiens par 1000 habitants pour le Québec en 2017 était de 1,11 et de 1,24 pour les médecins spécialistes, pour un total de 2,35 médecins (Source: Institut de la statistique du Québec 2019). Pour ce qui est du Canada, la moyenne était de 2,54 médecins par 1000 habitants en 2015 (Source: Université de Sherbrooke, 2019). Toutefois, la mesure d'équivalent temps complet pour les médecins au Québec et au Canada n'est pas présentée ici puisque les bases méthodologiques de son calcul diffèrent (p. ex. basé sur le salaire).

Les ententes avec les médecins peuvent être très complexes. Certaines communautés conviendront d'une entente verbale alléguant que celle-ci est moins engageante pour les médecins et qu'ils ont donc davantage de chances de pouvoir bénéficier de leur présence. D'autres renonceront carrément à la présence d'un médecin dans la communauté par crainte que Services aux Autochtones Canada (SAC) refuse de rembourser les frais de transport des membres de la communauté qui feraient le choix de consulter à l'extérieur. Pour certaines communautés, la liberté des membres d'aller consulter le médecin de leur choix représente une priorité.

Pour d'autres communautés, l'absence de médecin dans la communauté relève davantage d'enjeux situationnels plutôt que d'un choix. La langue en est un exemple. Le tableau ci-dessous illustre la différence en termes de présence de médecins dans les communautés (anglophones versus francophones). Cette différence pourrait être en partie explicable par le fait qu'il existe des tests de connaissance du français obligatoires pour les médecins non francophones afin de pouvoir pratiquer au Québec⁶. Cette situation vient donc limiter le bassin de candidats médecins potentiels pour les communautés anglophones, plus particulièrement les communautés anglophones limitrophes.

Figure 4. Comparaison entre les communautés en fonction de la langue parlée (équivalence à temps complet – ETC total de médecin/1000 habitants)



6. <http://www.cmq.org/page/fr/les-examens-requis.aspx>

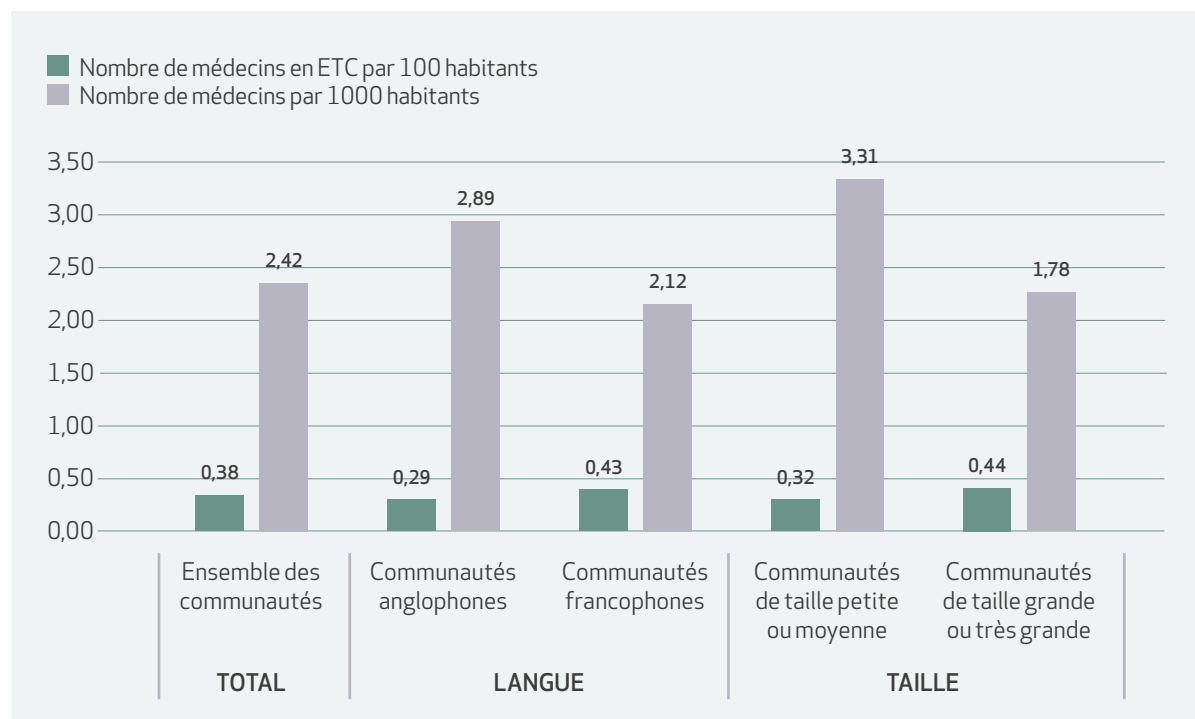
Le fait de n'avoir aucune présence de médecin dans la communauté peut évidemment avoir des conséquences limitantes, telles que l'impossibilité d'accéder à des ordonnances collectives⁷. Il est également plus difficile de pouvoir consulter directement un médecin en cas de besoin. Le personnel de santé devra plutôt se diriger vers l'urgence d'un autre établissement à proximité. Peu importe la raison, la première conséquence de l'absence de médecin dans la communauté se répercute sur ses membres. Bien que l'absence de médecin ne soit pas l'unique facteur en cause, l'ERS 2015 rapportait qu'environ 9 % des répondants adultes et 20 % des adolescents des Premières Nations n'avaient jamais consulté de médecin au cours de leur vie. Cette absence de consultation peut entraîner un manque généralisé de dépistage et de diagnostic chez la population, en plus de perpétuer un désengagement par rapport au fait que les membres soient sensibilisés à leur propre état de santé.

Afin d'améliorer la situation actuelle, il pourrait s'avérer bénéfique de revoir certaines modalités en lien avec la pratique des médecins dans les communautés, par exemple au sujet de la nature non écrite des ententes avec les médecins, ou encore quant au manque de clarification par rapport aux modalités de rémunération des médecins (paiement à l'acte ou à la journée; contrat en tant que prêt de services ou en pratique privée; médecin affilié ou désaffilié de la RAMQ, etc.). Si de telles informations ne sont pas claires, elles peuvent représenter un obstacle à la prestation de services, par exemple dans le cas où les membres d'une communauté manqueraient d'assiduité par rapport à leur rendez-vous avec un médecin. L'absence d'un système de liste de rappel efficace peut représenter un irritant pour un médecin qui serait payé à la journée puisqu'il aurait pu servir davantage de clients à un autre endroit. Cet irritant sera d'autant plus présent pour un médecin payé à l'acte puisqu'en plus de son emploi du temps, sa rémunération sera également affectée. De plus, comme cela a été rapporté par certains répondants, l'absence d'une entente écrite claire avec un médecin ou son établissement affilié peut laisser place à des facturations qui ne seraient normalement pas déboursées par les bénéficiaires du réseau provincial (ex. : certificat médical).

Parmi les souhaits exprimés par les répondants afin d'optimiser la pratique des médecins dans les communautés, on rapporte une intensification du nombre d'heures de présence ainsi qu'un horaire mieux planifié et plus fiable. Pour une représentation du manque à gagner en termes de couverture médicale, voir le *Portrait global du nombre et de la présence de médecins par communauté*. En lien avec l'horaire des médecins, le grand nombre de rotations (c.-à-d. différents médecins à tour de rôle) a également été nommé comme un enjeu. Les résultats du présent effectif suggèrent d'ailleurs que cet enjeu pourrait être plus marqué pour les petites ou moyennes communautés. Il est d'ailleurs possible d'observer cette situation à l'aide du graphique ci-dessous. Ce graphique illustre les différences existantes quant au nombre et à la présence (équivalence à temps complet) de médecins entre les communautés, en fonction de la taille et de la langue parlée par celles-ci.

7. «[...]prescription donnée par un médecin, ou un groupe de médecins, à un professionnel de la santé ou une personne habilitée. Elle porte sur les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour des situations cliniques déterminées. Elle précise les circonstances dans lesquelles ils peuvent être faits ainsi que les contre-indications.»
<https://www.oiiq.org/>

Figure 5. Nombre et présence (équivalence à temps complet – ETC total) de médecins (par 1000 habitants) en fonction de la taille et de la langue parlée des communautés



Petites et moyennes communautés (N=13) = communautés de moins de 1000 habitants;

Grandes et très grandes communautés (N=13) = communautés de 1000 habitants ou plus.

* Ce graphique doit être interprété dans une perspective où il est peu souhaitable d'avoir un nombre très élevé de médecins avec une très faible équivalence à temps complet (temps de présence), puisque cela est synonyme d'une importante rotation et donc d'un potentiel manque de stabilité et de continuité dans leur offre de services.

** Il est important de rappeler que les valeurs d'ETC (en bleu foncé) représentent le nombre total de médecins en ETC, et auraient donc pu se trouver au-delà d'une valeur de 1. De plus, bien que la différence puisse sembler faible entre 0,29 et 0,43, on parle en fait d'une différence de 5 heures par semaine (sur un maximum possible de 35 heures). Voir la section « méthodologie », p. 10, pour plus de détails sur le calcul de l'ETC.

*** Pour une représentation plus détaillée en nuage de points de ce graphique, voir l'annexe 4.

Le graphique ci-dessus suggère également qu'afin d'obtenir un équivalent temps complet comparable, les petites ou moyennes communautés doivent avoir un nombre de médecins deux fois supérieur à celui des grandes ou très grandes communautés. Ce constat pourrait traduire un plus haut taux de roulement de médecins pour les petites et moyennes communautés (c.-à-d. que différents médecins offrent plusieurs courtes périodes de présence). Il est possible d'extrapoler qu'un plus grand nombre de médecins différents avec une présence sporadique puisse résulter en une continuité de services non optimale (suivis pharmaceutiques, traitement à la méthadone, suivis de grossesses, évolution diagnostique, continuum de services, etc.). Cela implique également que les patients doivent constamment réexpliquer leurs problèmes (qui peuvent parfois être délicats : ITSS, problèmes de santé mentale, etc.) et reconstruire une relation de confiance, en plus d'introduire un risque de variabilité sur le plan des actes médicaux (ex. : changement de molécule pharmacologique, ou de posologie).

Pour la question des suivis, les Premières Nations ont exprimé le souhait d'observer une amélioration de la concertation entre les médecins (par exemple lors des périodes de vacances d'un médecin), ainsi que de concevoir des stratégies pour faciliter cette concertation.

Certains représentants des communautés aimeraient également que les médecins mettent davantage de l'avant les visites à domicile chez leurs membres. Il va sans dire que certaines régions du Québec souffrent d'une pénurie de spécialistes de façon généralisée. Au Québec, les quotas minimaux de médecins sont établis par les instances provinciales. Certains quotas minimaux n'ont toutefois pas été atteints depuis plus de cinq ans en raison d'un roulement important ajouté à une confusion par rapport aux statuts d'affichage de postes passant rapidement de comblés à non comblés. Toutefois, il demeure important de chercher des solutions pour améliorer l'accès aux services de santé pour les Premières Nations.

Une des pistes de solution rapportée au cours du présent projet quant à la présence de médecins dans les communautés pourrait résider dans l'adhésion à un groupe de médecine de famille (GMF). Un GMF est un regroupement de médecins de famille travaillant en étroite collaboration avec d'autres professionnels de la santé et des services sociaux. Cette organisation du travail facilite l'accès à des soins de santé et de première ligne, tout en permettant un meilleur suivi ainsi qu'une meilleure qualité des services offerts. Chaque médecin s'occupe de ses propres patients, mais tous les médecins membres d'un même GMF auront accès à l'ensemble des dossiers de ce GMF. Ainsi, un bénéficiaire qui se présente pour une consultation pourra être rencontré plus rapidement et plus facilement par un médecin qui connaîtra déjà son dossier de santé. Le bénéficiaire pourra aussi rencontrer un infirmier, un travailleur social ou un autre professionnel de la santé pour différents suivis si nécessaires⁸. Le fait d'adhérer à un GMF pourrait entre autres stabiliser et officialiser le nombre d'heures de présence de médecin dans la communauté, en plus de faciliter la prise en charge de dossiers. Des démarches pourraient être faites à grande échelle (ex. : par région administrative) avec le ministère de la Santé et des Services sociaux afin de mettre sur pied ce genre d'entente entre les communautés et des GMF. Il semble d'ailleurs avoir place à des initiatives supplémentaires en termes de développement professionnel continu entre les GMF et les Premières Nations⁹.

3.2 LA PRATIQUE DES INFIRMIERS DANS LES COMMUNAUTÉS

Il est également possible de tirer certains constats au sujet de la pratique des infirmiers dans les communautés. L'un des principaux enjeux rapportés par les répondants lors de la conduite de ce projet est en lien avec le sous-financement. Le fait que le financement soit généralement insuffisant pour le salaire des infirmiers rend difficile pour les communautés de concurrencer les honoraires de la province ou encore du fédéral. Toutefois, il est souvent difficile de comparer les salaires avec ceux de la province ou du fédéral, puisque les situations dans la communauté sont généralement différentes. Par exemple, l'étendue du rôle parfois requise dans le contexte de la communauté vient diminuer le bassin de candidats potentiels (p. ex. une infirmière en poste de soin devra présenter un niveau de polyvalence élevé afin de répondre à l'ensemble des différents besoins à satisfaire ainsi qu'en fonction des ressources disponibles en région éloignée). Le fait de devoir assumer plusieurs fonctions de façon simultanée peut également avoir une incidence sur

8. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/gmf-gmf-u-et-super-clinique/>

9. <http://www.royalcollege.ca/rcsite/health-policy/initiatives/indigenous-health/faq-royal-college-indigenous-health-initiative-f>

le temps dédié exclusivement aux patients. On rapporte néanmoins que le financement offert par SAC n'a pas augmenté en fonction du nombre d'individus dans la communauté. Par exemple, certaines communautés reçoivent actuellement du financement pour moins de deux infirmiers. Il est difficile d'imaginer qu'un centre de santé puisse fonctionner de manière optimale avec une seule ressource infirmière : il serait complexe, voire impossible, pour cette ressource d'être malade, de prendre congé ou d'aller suivre une formation à l'extérieur de la communauté. On rapporte que le financement de SAC associé au nombre d'infirmiers dans la communauté relève d'une formule par échelle de population (ex. [0-500] et [500 2500]) qui date des années 1990, et qui n'est plus représentative de la réalité actuelle ni réaliste par rapport aux besoins réels. D'ailleurs, les résultats du présent inventaire vont en ce sens et suggèrent que 61,5 % des communautés (toutes régions géographiques confondues) présenteraient un ratio d'infirmiers par 1000 habitants inférieur à celui de la province.

Figure 6. Comparaison entre les communautés (francophones et anglophones) et la province (ratio d'infirmiers/1000 habitants)

	Communautés francophones (N=17)	Communautés anglophones (N=9)	Total (N=26)
Communautés < Québec ¹⁰	47,1 %	88,9 %	61,5 %
Communautés > Québec	52,9 %	11,1 %	38,5 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Ce constat d'un plus faible nombre d'infirmiers par 1000 habitants chez les communautés des Premières Nations comparativement à la province est d'autant plus marqué pour les communautés anglophones en particulier. En effet, le tableau ci-dessus rapporte un ratio inférieur d'infirmiers par 1000 habitants pour 88,9 % des communautés anglophones comparativement à la province. Ce constat d'un nombre inférieur de ressources infirmières pour les communautés anglophones par rapport à la province est également confirmé lorsque l'ETC des infirmiers par 1000 habitants est comparé entre les communautés francophones et anglophones. Les résultats de la présente collecte de données rapportent un ETC total pour 1000 habitants de 8,47 (soit de 8,82 infirmières en termes de nombre de ressources, ce qui équivaut à un ETC moyen de 0,96) pour les communautés francophones, comparativement à 6,28 (soit de 6,75 infirmières en termes de nombre de ressources, ce qui équivaut à un ETC moyen de 0,93) pour les communautés anglophones.

10. OIIQ. (2017). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2016-2017, https://www.oiiq.org/documents/20147/1456160/Rapport_statistique_2016-2017.pdf

Pour mettre ces résultats en perspective, pour une population de 1000 habitants, un infirmier œuvrant sur une communauté francophone aurait l'équivalent d'une charge par 35 heures de 113 patients (soit d'environ 18,5 minutes par patient), alors qu'un infirmier œuvrant en communauté anglophone aurait une charge de 148 patients (soit d'environ 14 minutes par patient). Qu'il s'agisse de postes de soins ou de centres de santé, cette charge de patients par 35 heures doit être considérée dans une prémisse où le personnel infirmier accomplit une multitude d'autres activités que des rencontres cliniques (ex. : prévention, notes de dossiers, formations, etc.), ce qui vient diminuer les estimations de temps par patients susmentionnés. Toutefois, cette perspective en ratio « temps par patient pour un infirmier » permet d'illustrer un indice théorique de capacité de travail pour les infirmiers.

Par ailleurs, les communautés éprouvant de la difficulté à concurrencer le marché du travail environnant afin de pourvoir les postes d'infirmiers dans les communautés doivent parfois se résoudre à recourir aux services d'agences. Il est à noter que les services d'infirmiers via les services de recrutement par agences peuvent parfois coûter jusqu'à deux fois plus cher que les salaires d'infirmiers usuels. De plus, ce genre de service est souvent temporaire et certaines communautés devront recourir à six à huit différentes ressources au cours d'une année afin de couvrir l'horaire régulier d'une seule ressource. Ce faisant, l'adaptation ainsi que l'acquisition de connaissances et de compétences des infirmiers sont constamment à reconstruire, en plus d'ébranler le sentiment de familiarité avec les bénéficiaires.

Un autre enjeu a trait à la formation des infirmiers. D'une part, la majeure partie des formations pour les infirmiers sont couvertes par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de SAC (SAC-DGSPNI). Cela dit, il arrive que des infirmiers qui viennent travailler dans les communautés acquièrent plusieurs formations, et repartent ensuite travailler dans le réseau provincial. Ainsi, plusieurs communautés ont dû user de créativité afin de réduire les répercussions de cet enjeu. Par exemple, en réduisant le nombre de formations lors de la première année d'embauche d'un infirmier. D'autres communautés optent plutôt pour l'ajout d'une clause à leur contrat d'embauche stipulant un remboursement de la valeur des formations en cas de départ précoce.

Toujours selon les répondants, il existe d'autres enjeux spécifiques aux Premières Nations qui nécessitent d'être améliorés. Par exemple, le fait de recevoir un financement particulier pour une ressource infirmière qui serait entièrement affectée à la prévention, au dépistage et au traitement du diabète. Pour certains centres de santé, il peut y avoir jusqu'à 200 bénéficiaires souffrant de diabète, ce qui crée une charge de travail importante pour les ajustements d'insuline, à eux seuls. Un autre exemple est celui des soins à domicile. Il arrive que certains bénéficiaires préfèrent recevoir les services d'un infirmier provenant de la communauté, ce qui peut complexifier la prestation de ces services.

3.3 LA PRATIQUE D'AUTRES RESSOURCES SPÉCIALISÉES ŒUVRANT EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

En lien avec trois facteurs situationnels clés pour les communautés (c.-à-d. l'éloignement géographique, la taille de la communauté et la langue parlée), il est possible de tracer un portrait précis de certaines ressources spécialisées. En effet, dans le cas des nutritionnistes, le tableau ci-dessous suggère que les communautés situées en zone 1 (milieu urbain)¹¹ sont plus nombreuses à avoir un ratio de nutritionnistes par 1000 habitants supérieur à celui de la province. À l'inverse, les communautés situées en zone 2, 3 et 4 (zones éloignées) semblent être majoritairement désavantagées par rapport à ce même ratio, lorsqu'on les compare à la province de Québec. Ces résultats suggèrent qu'il est plus difficile d'accéder à ce type de ressources particulières pour les communautés résidant en zones éloignées (2, 3 et 4). Ces résultats concordent avec ceux indiquant que près d'un adulte des Premières Nations sur dix rapportait ne pas avoir eu accès aux soins dont il aurait eu besoin¹² au cours de l'année précédente (ERS 2015). De plus, ce constat était également plus marqué chez les résidents de communautés situées en zones éloignées (2, 3 et 4).

Figure 7. Comparaison entre les communautés en fonction de la zone géographique (ratio de nutritionnistes / 100 000 habitants et équivalence à temps complet) avec les ratios de la province du Québec

	Zone 1 (N=15)	Zones 2, 3 et 4 (N=11)	Total (N=26)
Communauté < Québec	20,0%	72,7%	42,3%
Communauté > Québec	80,0%	27,3%	57,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Pour poursuivre avec l'exemple des nutritionnistes, le tableau à la page suivante suggère que l'absence de ces ressources soit davantage marquée dans les petites ou moyennes communautés comparativement aux grandes ou très grandes communautés. Il est ici important de considérer que les besoins en ressources spécialisées peuvent être différents d'une communauté à l'autre. Par exemple, il est possible qu'une communauté de moins de 300 personnes ne ressente pas le besoin d'avoir une ressource spécialisée en nutrition à temps plein. Il demeure que les données par rapport à l'absence d'un accès à ces ressources sur plusieurs communautés doivent être prises en compte, d'autant plus que l'obésité et le diabète sont en lien avec l'alimentation et représentent des problématiques criantes chez l'ensemble des communautés des Premières Nations.

11. Zone 1 : Communauté située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année.
Zone 2 : Communauté située entre 50 et 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année.
Zone 3 : Communauté située à plus de 350 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année.
Zone 4 : Communauté sans route d'accès ouverte reliée à longueur d'année à un centre de service et qui, de ce fait, subit des coûts de transport plus élevés.
12. Il est à noter que ce résultat de l'ERS provient de questions posées aux répondants des Premières Nations sur l'ensemble des besoins en santé, et non uniquement par rapport aux nutritionnistes.

**Figure 8. Comparaison entre les communautés en fonction de la taille
(présence ou absence de nutritionnistes dans la communauté)**

	Petites ou moyennes communautés (N=13)	Grandes ou très grandes communautés (N=12)	Total (N=25)
Présence	38,5%	91,7%	64,0%
Absence	61,5%	8,3%	36,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Pour compléter le portrait de l'accès aux nutritionnistes dans les communautés, le tableau ci-dessous présente la différence en ce qui a trait au nombre de ressources et à leur présence dans les communautés, en fonction de la langue parlée. Les données suggèrent que malgré un nombre de nutritionnistes par 1000 habitants comparable, les communautés anglophones présentent un ETC environ 10 fois inférieur à celui des communautés francophones. Ces résultats suggèrent un problème d'accessibilité soutenue à des ressources spécialisées en nutrition pour les communautés anglophones.

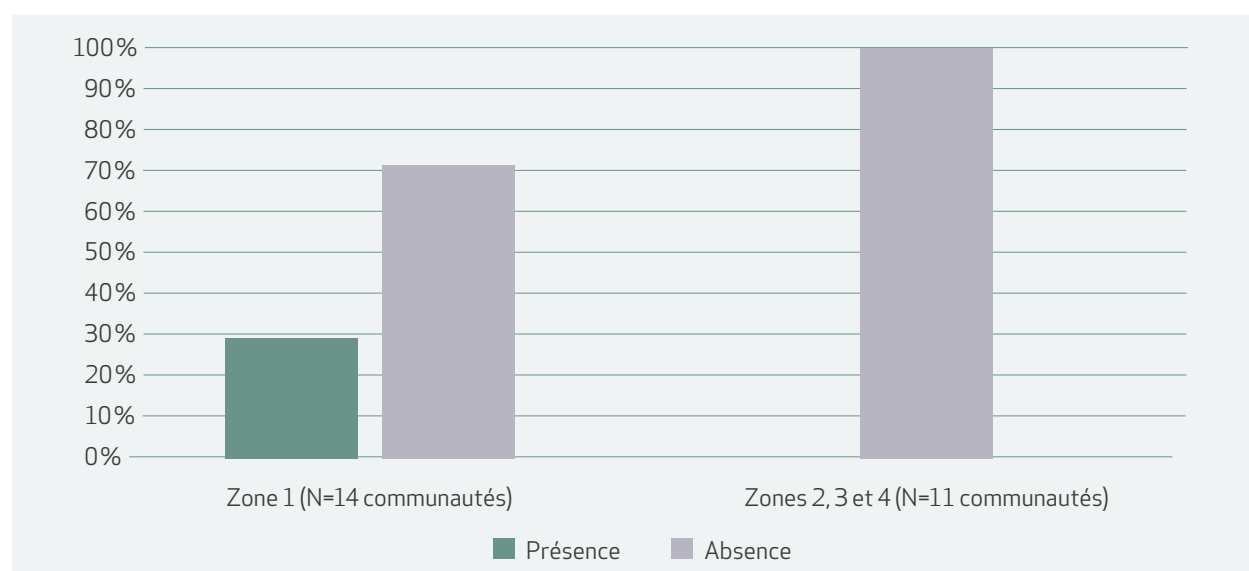
**Figure 9. Comparaison entre les communautés en fonction de la langue parlée
(ratio de nutritionnistes / 1000 habitants et équivalence à temps complet)**

	Nombre de nutritionnistes par 1000 habitants (médiane)	Équivalence à temps complet par 1000 habitants (médiane)
Communautés francophones (N=17)	0,48	0,35
Communautés anglophones (N=9)	0,48	0,03
Total (N=26)	0,48	0,19

Ensemble, ces données suggèrent que l'accès à des ressources spécialisées en nutrition représenterait un défi majeur, particulièrement pour une petite communauté anglophone située en zone éloignée. Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette hypothèse, tels que l'accès à des ressources qualifiées, la reconnaissance des formations, le besoin en emploi à temps partiel, etc.

Pour d'autres ressources œuvrant en santé et en services sociaux, les constats apparaissent plus généralisés. Par exemple, dans le cas de ressources spécialisées en réadaptation physique (ergothérapeutes, physiothérapeutes, etc.), l'accès semble complexe pour l'ensemble des communautés. Le tableau ci-dessous suggère une absence marquée de services ponctuels de ressources spécialisées en réadaptation physique dans la communauté. Le problème d'accès serait d'ailleurs plus marqué pour les communautés en zone éloignée (zones 2,3 et 4). Ces résultats font d'ailleurs écho aux conflits de compétence qui peuvent émerger lors de situations où des services ou des lois d'application provinciales doivent être appliqués sur une terre et une législation fédérale (communautés des Premières Nations au Québec). Cet enjeu sera discuté plus en détail dans la section 6.2.

Figure 10. Comparaison entre les communautés en fonction de la zone géographique (absence ou présence de services ponctuels en réadaptation physique dans la communauté)



La présente collecte de données suggère que différentes autres ressources apparaissent quasi absentes des communautés. C'est par exemple le cas de plusieurs professionnels de la santé, tels que les audiologistes et les sages-femmes. Les guérisseurs traditionnels semblent également souvent absents des établissements de mieux-être. Toutefois, dans la grande majorité des cas l'accès à des guérisseurs traditionnels était mentionné comme étant accessible au sein de la communauté (c.-à-d. de façon non affiliée avec un établissement de santé ou de mieux-être).

4 – CONSTATS QUALITATIFS GLOBAUX

Au-delà du portrait quantitatif quant aux ressources œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés, plusieurs informations intéressantes ont été rapportées par les personnes-ressources rencontrées. Les prochaines sections visent à partager les constats qualitatifs globaux, mais également qui sont spécifiques à des sous-ensembles de communautés tels que rapportés par les répondants au présent projet. L'objectif de ces sections est de tracer un portrait qui soit aussi complet et aussi près que possible de la réalité vécue par les populations des communautés des Premières Nations au Québec.

Chacune des communautés présente des caractéristiques populationnelles et situationnelles qui lui sont propres. Par exemple, certaines communautés disposent d'un centre de santé, d'autres d'un poste de soins (voir le tableau ci-dessous). Certaines communautés ont intégré les services de la santé et les services sociaux à la gestion que des opérations, alors que d'autres administrent ces deux secteurs de façon distincte. Il en va de même pour d'autres secteurs d'activité pouvant être complémentaires au mieux-être, tels que l'éducation, le logement, ainsi que les sports et loisirs. Il a été rapporté que ce manque d'intégration et d'arrimage entre les différents secteurs d'activité des communautés se traduit en un travail en silo au sein de chaque secteur. Une plus grande concertation entre les différentes ressources de chaque secteur pourrait favoriser une optimisation de la planification, une prestation de services mieux arrimée aux besoins de la population, et donc une amélioration de l'état de santé de la population.

Figure 11. Nombre de communautés disposant d'un centre de santé, d'un poste de soins ou d'un hôpital

Établissements	Nombre de communautés
Centres de santé	18
Postes de soins	10
Hôpital	1

Parmi les constats communs à l'ensemble des communautés, on note par exemple que ces dernières aspirent toutes à une plus grande autonomie quant à la gestion et la prestation de leurs services sociaux et de santé. Par ailleurs, la plupart des communautés sont aux prises avec des défis quant au recrutement de ressources humaines, parfois en raison de l'éloignement, parfois en raison de la concurrence environnante. Un autre constat global dénoncé par la majorité des communautés est le sous-financement en infrastructure, tant pour ce qui est des immobilisations de la communauté (ex. : logement) que des infrastructures en santé et en services sociaux (ex. : agrandissement d'un centre de santé). Ce sous-financement devient un frein majeur à une meilleure prestation de services, et par conséquent nuit à une plus grande qualité de vie pour la population. En effet, un manque de financement en logement peut entraîner plusieurs conséquences néfastes sur la santé d'une population (salubrité, sécurité, promiscuité, etc.), en plus de limiter la capacité d'héberger des professionnels de la santé ou des services sociaux provenant de l'extérieur de la communauté.

Selon les participants interrogés, les maladies chroniques (ex.: diabète), les problèmes de consommation de drogue ou d'alcool, les problèmes de violence ainsi que la qualité et le continuum de services en santé mentale comptent parmi les problématiques de santé qui semblent les plus inquiétantes. Peu importe les problématiques, la totalité des communautés souhaitent avoir davantage de liberté dans la définition de leurs priorités en mieux-être et souhaitent aussi que ces dernières soient respectées par le gouvernement fédéral.

Au sujet des services sociaux, la plupart des communautés gèrent leurs services de première ligne et les autres ont tous comme objectif une pleine gestion de ces services. Plusieurs communautés sont également en démarche ou en préparation à la gestion de leurs propres services en protection de la jeunesse. Le développement des habiletés parentales est d'ailleurs une priorité pour un grand nombre de communautés. Outre le financement pour les services de première ligne, les communautés qui ne recevaient pas directement de financement du programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations ont eu la possibilité de bénéficier du nouveau financement dédié à des projets communautaires (octroyé pour les cinq prochaines années, jusqu'à l'exercice 2022-2023), et ce, en appui aux services préventifs à l'enfance et à la famille. Ainsi, certaines communautés ont manifesté leur intérêt quant à l'élaboration d'un plan d'action qu'elles soumettront à SAC. Il est important de noter qu'afin de rapatrier ces services, les communautés devront satisfaire à des exigences de conformité en matière de capacité, de planification, de qualité de services, et de collaboration avec des partenaires clés. Ce processus peut être entamé selon le rythme et les capacités de chaque communauté.

Avant d'aborder des constats plus spécifiques, voici un portrait global de l'effectif des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux sur les communautés des Premières Nations au Québec.

Figure 12. Portrait global de la présence de différentes ressources en santé et en services sociaux par communauté, en fonction des zones géographiques¹³

Communauté		Type de professionnel de la santé									
		Médecin	Infirmière	Dentiste	Orthophoniste	Sage-femme*	Nutritionniste	Psychologue	Professionnel en réadaptation	Agent PNLAADA	Intervenant en services de première ligne
Zone 1	A	X	X				X				X
	B	X	X				X	X	X	X	X
	C	X	X	X			X	X	X	X	X
	D	X	X				X	X		X	X
	E	X	X		X		X	X		X	X
	F	X	X		X		X	X	X	X	X
	G		X		X		X	X	X	X	X
	H	X	X				X			X	X
	I	X	X				X	X	X	X	X
	J	X	X				X	X		X	X
	K	X	X					X		X	X
	L	X	X				X	X		X	X
	M	X	X				X	X		X	X
	N	X	X				X	X		X	X
	O	X	X								X
Zone 2, 3 et 4	P		X							X	X
	Q	X	X					X		X	X
	R	X	X		X			X		X	X
	S	X	X	X			X	X		X	X
	T	X	X	X			X	X		X	X
	U	X	X					X		X	X
	V	X	X	X				X		X	X
	W	X	X		X		X	X		X	X
	X	X	X	X				X		X	X
	Y	X	X	X				X		X	X
	Z	X	X	X				X		X	X

*Plusieurs démarches sont en cours afin de favoriser l'accès aux sages-femmes dans les communautés (place réservée aux Premières Nations dans le programme de formation à l'UQTR; des ententes avec les CISSS/CIUSSS afin de pallier certains enjeux tels que l'assurance responsabilité et les clauses d'exception, etc.). L'accès aux sages-femmes demeure un besoin exprimé par les communautés.

13. Affaires indiennes et du Nord Canada (2002). *Manuel de la classification des bandes*.
URL: <http://publications.gc.ca/collections/Collection/R22-1-2000E.pdf>. Consulté en ligne le 8 juin 2018.

5 – CONSTATS QUALITATIFS SITUATIONNELS

Au-delà des considérations globales, il existe certaines considérations qui sont spécifiques à un ensemble de communautés vivant des situations similaires. Cette section détaillera ainsi trois types de constats situationnels vécus par des ensembles de communautés, soit :

1. **Les communautés situées en zones éloignées**
2. **Les communautés peu peuplées**
3. **Les communautés majoritairement ou entièrement anglophones**

L'éloignement géographique est un facteur important influençant la prestation de services sociaux et de santé. L'accès à des ressources spécialisées pour les communautés éloignées des centres urbains est généralement difficile. En effet, il est souvent ardu de conserver à long terme les ressources professionnelles qui ne sont pas originaires de la communauté puisqu'elles se retrouvent loin de leur famille. Selon les répondants, l'union conjugale avec un membre de la communauté représente un facteur qui augmenterait la durée de rétention de ressources ne provenant pas de la communauté. Pour attirer et conserver leurs ressources professionnelles, les communautés doivent mettre de l'avant plusieurs mesures de compensation sur les plans financiers, du transport, de l'hébergement et autres.

Voici des exemples concrets d'enjeux vécus par les communautés en région éloignée.

La question financière est directement liée à l'éloignement géographique. En plus des incitatifs financiers qui sont octroyés aux professionnels, les frais de transport de la main-d'œuvre peuvent représenter, à eux seuls, une portion très élevée des coûts totaux annuels (ex. : un aller simple en avion à partir d'une communauté éloignée vers un centre urbain peut coûter jusqu'à 1600 \$). Parallèlement, le coût de la vie en communauté éloignée est généralement plus élevé, tout comme le coût de livraison d'équipement. Par exemple, les résultats de travaux effectués de 2013 à 2016 indiquaient que les prix des aliments pouvaient être de 15 à 30 % supérieurs pour certaines communautés, comparativement à ceux observés dans les épiceries de référence. Le facteur financier en région éloignée est d'importance capitale, puisqu'un même service offert pour le mieux-être de la population sera en réalité beaucoup plus onéreux à prodiguer.*

* <http://www.chaireconditionautochtone.fss.ulaval.ca/documents/pdf/PRAP-RAPPORT-D-ACTIVITE-2012-2017.pdf>

Une deuxième considération commune entre plusieurs communautés est le fait d'avoir un bassin de population peu élevé. Ce facteur peut parfois s'ajouter à l'éloignement géographique, complexifiant d'autant plus l'administration de services sociaux et de santé optimaux. En effet, les communautés moins peuplées (moins de 500 habitants) sont aux prises avec des enjeux importants en termes de ressources humaines. Le fait que la taille de la population soit peu élevée vient diminuer le bassin de candidats potentiels pour la relève du personnel en place. De plus, la difficulté quant à la relève professionnelle dans les communautés serait en lien avec des taux plus faibles de diplomation chez les Premières Nations¹⁴. Il s'agit donc d'un enjeu qui doit être considéré dans une perspective qui dépasse les champs d'activités spécifiques à la santé et au mieux-être (ex. : favoriser les possibilités de succès scolaire chez les jeunes des Premières Nations).

En raison du manque de relève, plusieurs ressources doivent occuper différents postes en même temps. Une telle multiplication des rôles professionnels peut nuire au rendement de la tâche de travail liée à chaque rôle professionnel. Cette situation est d'autant plus criante dans le cas de ressources détenant des rôles de gestion, mais qui doivent également remplir des rôles sur le plan clinique simultanément. Cette multiplication des rôles vient diminuer la qualité de la coordination interne des services, la possibilité d'élaborer des demandes de financement ou encore de mettre sur pied des projets novateurs. De plus, il existe un risque d'épuisement des ressources qui doivent composer avec une multiplication de leurs rôles professionnels.

Si les besoins de la communauté sont moindres en raison de son petit nombre de résidents, le fait d'offrir des emplois à temps partiel vient tout de même avec son lot de défis. En effet, certains répondants ont rapporté que de façon générale, moins de candidats semblent souhaiter postuler à des emplois à temps partiel, qui sont bien souvent sans avantages sociaux. Il existe également une plus grande possibilité qu'il s'agisse pour le candidat d'un emploi transitoire dans l'attente d'une offre d'emploi à temps complet. Par ailleurs, les communautés moins peuplées sont davantage exposées à des enjeux de confidentialité et d'interférence politique étant donné le lien de proximité entre les membres de la communauté¹⁵. Il est possible que ces enjeux puissent jouer un rôle dans la perception de la qualité de vie au travail des employés dans les communautés.

Finalement, une troisième considération commune à plusieurs communautés est le fait d'être une **communauté majoritairement ou entièrement anglophone** dans une province majoritairement francophone. En effet, cette situation peut se refléter par un accès à des services en mieux-être qui sont offerts presque qu'exclusivement en français.

14. <https://journalhosting.ucalgary.ca/index.php/cjeap/article/view/42767>

15. <https://geiselmed.dartmouth.edu/cfm/resources/ethics/chapter-07.pdf>

Voici des exemples concrets d'enjeux vécus par les communautés majoritairement ou entièrement anglophones (au Québec).

En lien avec l'accès à des ressources spécialisées anglophones (ex. : orthophoniste), il arrive que certaines communautés doivent multiplier les démarches, parfois sans succès, auprès de SAC afin de justifier les taux horaires parfois plus élevés pour l'accès à une même ressource à l'extérieur du Québec (ex. : en Ontario). Cette situation est d'autant plus déplorable du fait qu'il serait généralement moins long pour certaines communautés anglophones (en termes de distance et de temps d'attente) et parfois moins onéreux d'autoriser le recours à des ressources en Ontario ou au Nouveau-Brunswick plutôt que de les aiguiller vers Montréal, par exemple. Par ailleurs, la question des suivis et des références d'urgence doit également être améliorée quant au choix des hôpitaux et spécialistes. Des exemples de situations problématiques ont été rapportés, comme celui d'une personne anglophone en état de démence qui fut transférée dans un institut francophone où le fait de ne pas pouvoir se faire comprendre adéquatement a compliqué son admission et a créé davantage de confusion chez l'individu.

La question des formations majoritairement en français pose un enjeu similaire. Cet enjeu peut se manifester de façon spécifique, comme dans le cas des formations pour les infirmiers, qui sont principalement en français au Québec, compliquant ainsi le rafraîchissement et l'acquisition de connaissances nouvelles. L'enjeu de la formation peut également se manifester de façon plus globale quant au recrutement de ressources anglophones. Par exemple, il arrive que la formation professionnelle de certains candidats ayant reçu leur éducation dans une province anglophone ne soit pas reconnue en partie ou en totalité au Québec. S'il semble parfois complexe, voire impossible de faire reconnaître leur formation au Québec, il s'avérera d'autant plus difficile pour les communautés d'inciter ces ressources à venir travailler chez elles.

En résumé, un important travail de coordination doit être fait afin de prodiguer des soins de qualité en fonction de l'accès aux spécialistes, du facteur d'éloignement ainsi que des particularités linguistiques des communautés des Premières Nations au Québec.

La prochaine section fait état d'enjeux identifiés par les répondants et pouvant apporter des pistes de réflexion quant aux problèmes d'accès à des ressources œuvrant en santé et en services sociaux vécus par plusieurs communautés.

6 OBSTACLES À LA PRESTATION DE SERVICES DANS LES COMMUNAUTÉS

Il existe différents enjeux et obstacles liés à la prestation de services en santé et en services sociaux qui sont spécifiques à la réalité ainsi qu'aux situations actuelles des Premières Nations. En voici quelques exemples.

6.1 OBSTACLES FINANCIERS

De façon générale, la plupart des communautés rapportent de l'insatisfaction au sujet des formules de financement actuelles en santé et en services sociaux. L'un des principaux griefs rapportés par les répondants est en lien avec les infrastructures. D'un côté, les communautés ont le souhait de pouvoir offrir une prestation de services en santé et en services sociaux holistique. D'un autre côté, les financements sont souvent accordés par programme et offrent peu de flexibilité aux décideurs des communautés. Par exemple, il est ardu, voire parfois impossible pour les communautés d'accéder à des fonds pour des rénovations ou des agrandissements d'infrastructures. Ainsi, il s'avère complexe d'intégrer des services de qualité en lien avec une maison de la famille, un centre d'hébergement ou d'activités pour les aînés, une maison de la femme, une maison des jeunes, etc. Ces enjeux sont non négligeables dans un continuum de services de qualité pour les communautés. Dans cette optique, une femme qui subirait de la violence conjugale devrait être confiée à des membres de la famille, de façon temporaire, sans soutien adéquat dans sa situation. Similairement, le fait de ne pas avoir de centre d'hébergement peut signifier qu'une communauté devra envoyer ses aînés dans le besoin jusqu'à plusieurs heures de distance afin de recevoir les soins qui leur sont nécessaires, les isolant ainsi de leur famille et de leur communauté. Par ailleurs, la question de la disponibilité et de la qualité de l'habitation dans la communauté influence grandement le recrutement de personnel. Le manque d'infrastructures dans la communauté force souvent les ressources à résider en colocation ou encore vient carrément empêcher la possibilité d'embauche en l'absence d'hébergement.

Un autre grief rapporté par les répondants est lié au financement de SAC, qui ne s'est pas ajusté au fil des différentes législations¹⁶, lesquelles ont entraîné une augmentation du nombre de nouveaux membres appartenant à une communauté donnée. Ces nouveaux membres sont susceptibles de recourir aux services sociaux et de santé offerts par la communauté, sans toutefois que les communautés puissent bénéficier d'un financement à la hauteur de l'évolution de leurs besoins.

16. <https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/LegislativeSummaries/PDF/42-1/s3-f.pdf>

Il arrive également que les critères de financement particuliers ne concordent pas avec les besoins d'une communauté. Par exemple, en ce qui a trait au transport médical, le recours à un accompagnateur est souvent difficile à obtenir. Selon certains répondants, il arrive ainsi que des aînés ne bénéficient pas de tout le soutien qui leur serait nécessaire lors de rendez-vous avec des spécialistes en centre urbain (p. ex. personne pour les assister en raison d'une mobilité réduite, interprète, etc.). Par ailleurs, il arrive également que le père d'un enfant à naître se voie refuser d'accompagner sa conjointe lors d'un rendez-vous de suivi de grossesse. Certains équipements médicaux essentiels doivent également être déboursés directement par les communautés, tels que les lits électriques pour les soins à domicile.

L'une des solutions pour les communautés, en dehors de la renégociation d'ententes, est donc de se tourner vers d'autres sources de financement ou d'user de créativité avec les sources de financement actuelles afin de transférer des budgets flexibles en fonction des priorités. D'autres solutions données par les participants au projet incluent la création d'ententes et de corridors de service avec le réseau provincial, y compris des rencontres périodiques avec les représentants des CISSS/CIUSSS avoisinants pour assurer une bonne fluidité des services.

6.2 OBSTACLES LÉGAUX ET POLITIQUES

L'un des principaux obstacles légaux est la présence de conflits de juridiction entre la province et les réserves (territoire fédéral), où il est difficile d'avoir accès à certaines ressources. En effet, selon les données du présent projet, un peu plus de 50 % des communautés ont rapporté avoir des difficultés ou encore une incapacité à avoir accès à un ergothérapeute dans la communauté. Dans la majorité des cas, ces derniers rapportent que certains professionnels refusent de se déplacer dans la communauté pour donner des services, et ce, parfois depuis de nombreuses années. Cet enjeu soulève un problème avec les évaluations à domicile qui doivent être effectuées par un ergothérapeute, pour des personnes avec mobilité réduite vivant dans la communauté. Ce même enjeu a également été rapporté par rapport à différents professionnels de la santé tels que les inhalothérapeute, psychologue, physiothérapeute, éducateur spécialisé, etc. Il peut ainsi sembler paradoxal que les communautés offrent des services sociaux et de santé (y compris les soins à domicile) à tous leurs résidents, peu importe leur statut, alors qu'un ergothérapeute ne se déplacera que pour donner des services à un allochtone résidant dans la communauté. Cette situation cause des inégalités entre des personnes vivant dans un même voisinage.

Un autre enjeu majeur est lié aux communautés sans territoire reconnu. Pour ces dernières, l'accès à du financement pour des ressources humaines est très difficile et limité, malgré la présence de membres des Premières Nations qui pourraient bénéficier d'une prestation de services en mieux-être (p. ex. prévention), et adaptés aux Premières Nations (p. ex. en lien avec des activités traditionnelles).

Finalement, quelques répondants ont mentionné qu'il existe des enjeux d'ordre politique à l'intérieur même de certaines communautés ainsi qu'avec des acteurs régionaux. Le conseil de bande détient le pouvoir d'influencer certaines décisions en santé et en services sociaux. Un enjeu peut être présent quant à l'administration des budgets. Par exemple, dans le cas où un conseil de bande serait en déficit mais aurait des surplus en santé, quels mécanismes devraient idéalement être présents afin de veiller à ce que les montants nécessaires aux activités liées à la santé et aux services sociaux y soient effectivement consacrés? Des mécanismes et des stratégies pourraient être développés afin de favoriser un équilibre entre le politique et les services de santé et de mieux-être pour les communautés.

6.3 OBSTACLES EN LIEN AVEC L'ACQUISITION ET LA GESTION DE DONNÉES

La sensibilisation aux déterminants sociaux de la santé ainsi que l'inclusion de données dans l'exercice de planification en santé et en services sociaux représentent des points importants à améliorer. Entre autres, en raison de l'éloignement géographique et d'un manque d'accès à une bande passante de qualité, certaines communautés peuvent présentement difficilement accéder à des systèmes informatiques de gestion de données sur un réseau. Pour certaines communautés, les informations en santé et en services sociaux sont toujours archivées sous forme de dossiers physiques. Avec ce genre de système, il est plus difficile de faire ressortir des portraits de santé globaux de la communauté pour contribuer à la planification ainsi qu'à la détermination de priorités. Certains répondants ont souligné qu'un manque de données au sein d'une communauté pouvait se traduire par un refus des plans de formation ou de restructuration par certains bailleurs de fonds. Une autre situation à améliorer est en lien avec les membres des Premières Nations qui vont consulter en dehors de leur communauté. Ces situations entraînent généralement une perte d'informations quant au suivi dans la communauté et, par conséquent, une perte d'information pour le portrait de la santé de la communauté ainsi que la planification communautaire. Encore une fois, des ententes de collaboration avec les établissements du réseau provincial (p. ex. en santé mentale) pourraient être mises sur pied afin que les informations puissent toujours être retournées aux établissements de santé et de services sociaux dans la communauté.

Les communautés ont rapporté une discordance entre les exigences de SAC par rapport au plan de santé et les objectifs des communautés. Cette discordance a pour effet de décourager l'observation et la mise à jour des plans de santé. On rapporte par ailleurs un manque de cohérence entre les exigences de SAC-DGSPNI d'une communauté à l'autre pour le financement d'un même programme. Les répondants ont également rapporté un manque de cohérence entre les informations données d'une ressource à l'autre au sein de SAC-DGSPNI. En raison de tous ces facteurs ainsi que de la lourdeur administrative, des consultants sont engagés par plusieurs communautés pour rédiger le plan de santé. Le fait d'engager des consultants externes nuit au développement des compétences à l'interne en plus de créer une distance entre la rédaction du plan de santé et les besoins réels de la communauté.

Par ailleurs, en ce qui concerne l'accès aux nouvelles technologies, les communautés utilisent peu la télésanté ou la télémedecine (en dehors du dépistage annuel de la rétinopathie diabétique). Des données qui seraient potentiellement perdues dans le réseau provincial pourraient ainsi être directement hébergées dans les communautés. De façon similaire, les répondants rapportent avoir observé des réticences quant à l'utilisation d'outils de saisie de données médicales (ex.: iCLSC), plus particulièrement, au sein du personnel de soutien des établissements de santé et de mieux-être. La complexité, ou encore l'oubli de procédures sont souvent rapportés comme des facteurs causals à ce manque d'adhésion. Il est important de pouvoir soutenir les communautés vers l'adoption du dossier médical électronique (DME). L'adoption du DME pourrait contribuer à une meilleure planification sur le plan administratif pour la communauté ainsi qu'à une définition facilitée des priorités en mieux-être. La participation au DME pourrait même faciliter la facturation ainsi que les remboursements des médecins avec le programme québécois d'adoption du dossier médical électronique (p. ex. achat d'équipements, formations ou paiements de frais accessoires liés au DME)¹⁷.

6.4 OBSTACLES EN LIEN AVEC LA SCOLARISATION ET LA FORMATION DES CANDIDATS

En ce qui a trait à l'embauche et au recrutement, le fait qu'environ la moitié des adultes dans la communauté détiennent un diplôme d'études secondaires a pour effet de limiter le bassin de ressources potentielles à recruter. En raison de ce manque de main-d'œuvre qualifiée provenant de la communauté, des postes sont parfois offerts à des individus qui ne possèdent pas toutes les qualifications nécessaires. Cette situation peut entraîner un sentiment de manque d'efficacité pour l'employé dans l'exercice de ses fonctions, mais également un manque de confiance de la part des bénéficiaires de services envers les intervenants.

Le recrutement à l'extérieur de la communauté peut également présenter plusieurs défis. Par exemple, les candidats sont souvent sans expérience, ce qui peut venir à l'encontre des habiletés nécessaires à l'emploi, tels que le rôle élargi ou la garde de 24 heures en poste de soins. Il est également possible que les candidats potentiels n'aient pas d'expérience avec le travail dans les communautés (compétences culturelles), ou qu'ils ne veuillent tout simplement pas travailler dans les communautés.

6.5 OBSTACLES EN LIEN AVEC LA STABILITÉ ORGANISATIONNELLE

Plusieurs facteurs viennent influencer la décision d'un candidat de venir travailler dans une communauté, comme l'éloignement géographique, une culture ainsi qu'une langue différente, un profil de l'état de santé de la population différent, des conditions de travail différentes, etc. En raison de nombreux facteurs auxquels les gens doivent s'adapter, il existe un important taux de roulement de personnel dans la communauté. Ce roulement de personnel est observable en ce qui a trait tant aux ressources cliniques qu'administratives, ce qui nuit à la stabilité et à l'efficacité organisationnelle et, ultimement, à la prestation de services. D'ailleurs, l'Institut canadien d'information sur la santé (2015) soulignait que la stabilité de l'établissement de

17. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2012/info201-2.pdf>

santé ou de services sociaux est directement liée à la qualité des services offerts, ainsi qu'au nombre de visites dans ces établissements¹⁸.

Afin d'améliorer l'état de santé des populations, il est donc important de pallier les enjeux de stabilité. Par exemple, en effectuant une réévaluation de la durée minimale des contrats de travail dans la communauté pourrait être une solution à envisager. L'enjeu du roulement de personnel a également été signalé par rapport aux agents de liaison de SAC, ce qui oblige les communautés à recommencer les mêmes démarches d'arrimage avec chaque nouvelle ressource. Il arrive par exemple que les communautés doivent réexpliquer leurs attentes en termes d'accompagnement, ou encore les valeurs, les principes ainsi que la vision qui les guide.

7 INCITATIFS À LA RÉTENTION ET À L'EMBAUCHE DE PERSONNEL DANS LA COMMUNAUTÉ

Afin de pallier, entre autres, les différents défis et obstacles mentionnés à la section précédente, les décideurs des communautés mettent de l'avant certaines stratégies qui visent à favoriser l'embauche et la rétention de personnel dans la communauté. Voici quelques exemples de ces stratégies.

La plupart des communautés qui possèdent un budget leur permettant d'offrir des primes à l'embauche et à la rétention optent pour cette stratégie. En plus des conditions de travail usuelles (congrés, avantages sociaux, etc.), les primes offertes varient généralement en fonction de la situation de la communauté. Par exemple, en communauté éloignée, des primes d'éloignement et de vie chère¹⁹ sont généralement offertes. Pour les communautés accessibles seulement par voie aérienne, des primes de sorties peuvent également être offertes (p. ex., l'employeur paye les frais de transport pour six séjours annuels à l'extérieur de la communauté). Pour les communautés qui disposent de postes de soins, étant donné que le personnel couvre de plus larges responsabilités, l'employeur pourra parfois offrir une prime de rôle élargi. Afin d'inciter les mêmes ressources à poursuivre leur travail dans la communauté à plus long terme, certains répondants ont mentionné offrir à certaines ressources des primes de maintien en poste, ou de renouvellement de contrat.

18. L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille, Ottawa, ICIS.
https://secure.cih.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_FR.pdf

19. http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/pub/document/2321_D2_T9_V1-fra.pdf

Il existe des stratégies d'incitatifs à l'embauche et à la rétention qui sont plus ciblées en fonction du professionnel visé par une communauté. Par exemple, dans le cas d'un médecin, un bureau tout équipé est offert au centre de santé ou au poste de soins. Ces mêmes établissements dans la communauté vont généralement déployer un soutien clinique et administratif pour faciliter le travail du médecin (demandes de remboursements à la Régie de l'assurance maladie du Québec [RAMQ], prise de rendez-vous, suivi, soutien infirmier, soutien technique et informatique, etc.).

Certains établissements de santé dans la communauté s'offrent également comme lieu de stage pour les nouveaux médecins en formation, ce qui aide à attirer ou à conserver des médecins pratiquants. De plus, en adhérant à ce type de pratique, la communauté crée de nouveaux liens avec une relève qui sera davantage sensibilisée à la réalité des Premières Nations.

Voici un résumé de stratégies mises de l'avant par certaines communautés afin de favoriser l'embauche ou la rétention de personnel.

- › *Primes*
- › *Formations*
- › *Soutien clinique et administratif*
- › *Facilitation pour ce qui est des commodités (ex. : hébergement)*
- › *Paiement partiel ou entier de cotisations à des ordres professionnels*
- › *Mise de l'avant des forces et des accomplissements de la communauté*

Afin d'aller encore plus loin, il est possible d'offrir par exemple une conférence payée par année à un médecin afin qu'il puisse garder ses connaissances à jour ou se perfectionner. Selon certains répondants, les «campagnes de séduction» auprès des médecins peuvent également être bénéfiques. Qu'il s'agisse d'offrir une simple visite guidée de la communauté, de rencontrer les enfants, ou encore de faire découvrir la pêche ou la chasse sur le territoire, ces stratégies peuvent contribuer à mettre de l'avant la communauté et, ultimement, inciter un médecin à venir y pratiquer.

De façon similaire, il est fréquent que les employeurs de la communauté offrent de payer en totalité ou en partie la cotisation à l'ordre professionnel de certaines ressources (infirmier, hygiéniste dentaire, etc.). Certaines communautés offrent une compensation financière aux employés qui décident d'effectuer un retour aux études. Les formations obligatoires sont également défrayées par l'employeur, en plus de formations optionnelles au choix de l'employé, ce qui peut représenter un incitatif important.

Évidemment, la situation financière d'une communauté influencera sa capacité à mettre de l'avant ou non différents incitatifs. Bien que les incitatifs à l'embauche ou à la rétention puissent être onéreux, il est important que les communautés puissent développer ce genre de stratégies à la hauteur de leur capacité. Pour atteindre cet objectif, plusieurs communautés doivent développer des stratégies qui requièrent de la créativité. Les conseils de bandes ainsi

que les organisations des Premières Nations peuvent par exemple inclure certains incitatifs en fonction de services déjà accessibles sur leur communauté (ex. : accès gratuit à la salle de conditionnement physique ou au gymnase). Certains professionnels peuvent également se voir offrir un loyer à coût modique ainsi que quelques incitatifs supplémentaires (Internet, télévision satellite, etc.). Les communautés doivent également user de persuasion et mettre de l'avant des incitatifs auxquels aucuns frais ne sont directement associés, comme un accent important mis sur le travail interprofessionnel et la concertation entre les différents secteurs.

Finalement, certains répondants ont souligné les politiques d'embauche préférentielle de ressources issues de la communauté comme potentielles solutions stratégiques afin de pourvoir des postes tout en faisant diminuer le taux de chômage au sein d'une communauté. Il faut toutefois mettre en place des stratégies de communication claires afin de gérer l'insécurité qui peut être créée chez certains employés ou encore chez certains candidats potentiels pour ne pas nuire au comblement de postes ainsi qu'à la rétention des ressources.

8 – CONSTATS SUR LES BESOINS EN FORMATION ET EN ACCOMPAGNEMENT

8.1 ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL CLINIQUE

Les communautés ont rapporté certains secteurs d'activité comme étant prioritaires en termes d'accompagnement. Par exemple, on mentionne les connaissances générales et spécialisées sur le diabète, la santé mentale, les nouvelles drogues (y compris les opioïdes et les aspects légaux de la légalisation du cannabis), la santé communautaire, les soins palliatifs, la responsabilisation parentale ainsi que la prévention du suicide. Au sujet de la formation en santé mentale, les communautés souhaitent également en apprendre davantage sur les stratégies de réduction des méfaits (p. ex., éviter de passer directement d'un problème de dépendance à une abstinence complète, mais plutôt d'adopter une approche de prévention et de gestion des rechutes). De façon plus spécifique, il semble également y avoir un désir de pouvoir accéder à davantage de formation d'une part avec iCLSC, mais également sur la saisie ainsi que la gestion de base de données en général. Un accompagnement personnalisé pourrait être offert quant à la cueillette, l'analyse et l'interprétation des données, mais également quant à l'élaboration de priorités et à la planification d'activités dont l'incidence serait quantifiable en santé et en services sociaux.

Une autre considération concerne le souhait des communautés d'avoir accès à des formations via des équipes volantes. Cela faciliterait l'accès, éviterait de devoir interrompre l'offre de services, en plus de pouvoir mettre en application directement dans leur milieu de travail l'objet de leur formation. L'objectif pourrait également être de réduire les coûts de déplacements pour des formations coûteuses et de longue durée (ex. : formations en soins de pieds pour le personnel infirmier). De l'information supplémentaire sur la couverture des formations offertes par SAC-DGSPNI serait également souhaitée par de nombreux répondants (ex. : nombre de ressources pour lesquelles la formation est couverte annuellement).

8.2 ACCOMPAGNEMENT EN ADMINISTRATION ET EN GESTION

Les communautés ont exprimé le souhait d'avoir accès à des formations en gestion financière. On rapporte d'ailleurs de l'insatisfaction quant aux possibilités de développement des capacités pour les communautés en situation d'intervention à la suite d'un manquement²⁰ (plan d'action de gestion, cogestion, séquestres, etc.). Les communautés souhaitent également avoir des formations sur les rôles et responsabilités des membres d'un conseil de bande (directeurs de secteurs, conseillers, etc.) afin d'arrimer les stratégies et les objectifs communs, tout en misant sur le travail intersectoriel.

8.3 ACCOMPAGNEMENT EN COMMUNICATION

Un accompagnement en communication pourrait également être bénéfique. En effet, les communautés souhaitent pallier le manque de sensibilisation de leur population vis-à-vis de leur état de santé (p. ex. en utilisant des stratégies de promotion de la santé). Ainsi, des formations en développement de stratégies de communication et de mobilisation pourraient être bénéfiques pour les communautés. Finalement les communautés rapportent que des formations en rédaction sont également souhaitées (rapports annuels, suivis médicaux, protocoles, etc.).

²⁰ <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1386790074541/1386790301856>

9 – CONSTATS SUR L'INTÉGRATION CULTURELLE

À la suite des entretiens avec des gestionnaires des communautés, il est possible de dégager certaines considérations sur la culture. La première considération est que la très grande majorité des communautés désire avoir davantage de liberté afin de pouvoir mettre de l'avant leur identité ainsi que leur héritage culturel en lien avec les activités de santé et de services sociaux.

Une seconde considération est en lien avec la langue de leur Première Nation, qui pour certains individus demeure la principale langue de communication. Le fait d'avoir une maîtrise limitée de l'anglais ou du français pour certains bénéficiaires demande donc des ajustements supplémentaires : un accompagnement accru et un financement à la hauteur des besoins (ex. : interprète en milieu hospitalier) pour la communauté concernée.

Au sujet de l'intégration des guérisseurs traditionnels au sein des établissements de santé et de mieux-être, il semble que l'accès aux guérisseurs soit principalement possible à l'extérieur des établissements de santé et de services sociaux. De même, certaines communautés ont rapporté avoir de l'intérêt pour la profession de sage-femme, mais aucune de ces ressources n'était répertoriée comme faisant partie de leur effectif en mieux-être.

Voici quelques exemples répertoriés d'intégration culturelle :

- › *Offrir un espace aux guérisseurs traditionnels au sein des établissements de santé ou de services sociaux de la communauté, et intégrer ces derniers dans les interventions (accompagnement spirituel, travail de concert avec les professionnels en santé mentale pour la thérapie en milieu naturel, etc.);*
- › *Embaucher des ressources possédant des connaissances de la médecine traditionnelle (ex. : plantes médicinales);*
- › *Miser sur la possibilité pour les intervenants de se déplacer chez les membres de la communauté;*
- › *Créer un centre de médecine traditionnelle qui existe en harmonie avec la médecine moderne.*

Peu importe la façon de faire vivre la culture dans les activités de mieux-être, l'important est de veiller à offrir des soins culturellement sécuritaires pour les membres des Premières Nations.

10 — BONNES PRATIQUES EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE DANS LES COMMUNAUTÉS

Un nombre important de bonnes pratiques en santé et en services sociaux ont été mises de l'avant au cours de l'exercice du présent projet, en voici quelques exemples.

10.1 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS LOCALES ET COLLABORATION MULTISECTORIELLE

Pour ce qui est du plan de santé communautaire, l'harmonisation des secteurs d'activité de la santé, des services sociaux et des loisirs semble apporter des résultats positifs tant chez les employés que chez les bénéficiaires de ces services. L'utilisation de stratégies de coordination de soins où différentes ressources en santé et en services sociaux peuvent élaborer des plans d'intervention de façon concertée et personnalisée en est un exemple. Pour ce qui est de la collaboration entre communautés, il existe de nombreux exemples positifs, notamment en santé mentale, en télémédecine ainsi qu'en mieux-être. Relativement au partenariat à l'extérieur des communautés, la majeure partie d'entre elles possède de bonnes relations avec le réseau de la province (CIUSSS, CISSS à proximité). Des ententes peuvent être créées pour favoriser le continuum en mieux-être (avec des établissements en santé mentale, pour des prescriptions pharmaceutiques avec un médecin répondant, pour des formations, pour faciliter la vaccination, etc.). Des partenariats avec des institutions universitaires peuvent également apporter du soutien aux communautés, comme des conseils sur les meilleures pratiques en médecine, des formations continues, ou encore de l'assistance avec la lecture d'appareils médicaux.

10.2 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES POUR LA POPULATION

Tout d'abord, une pleine utilisation du principe de Jordan est probablement un des meilleurs exemples qu'une communauté peut mettre en œuvre afin de faciliter l'accès à des services de santé de qualité à ses membres âgés de moins de 18 ans.

Pour certaines communautés on parle de 4 000 000 \$ en salaires annuels à temps plein qui ont pu être créés grâce au principe de Jordan. À l'échelle régionale, plus de 8 000 services professionnels directs ont été offerts à ce jour aux enfants (plus de 14 000) et aux familles des Premières Nations au Québec, totalisant environ 15 000 \$ depuis octobre 2018. Les suivis médicaux peuvent également se faire dans la communauté.*

* Il est important de mentionner qu'une importante partie de ce financement est investie au sein du secteur privé plutôt qu'en développement de collaborations durables et dans une perspective de développement des capacités avec le réseau provincial. De plus, à ce jour, la pérennité à long terme du principe de Jordan n'a toujours pas été confirmée par le gouvernement fédéral.

Afin de garantir l'accès à certaines ressources professionnelles rares ou essentielles, des communautés prévoient une fluctuation budgétaire (ex.: 5 %) afin de pouvoir négocier avec succès l'embauche desdites ressources souhaitées en fonction des priorités.

Le fait que les établissements de santé dans la communauté puissent se munir de mécanismes de gestion pour les listes d'attente et les annulations améliore également l'accès aux services pour desservir un maximum d'individus. La présence d'une liste d'attente trop longue a d'ailleurs été déterminée par les communautés des Premières Nations comme un facteur pouvant contribuer à une difficulté d'accès aux soins de santé et de mieux-être pour ces dernières (ERS, 2015).

Par ailleurs, afin de faciliter l'accès aux services, certaines communautés offrent par exemple de payer une partie de l'hébergement pour les bénéficiaires lors de séjours en centre de traitement. De plus, afin d'assurer un continuum de services efficace, des communautés ont choisi de se munir d'un agent post-thérapie qui fait de l'accompagnement et de la prévention de la rechute, en plus d'un agent PNLAADA²¹ qui fait de l'intervention et de la prévention. La création de maisons de la femme ou encore de maisons de répit représente également des initiatives permettant de favoriser la pérennité des services en mieux-être offerts à la population dans la communauté.

10.3 ORGANISATION INTERNE

Une troisième catégorie de bonnes pratiques dans la communauté est en lien avec l'organisation interne. Il a été rapporté qu'une réorganisation sur le plan du fonctionnement global des relations hiérarchiques, passant d'un modèle vertical descendant à un modèle circulaire, pouvait entraîner des effets positifs sur le climat de travail. Un autre exemple est de réorganiser les horaires afin qu'ils soient plus adaptés aux besoins du centre de santé et favorisent ainsi la conciliation travail-famille pour les employés.

Afin de bien cibler les besoins de leur population, certaines communautés ont vérifié auprès des bénéficiaires quels sont leurs besoins en termes de services de santé et de services sociaux, mais également quant aux emplois dans ces mêmes secteurs. Il s'agit là d'une étape stratégique qui contribuera à l'élaboration des priorités d'un plan de santé communautaire. Le fait d'élaborer son propre plan de santé communautaire, par opposition à l'embauche d'un consultant externe, est également une pratique importante à mettre de l'avant, tout spécialement dans une approche holistique et multisectorielle.

21. Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones
<https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/dependance-aux-drogues/strategie-canadienne-drogues-substances/financement/programme-national-lutte-contre-abus-alcool-drogues-autochtones.html>

Dans le but de maximiser l'efficacité des établissements de santé et de mieux-être, il a été rapporté à maintes reprises que la présence de responsables de secteur (ex. : infirmier en chef) avait des effets très positifs sur la prestation de services ainsi que sur le climat organisationnel. De même, la présence d'une ressource à temps plein dédiée à l'accréditation, à l'agrément, ainsi qu'à l'élaboration de guides et de procédures est également un point positif pour le respect des réglementations, de la responsabilisation et des bonnes pratiques en santé et en mieux-être. En effet, pour certaines communautés, l'adoption de pratiques encadrantes sur le plan administratif, telles que des grilles salariales, semble apporter des bénéfices considérables. La présence d'un commis comptable en santé peut également faciliter l'accès, et accélérer les réponses à différentes demandes (formations, transport médical, états financiers, etc.).

11 CONCLUSION

L'objectif de ce projet était d'obtenir un portrait des ressources œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés des Premières Nations au Québec. Le présent rapport fournit un portrait global des ressources ainsi que de différents enjeux rencontrés par les communautés des Premières Nations dans le domaine de la santé et des services sociaux. L'unicité de chaque communauté se reflète quant à de nombreux facteurs situationnels (géographique, linguistique, populationnelle, etc.) résultant en des besoins en santé et en services sociaux qui sont tout aussi uniques d'une communauté à l'autre. Avec les données du présent rapport, il est néanmoins possible de tracer différents constats globaux communs à une majorité de communautés, par exemple le besoin d'assises plus solides pour l'encadrement de la pratique des médecins dans les communautés, le sous-financement lié à des domaines particuliers à la santé et au mieux-être, les conflits de compétences, ou encore le besoin de développer des stratégies d'embauche et de rétention de personnel qualifié.

Plusieurs éléments positifs déjà employés dans certaines communautés ont été présentés en lien avec l'accès aux ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux ainsi qu'avec une prestation de services de qualité auprès de ses membres.

Les différents constats arborés au fil du présent rapport contribueront à jeter les bases d'une analyse et d'une planification des travaux nécessaires au développement d'ententes de services adaptés aux besoins des communautés. Ultimement, il est souhaité que les données présentées contribuent à alimenter un travail collectif (entre les Premières Nations, les organisations régionales et les instances gouvernementales) de réflexion et de mise en action vers l'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé et aux services sociaux, dans un processus intérim à une gouvernance par et pour les Premières Nations.

Le travail collectif est d'autant plus crucial en considération du contexte actuel où de nombreux changements affectent les Premières Nations sur le plan de la planification et de la prestation de services en santé et en services sociaux (réformes, nouvelle relation financière, unification ministérielle de SAC, etc.). Les communautés doivent se demander si des efforts collectifs sont susceptibles de permettre de mieux surmonter les obstacles actuels à un accès optimal à des soins de qualité (ex.: conflit de compétence) que de façon individuelle pour chaque communauté.

12 PERSPECTIVES

Un des éléments clés pouvant servir de cible d'intervention est l'importance de la sensibilisation à leur propre état de santé chez les membres des communautés des Premières Nations. En effet, il s'agit d'un élément souvent rapporté en lien avec l'absentéisme des gens à leurs rendez-vous médicaux. On rapporte même que pour certaines communautés, le financement est adéquat et que les ressources sont présentes pour mettre en œuvre les activités (p. ex. de prévention), mais qu'un problème de non-participation de la population persiste; les gens ne semblent pas suffisamment mobilisés par rapport à leur santé ou à celle de leur famille.

Ainsi, il existe plusieurs pistes de solutions possibles, ou déjà en place dans plusieurs communautés, visant à sensibiliser davantage les gens à leur état de santé avant l'arrivée de symptômes sévères liés à une condition pathologique. Par exemple, il est possible de miser sur la communication et la visibilité des établissements de santé. Il est possible d'organiser une rencontre avec tous les membres de la communauté afin de les sonder sur les besoins et leurs souhaits en termes d'information et de communication en santé et en services sociaux. Il peut s'avérer positif d'avoir une ressource à temps plein comme un technicien en communication qui pourrait, entre autres, faire la promotion du centre de santé ainsi que des services offerts. Certaines communautés misent sur de grands tableaux électroniques afin de diffuser des messages en lien avec les activités en santé et en mieux-être (ex.: campagne de vaccination). Une autre piste abordée par certains répondants reposait dans l'utilisation d'incitatifs pour attirer la population lors d'activités en mieux-être, par exemple faire tirer un chèque-cadeau. Finalement, il est important de tenter d'inclure tous les secteurs de la communauté dans la mobilisation en santé (services de police, des infirmiers, des travailleurs sociaux, des aînés, des jeunes, etc.).

Dans la perspective d'un futur projet similaire ou d'une seconde phase, plusieurs éléments pourraient être pris en compte. Afin d'affiner les constats par rapport au nombre de ressources et de leur présence dans les communautés, il serait intéressant d'établir des corrélations avec différentes variables quantitatives pouvant traduire l'état de santé des populations, telles que l'espérance de vie ou encore un indice de qualité de vie (indices de bien-être, questionnaires psychométriques, etc.). Il pourrait également être pertinent d'évaluer la perception de la qualité et de l'accès aux services chez les bénéficiaires de soins (p. ex., comparaisons avec le réseau provincial, le fait de recevoir les services d'un professionnel appartenant ou non aux Premières Nations).

De façon similaire, afin de permettre une meilleure caractérisation du temps de présence des professionnels en santé et en services sociaux, il pourrait être utile de pouvoir décortiquer certains aspects en lien avec différentes activités de leur pratique (temps passé en consultation clinique, nombre de patients vus par semaine, nombre d'activités de prévention et de promotion, tâches cléricales, etc.). Cet exercice pourrait être complété par un plus grand détail des statuts professionnels. Par exemple, dans le cas d'infirmiers, il serait intéressant de pouvoir décrire le type (auxiliaire, clinicien, etc.), ainsi que les actes médicaux associés (diagnostic, prescriptions, etc.). Il pourrait d'ailleurs être opportun de questionner les gens des communautés quant à leur souhait en lien avec les différents ordres professionnels. À plus grande échelle, il pourrait être bénéfique de sonder le souhait des communautés en lien avec l'élaboration d'ententes régionales avec la province.

13 ANNEXES

Annexe 1. Communautés (N=29) et organisation (N=1) de Première Nation ayant participé au projet et dates auxquelles ont eu lieu les rencontres

Nation	Communauté	Date de collecte
Abénaquise	Odanak	19 avril 2018
	Wôlinak	14 juin 2018
Algonquine	Barriere Lake	14 août 2018
	Kebaowek	7 juin 2018
	Kitcisakik	15 août 2018
	Kitigan Zibi	25 mai 2018
	Lac-Simon	29 août 2018
	Winneway	25 mai 2018
	Pikogan	28 août 2018
	Timiskaming	6 juin 2018
	Wolf Lake	6 juin 2018
Atikamekw	Manawan	1 août 2018
	Wemotaci	3 octobre 2018
Innue	Ekuanitshit	30 mai 2018
	Essipit	3 mai 2018
	Mashteuiatsh	15 mai 2018
	Matimekush-Lac John	31 mai 2018
	Nutashkuan	9 août 2018
	Pakua Shipu	25 avril 2018
	Pessamit	18 juin 2018
	Uashat mak Mani-Utenam	23 juillet 2018
	Unamen Shipu	24 juillet 2018
Malécite	Viger	30 juillet 2018
Micmac	Gesgapegiag	16 mai 2018
	Gespeg	27 juillet 2018
	Listuguj	17 juillet 2018
Huronne-Wendate	Wendake	2 mai 2018
Mohawk	Kahnawake	5 septembre 2018
	Kanesatake	21 août 2018
Organisation des Premières Nations	Conseil tribal Mamit Innuat	29 mai 2018

Annexe 2. Formulaire de consentement pour la participation au projet



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

250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
☎ 418-842-1540 📠 418-842-7045 cssspnql.com

Consentement

INVITATION À PARTICIPER AU RECENSEMENT DES RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX ACCESSIBLES POUR LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

Veuillez compléter cette section :

☐ Par la présente, **je consens** à ce que ma communauté, _____, participe au
(nom de votre communauté)
recensement des ressources en santé et en services sociaux accessibles pour les Premières Nations au Québec.

ou

☐ Par la présente, **je NE consens PAS** à ce que ma communauté, _____, participe au
(nom de votre communauté)
recensement des ressources en santé et en services sociaux accessibles pour les Premières Nations au Québec.

Signature

Directeur général

Date

Veuillez retourner une copie avec signature par fax au 418 842-7045 ou par courriel en format pdf à l'adresse électronique suivante :

Jean.Levasseur-Moreau@cssspnql.com
À l'intention de Jean Levasseur-Moreau
Projet spécial en gouvernance, CSSSPNQL

Annexe 3. Note d'information concernant le projet



COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR
FIRST NATIONS OF QUEBEC AND LABRADOR
HEALTH AND SOCIAL SERVICES COMMISSION

250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
☎ 418-842-1540 📠 418-842-7045 cssspnql.com

Note d'information

Description du projet de recensement

Recensement des ressources humaines œuvrant en santé et services sociaux accessibles aux communautés des Premières Nations au Québec

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons vous informer qu'un recensement des ressources humaines œuvrant en santé et en services sociaux dans les communautés et organisations des Premières Nations au Québec sera conduit, avec votre collaboration, par la CSSSPNQL.

Objectif : Dans le cadre du processus de gouvernance en santé et en services sociaux entamé en 2012 par les Premières Nations au Québec, la CSSSPNQL effectuera un recensement des ressources œuvrant en santé et en services sociaux accessibles pour les communautés et organisations. Cette étape est cruciale à l'adoption d'une planification stratégique efficace et propice au rapatriement des fonctions et responsabilités en santé et services sociaux qui sont actuellement gérées par le gouvernement fédéral.

Contexte : À maintes reprises, les représentants politiques des communautés des Premières Nations ont exprimé leur mécontentement face à la situation actuelle en santé et en services sociaux au Québec (ex. accès, équité, financement, élaboration de programmes, continuité de services, etc.) et ont affirmé leur engagement à agir à titre de vecteur de changement. Il importe de profiter de l'initiative politique actuelle (changements ministériels, recommandations de la Commission de vérité et réconciliation, etc.) et d'agir en amont. Un aspect crucial de l'autodétermination concerne le choix des fonctions et responsabilités à rapatrier qui sont présentement assumées par le fédéral. Le pendant de cet aspect dépend ainsi des ressources humaines en santé et en services sociaux déjà accessibles par les communautés. La reconnaissance et l'appui aux démarches de gouvernance des Premières Nations constituent un axe prioritaire du plan stratégique 2017-2020 de la CSSSPNQL.

Collecte de données et considérations éthiques : La collecte d'information s'effectuera au cours de l'année 2018. La collecte se fera en une seule occasion et prendra la forme d'entrevues en personne ou par téléphone avec la personne ressource en santé et/ou en services sociaux. Ce recensement sera conduit dans le respect du Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador (APNQL, 2014) ainsi que des principes de

1

propriété, contrôle, accès et possession (PCAP®) des données par les Premières Nations. Les données recueillies seront traitées avec confidentialité. Dans l'éventualité où un rapport issu de cette collecte serait rendu public, les données seront présentées de manière à ce qu'elles ne puissent être directement liées à la communauté dont elles proviennent.

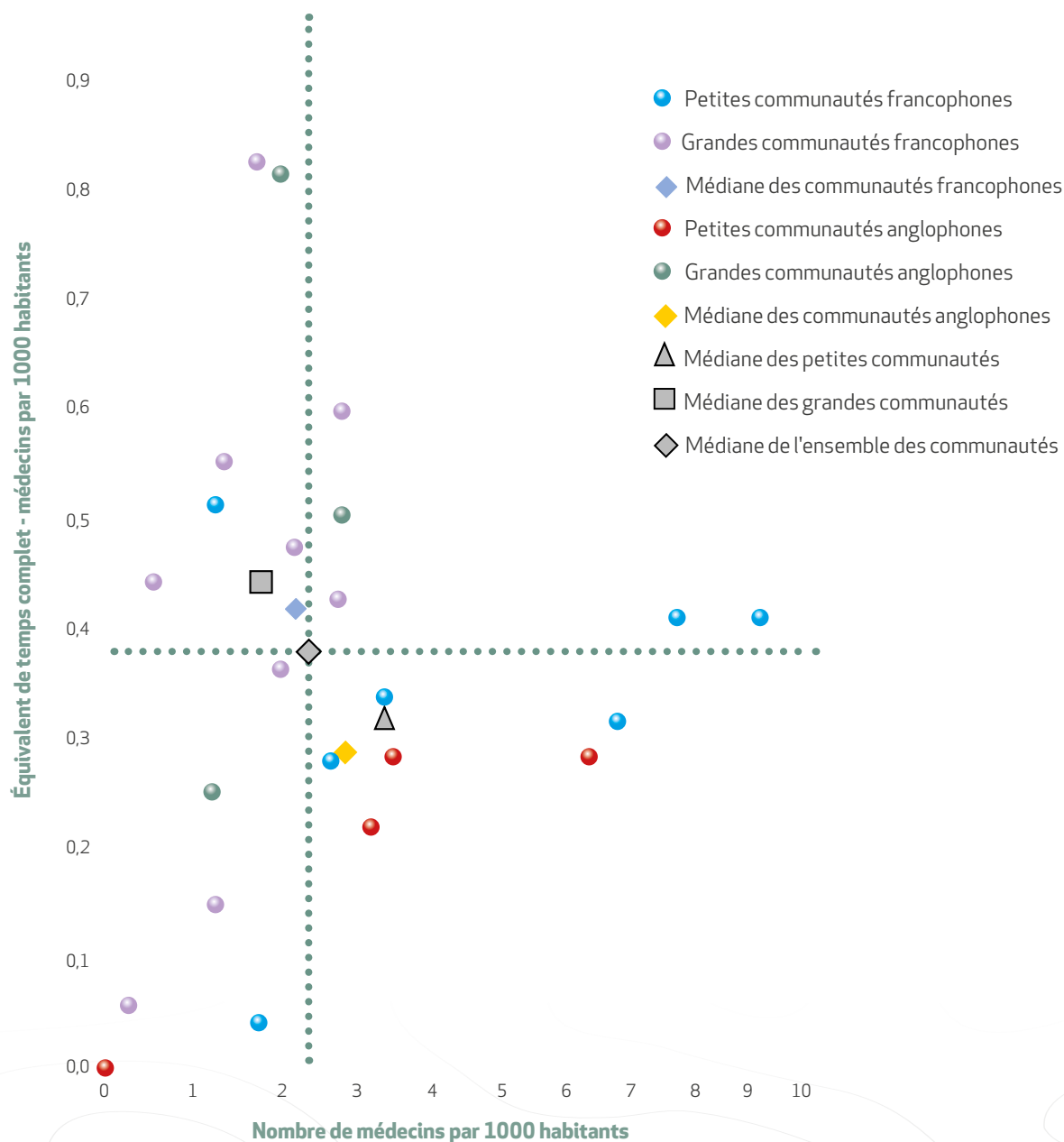
Retombées : Un tel recensement des ressources en santé et en services sociaux accessibles par les Premières Nations n'a jamais été effectué. Il pourra servir d'outil pour guider les communautés et organisations dans leur développement et planification futurs, et des orientations pourront être données à la CSSSPNQL concernant la gouvernance en santé et services sociaux des Premières Nations. Les résultats contribueront également à obtenir une vision plus claire des ressources et besoins en santé pour les Premières Nations au Québec ainsi qu'à identifier les besoins futurs en matière de recrutement, de formation professionnelle et continue, et de la bonification de l'offre de services des communautés et organisations. Ainsi, en plus de l'appui aux démarches de gouvernance, deux autres axes prioritaires de notre plan stratégique sont touchés : un accès à des soins et à des services de qualité, ainsi que le renforcement des capacités en accompagnement de la CSSSPNQL, et ce, au profit des communautés et organisations accompagnées.

Le formulaire de consentement ci-dessous permettra à la CSSSPNQL d'entrer en contact avec le ou les principaux acteurs impliqués en matière de santé et de services sociaux de votre communauté ou organisation.

Pour plus d'information, veuillez contacter Jean Levasseur-Moreau au 418-842-1540, poste 2106, ou à Jean.Levasseur-Moreau@cssspnql.com.

Nous vous remercions à l'avance de votre participation.

Annexe 4. Répartition du nombre de médecins et de leur équivalence à temps complet selon les communautés en fonction de la taille et de la langue parlée



Petites communautés = communautés de moins de 1000 habitants;
Grandes communautés = communautés de 1000 habitants ou plus.

N. B.: Certaines communautés ne sont pas représentées dans ce graphique puisqu'elles représentaient des valeurs extrêmes, toutefois la totalité des valeurs a été incluse dans les calculs de médianes.

* Ce graphique doit être interprété dans une perspective où, par exemple, il est peu souhaitable d'avoir un nombre très élevé de médecins avec une très faible équivalence à temps complet (temps de présence), puisque cela est synonyme d'une importante rotation et donc d'un manque de stabilité dans le continuum de services (quadrant en bas à droite). À l'inverse, le quadrant en haut à gauche pourrait représenter une situation plus souhaitable étant donné qu'à temps de présence équivalent (avec le quadrant en haut à droite), un plus petit nombre de médecins est requis, ce qui suggère une meilleure stabilité et une meilleure continuité des soins.

Les Premières Nations au Québec sont aux prises avec d'importants enjeux en matière de ressources humaines en santé. Or, aucun rapport exhaustif permettant d'analyser cette situation n'était disponible à ce jour. Ce rapport présente un portrait des ressources humaines en santé et en services sociaux dans les communautés des Premières Nations au Québec. En tout, 29 communautés et une organisation des Premières Nations ont participé à ce projet.

Le rapport illustre des enjeux majeurs vécus par les communautés, notamment concernant la robustesse du continuum de services ainsi que le recrutement et la rétention de personnel. Le rapport renferme des comparaisons avec la province, des pistes d'actions pour améliorer l'accessibilité et la qualité des ressources humaines ainsi que des bonnes pratiques relevées au cours de la collecte de données.



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