



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

SYNTHÈSE DES SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUIT AU QUÉBEC

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



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

**SYNTHÈSE DES SERVICES DE SANTÉ ET SOCIAUX OFFERTS
AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUIT AU QUÉBEC**

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

Rédaction

Odile Bergeron, Agente de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Coordination

Patrice Lacasse, CSSSPNQL

Collaboration

Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) :

Lisa Ellington, Conseillère en protection de la jeunesse
Richard Gray, Gestionnaire des services sociaux
Sophie Picard, Gestionnaire des services de santé
Pascal Plamondon-Gómez, Conseiller services de 1^{re} ligne -
Services d'aide à l'enfance et la famille

Institut national de santé publique du Québec

Faisca Richer, Médecin spécialiste, Santé publique
Vice-présidence aux affaires scientifiques
Isabelle Duguay, Agente de planification, de programmation et de recherche
Vice-présidence aux affaires scientifiques
Suzanne Bruneau, Conseillère-cadre
Vice-présidence aux affaires scientifiques

Graphisme

Patricia Carignan

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

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

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

Crédit photo : 123rf.com

ISBN : 978-1-926528-45-8

Dépôt légal – 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

© CSSSPNQL 2015

AVANT-PROPOS

À l'automne 2012, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) amorçait des démarches en vue du développement de la structure de son Projet de gouvernance en matière de santé et services sociaux pour les Premières Nations du Québec. La CSSSPNQL souhaite que la réalisation de ce projet, dont la fin est prévue en 2016, contribue à l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de santé pour les Premières Nations du Québec à travers la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance qui valorise leur participation dans la conception, la prestation, la coordination et l'évaluation des programmes et des services de santé (CSSSPNQL, 2013 – document interne).

Au Canada, rares sont les Nations autochtones qui ont obtenu, suite à la signature d'accords tripartites, la responsabilité de la prestation et du développement des services de santé destinés à leur population. En Colombie-Britannique, les Premières Nations de la province et les gouvernements fédéral et provincial ont signé un accord-cadre qui établit une nouvelle structure de gouvernance pour la santé des Premières Nations. Mise en application à l'automne 2013, cette structure de gouvernance fait en sorte que la Régie de la santé des Premières Nations, nouvellement créée, hérite de la responsabilité de la planification, de la gestion, de la prestation et du financement des programmes de santé offerts aux Premières Nations de la province par l'entremise de Santé Canada (Santé Canada, 2013b).

La Colombie-Britannique semble faire figure d'exception bien que certaines Nations, comme les Inuit, les Cris et les Naskapi au Québec, aient signé des ententes qui leur procure une certaine forme d'autonomie dans la prestation des services de santé et sociaux auprès de leur population.

Dans la poursuite de ses travaux, la CSSSPNQL a sollicité le soutien de divers collaborateurs provenant entre autres des milieux universitaires et gouvernementaux. L'équipe Santé des Autochtones de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a été invitée à réaliser, sous la coordination de la CSSSPNQL, la première activité prévue à la réalisation de l'axe 1, c'est-à-dire la collecte d'information et de recherche sur les programmes, services et initiatives existants dans le secteur de la santé et des services sociaux. La production d'un document synthétisant et illustrant l'offre de services de santé et de services sociaux aux Premières Nations et aux Inuit au Québec a été identifiée comme moyen privilégié pour présenter l'information recueillie.

Adoption du projet de loi 10

La rédaction de ce document a été réalisée à l'automne 2014 et une version finale a été remise à la CSSSPNQL en décembre de la même année. Parallèlement à ces travaux, l'Assemblée nationale du Québec présentait en septembre 2014 le projet de loi 10 qui modifie l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. Ce projet de loi a été adopté et sanctionné en février 2015.

Originellement, la structure du document a été articulée autour de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux québécois tel qu'il était avant le 1^{er} avril 2015. Afin de tenir compte des changements organisationnels apportés par le projet de loi 10, des modifications subséquentes ont été apportées au contenu du document. Étant donné le caractère transitoire de certaines dispositions du Projet de loi et la poursuite d'autres travaux juridiques d'envergure qui modifieront la Loi sur les services de santé et les services sociaux, il y a tout lieu de penser que d'éventuelles mises à jour devront être considérées.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	I
LISTE DES FIGURES	II
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES	III
MESSAGES CLÉS	IV
LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT AU QUÉBEC EN UN CLIN D’ŒIL	VI
1 INTRODUCTION	1
2 PROVENANCE DES SOURCES D’INFORMATION	3
3 LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX	5
3.1 Structure de gouvernance	5
3.2 Principes de base du réseau	10
3.3 Niveaux d’accès	14
3.4 Organisation des soins et des services par programmes	17
3.5 Établissements offrant les services de santé et les services sociaux	18
3.6 Dispensateurs de soins et de services	20
4 L’ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS INUIT ET DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC	23
4.1 L’organisation des services de santé dans les territoires conventionnés	24
4.2 L’organisation des services de santé dans les territoires non conventionnés	31
4.3 Les services offerts aux Premières Nations et aux Inuit vivant hors communauté	44

5 LES SERVICES SOCIAUX	49
5.1 Les services sociaux offerts par le réseau québécois	49
5.2 Les services sociaux offerts par les instances fédérales	58
6 CONCLUSION	63
7 RÉFÉRENCES	65
Annexe 1 Carte des communautés inuit et des Premières Nations au Québec	71
Annexe 2 Configuration des programmes dans le réseau de santé au Québec	73
Annexe 3 Modèles de financement de la DGSPNI	74
Annexe 4 Configuration des programmes de la DGSPNI	76
Annexe 5 Services offerts à des clientèles spécifiques et les SSNA	78

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Centres de traitement contre l’abus d’alcool et de drogues -----	35
Tableau 2	Affiliation des communautés des Premières Nations situées dans la région sociosanitaire de l’Abitibi-Témiscamingue -----	43
Tableau 3	Profil des cliniques Minowé et Acokan -----	46
Tableau 4	Communautés ayant conclu une entente avec un CJ -----	54
Tableau 5	Types d’organismes communautaires soutenus par le PSOC -----	57
Tableau 6	Programmes sociaux d’AADNC -----	59
Tableau 7	Maisons d’hébergement autochtones pour femmes victimes de violence -----	60

**LISTE
DES FIGURES**

Figure 1 Régions sociosanitaires au Québec ----- 8

Figure 2 Région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue ----- 9

Figure 3 Territoires des RUIS ----- 10

Figure 4 Réseau territorial de services ----- 11

Figure 5 Missions des CISSS/CIUSSS ----- 19

Figure 6 Financement et planification des services dans
les communautés inuit et des Premières Nations ----- 23

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AADNC	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CAA	Centre d'amitié autochtone
CBJNQ	Convention de la Baie James et du Nord québécois
CCSSSBJ	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
CH	Centre hospitalier
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMC	Centre miyupimaatissiun (santé) communautaire
CNEQ	Convention du Nord-Est québécois
CR	Centre de réadaptation
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CSSS	Centre de services de santé et services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
RLS	Réseau local de services
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
RTS	Réseau territorial de services
SSNA	Services de santé non assurés

MESSAGES CLÉS

- ▶ L'ensemble des services offerts par le réseau québécois de la santé et des services sociaux sont accessibles à tous les citoyens qui résident ou séjournent au Québec, y compris les Premières Nations et les Inuit.
- ▶ Des services généraux de 1^{re} ligne sont offerts dans l'ensemble des communautés inuit et des Premières Nations au Québec.
- ▶ Certains services spécialisés de 2^e ligne sont offerts dans des établissements au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kahnawake. Des services de 2^e ligne sont offerts dans les communautés inuit et des Premières Nations grâce à des programmes d'aide à domicile.
- ▶ Aucun service de 3^e ligne n'est offert dans les communautés inuit et des Premières Nations.
- ▶ La prestation et le financement des services aux Premières Nations et aux Inuit varient en fonction du statut juridique et du lieu de résidence de ceux-ci.
- ▶ Le gouvernement du Québec finance les services provinciaux qui sont offerts au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kawawachikamach, tel que stipulé dans la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ) et la Convention du Nord Est québécois (CNEQ).
- ▶ La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) et le CLSC Naskapi ont été créés lors de la CBJNQ et de la CNEQ. Ces trois organisations sont rattachées au MSSS.
- ▶ La RRSSSN, le CCSSSBJ et le CLSC Naskapi sont responsables de la prestation des services de santé et des services sociaux au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kawawachikamach. En plus d'assurer la prestation des services provinciaux, ces trois organisations gèrent la prestation des programmes fédéraux auxquels les populations inuit et des Premières Nations de ces territoires ont accès.
- ▶ Au niveau fédéral, la prestation et le financement des services de santé et des services sociaux offerts aux Premières Nations et aux Inuit est partagé entre Santé Canada, et sa Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC).
- ▶ Les services de santé et les services sociaux offerts dans les communautés des Premières Nations situées dans les territoires non conventionnés sont financés à partir de programmes fédéraux. Les services médicaux sont toutefois financés par le MSSS.

- ▶ Les Premières Nations vivant dans les communautés situées en territoire non conventionné qui requièrent des soins qui ne sont pas offerts dans leur communauté sont référées aux établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux.
- ▶ Les Premières Nations et les Inuit qui résident hors communauté n'ont généralement pas accès aux services qui sont offerts dans leur communauté d'origine. Lorsque leur état de santé le requiert, ils consultent les établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux.

LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUIT AU QUÉBEC EN UN CLIN D'ŒIL

Profil des Nations

Au Québec, le terme autochtone renvoie spécifiquement aux dix Premières Nations (les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks et les Naskapi) et à la nation inuit. Les communautés des Premières Nations et des Inuit se distinguent les unes des autres en termes culturels, linguistiques et géographiques et varient énormément au niveau des conditions socioéconomiques, politiques et sociosanitaires.

Les membres de ces onze Nations habitent l'une des 55 communautés autochtones réparties à la grandeur du Québec, principalement au nord du fleuve Saint-Laurent (voir Annexe A). Certaines communautés sont situées près de grandes villes ou de pôles régionaux, comme par exemple Pikogan, Mashteuiatsh, Wendake, Uashat mak Maliotenam, Gesgapegiag pour ne nommer que celles-là. D'autres sont situées en région éloignée; prenons pour exemples Manawan, Lac-Rapide et Natashquan. Enfin, certaines sont situées dans les régions isolées du Québec et ne sont accessibles que par voie aérienne ou maritime (ou par voie terrestre l'hiver). Il s'agit de l'ensemble des communautés du Nunavik, de certaines communautés d'Eeyou Istchee¹, de Kawawachikamach, de Matimekosh et enfin d'Unamen Shipu et de Pakua Shipi situées toutes deux en Basse-Côte-Nord. Le positionnement géographique des communautés des Premières Nations et des Inuit est à considérer dans la compréhension de l'offre de services générale qui est offerte à ces populations et de l'accès à ces services.

Démographie

Selon les données présentées par le Secrétariat aux Affaires autochtones, la population des Premières Nations et des Inuit au Québec en 2012 était de 98 731 personnes, soit un peu plus de 1 % de la population québécoise (SAA, 2013). La population de la plupart des communautés est peu nombreuse (moins de 1 000 habitants) et jeune (CSSSPNQL, 2013a; RRSSN, 2012; SAA, 2011). C'est également une population en forte croissance avec un taux de fécondité élevé.

Organisation politique

Au Canada, les Premières Nations sont assujetties à la Loi sur les Indiens, un cadre législatif qui définit les obligations du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations de plein droit (Indiens inscrits) sur la gestion de la gouvernance, de la fiscalité,

¹ Dans ce document, l'expression « les communautés d'Eeyou Istchee » renvoie toujours aux communautés criées conformément à la Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis. Dans le réseau de la santé, le territoire d'Eeyou Istchee correspond à la région sociosanitaire des Terres-Criées-de-la-Baie-James (région 18).

du territoire et des ressources, de l'appartenance, de la culture, etc. Pour être reconnus au sens de cette loi, les individus doivent répondre à certains critères et être inscrits au Registre des Indiens tenu par les Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC).

En vertu de la loi sur les Indiens, la grande majorité des communautés ont le statut de réserve. L'organisation politique et administrative des communautés des Premières Nations repose sur le Conseil de bande, lequel régit les services qui sont normalement assurés par les gouvernements provinciaux et municipaux ailleurs au Canada, notamment les soins de santé, les services sociaux, l'éducation, la protection contre les incendies et la sécurité publique. Quelques conseils de bande, sont regroupés sous l'organisation de conseils tribaux qui agissent comme les représentants officiels de ces Nations et font la promotion de leurs droits et intérêts.

Convention de la Baie-James et du Nord québécois et Convention du Nord-Est

Au Québec, la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est ont attribué un statut particulier aux Cris, aux Inuit et aux Naskapi. Ces deux ententes constituent un cadre qui définit les droits et les responsabilités de ces trois nations sur les ressources et les territoires. En établissant un nouveau régime de gouvernance, ces ententes ont transféré aux Cris, aux Inuit et aux Naskapi la responsabilité des institutions locales et régionales de leur territoire dans les domaines de la santé, du logement, de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique et de la chasse, la pêche et le piégeage (Publications du Québec, 2012).

Portrait de santé

En dépit de la sensible amélioration de l'état de santé des populations autochtones au Canada et au Québec, de sérieuses disparités de santé demeurent entre les populations autochtones et non autochtones. Des écarts marqués sont généralement observés pour les blessures (intentionnelles et non-intentionnelles), les maladies chroniques (telles l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires), certaines maladies infectieuses (telles les infections sexuellement transmises et la tuberculose), ainsi que pour plusieurs indicateurs de santé des jeunes enfants dont la mortalité périnatale et infantile. De plus, l'espérance de vie des populations autochtones est généralement plus courte que pour les populations non autochtones (Adelson, 2005; CSSSPNQL, 2013b; RRSSN, 2012).

Problématiques de nature psychosociale

Nombreuses sont les communautés inuit ou des Premières Nations qui doivent composer avec de nombreuses problématiques de nature psychosociale. Il n'y a qu'à penser aux problèmes de santé mentale (de la détresse psychologique au suicide), aux diverses formes de dépendances (alcool, toxicomanies et jeux), ainsi qu'à la violence familiale et la maltraitance. Les conditions de vie matérielles qui perdurent dans plusieurs communautés sont encore aujourd'hui particulièrement difficiles, que ce soit sur le plan

des infrastructures et du logement (surpeuplement et insalubrité), mais également de l'accessibilité aux services de première nécessité (tels l'accès à l'eau potable, à l'électricité ou à des services de santé et d'éducation de qualité) (ARK & Société Makivik, 2010; CSSSPNQL, 2013a; Reading & Wien, 2009). Ces populations doivent souvent faire face à un contexte socioéconomique particulièrement défavorable marqué par la pauvreté, le chômage et une faible scolarisation (ARK & Société Makivik, 2010; CSSSPNQL, 2013a; Gracey & King, 2009).

Urbanité

De plus en plus de personnes autochtones au Québec vivent hors de leur communauté d'origine. Entre 2001 et 2006, la population autochtone vivant en milieu urbain représente plus de 60 % de la population autochtone totale au Québec (Cloutier, 2011). En 2010, il était estimé que plus de 80 000 personnes des Premières Nations ou Inuits résidaient dans les villes du Québec et les centres régionaux. Les conditions de vie difficiles dans les communautés, la vétusté ou le manque de logements expliquent en partie ces départs (courts ou prolongés, passagers ou fréquents) vers d'autres communautés ou des villes voisines ou éloignées. Plusieurs personnes quittent aussi pour travailler, étudier, rencontrer des proches ou accéder à des services dont ils ont besoin (Lévesque, 2003; 2011).

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – ERS 2008 :

Données sociodémographiques

L'année précédant l'enquête :

- 53,7 % des adultes ont gagné moins de 20 000 \$;
- 20,5 % des adultes ont touché de l'assurance-emploi;
- 37 % des adultes ont eu un revenu de l'aide sociale;
- 34,2 % des individus vivaient dans un ménage ayant gagné moins de 20 000 \$;
- 24,8 % des adultes vivent de l'insécurité alimentaire modérée ou grave;
- 31,2 % des adultes vivant avec enfants sont dans une situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave;
- Moins de la moitié des adultes détiennent un diplôme d'études secondaires.

Pensionnats

- 26,4 % des adultes ont signalé avoir fréquenté un pensionnat au cours de leur vie;
- 32,8 % des ex-pensionnaires rapportent avoir déjà eu des pensées suicidaires;
- 22 % des ex-pensionnaires ont déjà tenté de se suicider.

Bien-être

- 27,5 % des adultes indiquent avoir été victimes d'une quelconque forme de maltraitance ou d'abus au cours de leur enfance, et près de 30,0 % disent avoir été victimes de violence conjugale;
- 26,4 % des adultes ont déjà pensé au suicide au cours de leur vie.

Santé

- 33,0 % des adultes ont un excès de poids et 40,6 % souffrent d'obésité.

Urbanité

- 45,5 % des 18 ans et plus ont affirmé avoir déjà habité à l'extérieur de leur communauté;
- Les principales raisons évoquées pour justifier la migration à l'extérieur de la communauté sont le travail et les études; les principales raisons évoquées pour revenir dans la communauté sont d'ordre familial et culturel;
- Une grande proportion (65,9 %) des migrants ont quitté leur communauté pour aller vivre dans une ville.

Source : CSSSPNQL (2013) Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitres 1, 11, 15 et 18, Québec : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.

1

INTRODUCTION

Au Québec, comme ailleurs au Canada, la responsabilité gouvernementale de la prestation et du financement des services de santé et des services sociaux à l'égard des Premières Nations et des Inuit est tributaire d'une variété de dispositions législatives et politiques plus ou moins fragmentées qui découle du partage des champs de compétence inscrit dans la Constitution canadienne (CCNSA, 2011a; Lavoie, 2013; MSSS, 2007c). D'un côté, les provinces ont l'obligation de structurer l'organisation des services de santé et sociaux pour l'ensemble de leur population. De l'autre, le gouvernement fédéral doit s'acquitter du financement et de la prestation de services aux Premières Nations et aux Inuit (AINC, 2006; Chenier, 2004; Santé Canada, 2012a; Santé Canada, 2014). Cette obligation du gouvernement fédéral varie toutefois elle-même en fonction de la signature d'accords avec certaines Nations.

Ainsi, au Québec, depuis la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ) et de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ), le gouvernement de la province alloue des ressources financières à trois organisations afin qu'elles gèrent l'offre de services aux citoyens de leur région respective. Bien qu'elles relèvent du réseau québécois de la santé et des services sociaux, ces trois organisations doivent tout de même gérer le financement de certains programmes fédéraux auxquels ont accès les populations inuit et des Premières Nations des trois territoires conventionnés. Ailleurs dans les territoires non conventionnés, la situation apparaît inversée : le financement des services de santé et des services sociaux au sein des communautés des Premières Nations provient essentiellement de programmes fédéraux. Cependant, comme l'ensemble de la population québécoise, les citoyens de ces communautés ont accès aux services offerts par le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Dans la présente synthèse, la description de l'offre de services offerte aux Premières Nations et aux Inuit vivant au Québec est articulée autour de l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux québécois². Cette structure permet de rendre compte plus aisément de l'organisation des services dans les territoires conventionnés et d'établir plus efficacement les liens entre les organisations du réseau de la santé et des services sociaux et les organismes des Premières Nations situés dans les territoires non conventionnés.

² Étant donné que la collecte des informations et la rédaction de la synthèse ont précédé l'adoption et la sanction du projet de loi 10 modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, l'organisation du réseau de la santé et des services sociaux québécois décrite dans ce document correspond principalement à ce qu'elle était avant le 1^{er} mai 2015. Les modifications nécessaires ont cependant été apportées afin de tenir compte des dispositions du projet de loi 10.

2 PROVENANCE DES SOURCES D'INFORMATION

Les informations recueillies proviennent essentiellement de documents (consultés en version électronique) produits par diverses instances gouvernementales et de certains de leurs organismes affiliés ainsi que par des organisations ou organismes autochtones. L'ensemble des documents répertoriés et consultés ont été obtenus à la suite de recherches par mots-clés effectuées dans des moteurs de recherche de type Google et à partir des outils de recherche de différents sites web.

Du côté provincial, la plupart des informations ont été publiées par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), les autorités régionales (autrefois désignées comme les agences de la santé et des services sociaux et certaines de leurs installations affiliées, ainsi que par différents ordres dont l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et le Collège des médecins du Québec (CMQ). Suivant la restructuration du réseau québécois de la santé et des services en 2003, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) avait produit une variété de publications qui détaillaient la structure organisationnelle du réseau, expliquaient ses principes fondateurs et définissaient les différents services de santé et sociaux qui devraient être offerts par les différentes installations de santé au Québec. À nouveau, en 2015, le MSSS a entamé la diffusion de documents qui vulgarisent et expliquent la plus récente réorganisation du réseau.

Du côté fédéral, les principales sources d'information ont été la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada ainsi qu'Affaires autochtones et développement du Nord Canada (AADNC).

Plusieurs informations apparaissant dans le document proviennent également de sites web de plusieurs organisations ou organismes inuit et des Premières Nations. Ces informations ont permis de détailler certains aspects présentés plutôt de façon générale.

L'utilisation des sources institutionnelles s'est avérée incontournable pour établir un portrait général de l'offre des services de santé et des services sociaux. Ce type d'information est généralement facilement accessible et majoritairement tenu à jour. Par contre, les sources institutionnelles ont l'inconvénient de ne pas nous permettre de saisir pleinement les particularités propres à certains contextes et de ne pas pouvoir rendre compte des dynamiques locales. Certaines zones de la présente synthèse requièrent donc toujours des éclaircissements. Par exemple, il serait intéressant

d'avoir un portrait détaillé des médecins et des infirmières qui travaillent dans les communautés inuit et des Premières Nations (leur nombre, leur affiliation, leurs années de pratique en milieu autochtone, etc.). Il serait également avantageux de connaître les différentes ententes qui lient le réseau québécois et les différents organismes de santé inuit et des Premières Nations.

L'éclaircissement de ces zones grises pourrait être entrepris lors de démarches ultérieures en sollicitant, par exemple, la participation d'informateurs travaillant dans les établissements de santé des communautés inuit et des Premières Nations ou provenant du réseau québécois de la santé ou encore des instances fédérales.

3

LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

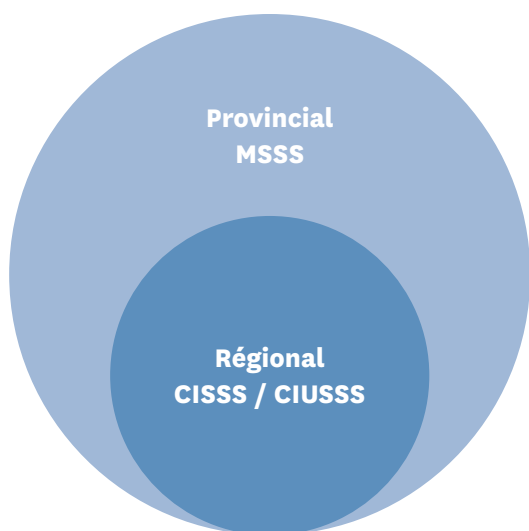
Au Québec, la Loi sur les services de santé et les services sociaux établit les principes essentiels et les fondements du réseau public québécois de services de santé et de services sociaux. Respectant les principes nationaux d'accessibilité universelle et la gratuité des services inscrits dans la Loi canadienne sur la santé (Madore, 2005), le système québécois de santé et de services sociaux a pour buts « le maintien, l'amélioration et la restauration de la santé et du bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux » (MSSS, 2007a). Depuis sa création en 1971, il regroupe sous la même administration les services de santé et les services sociaux.

Les services du réseau sont accessibles à l'ensemble des citoyens qui résident ou séjournent au Québec, y compris les Premières Nations et les Inuit, en vertu des critères inscrits dans la Loi sur l'assurance maladie et dans le Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec (MSSS, 2007c; Publications du Québec, 2014; RAMQ, 2014b).

Le réseau québécois de la santé et des services sociaux repose sur une structure de gouvernance à deux paliers ainsi que sur deux grands principes de base – la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Les services du réseau comprennent trois niveaux d'accès, sont structurés par programmes, ils sont offerts des établissements publics et assurés par différents professionnels de la santé.

3.1 STRUCTURE DE GOUVERNANCE

Entre 2003 et mars 2015, le réseau québécois de la santé et des services sociaux reposait sur une structure de gouvernance à trois paliers – provincial, régional et local – qui avait été développée pour favoriser un modèle maximisant une vision locale de l'organisation des services (MSSS, 2004b; 2009; 2013a). Le projet de loi 10, sanctionné en février 2015, modifie de nouveau l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux par l'implantation d'une gestion réduite à deux niveaux hiérarchiques (MSSS, 2015a).



3.1.1 Palier provincial

À l'échelle provinciale, le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) est responsable de la planification de politiques et de standards d'accès et de qualité de services, du financement et de l'allocation des ressources financières aux établissements régionaux et non fusionnés sur la base des programmes-services, du suivi et de l'évaluation de l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux (MSSS, 2004b; MSSS, 2015a).

3.1.2 Palier régional

Au niveau régional, depuis le 1^{er} avril 2015, le Québec compte 13 centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et 9 centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS). Un CISSS est implanté dans chacune des 13 régions sociosanitaires autres que la région de Montréal, de la Capitale-Nationale, de l'Estrie, de la Mauricie et du Centre-du-Québec et du Saguenay-Lac-Saint-Jean (MSSS, 2015a). Dans ces cinq régions, on trouve plutôt un CIUSSS (la région de Montréal en comptant 5).

On ne retrouve aucun CISSS ou CIUSSS au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kawawachikamach. En effet, les établissements des régions nordiques, c'est-à-dire le CLSC Naskapi, le Centre de santé Inuulitsivik (Baie d'Hudson), le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava), le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, ne sont pas visés par la loi 10 car ils ont été créés par la CBJNQ et la CNEQ. Ces instances sont décrites à la section 4.1.

Parallèlement, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (région 10) n'est pas non plus visé par la loi, car il avait déjà le mandat d'un établissement régional.

Les CISSS sont issus de la fusion de l'agence de la santé et des services sociaux (ASSS) et des établissements publics d'une même région, soit les centres locaux de santé communautaires (CLSC), les centres hospitaliers (CH), les centres hébergements et de soins longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et les centres de réadaptation (CR). (MSSS, 2015a). Ils se distinguent des CIUSSS dans la mesure où ces derniers sont situés dans une région sociosanitaire où se trouve une université offrant un programme complet d'études prédoctorales en médecine ou qui exploite un centre désigné institut universitaire dans le domaine social (MSSS, 2015a).

L'intégration des services fait en sorte que les CISSS et les CIUSSS se sont vus attribuer la mission des CLSC, CH, CHSLD, CPEJ et CR. Ces établissements d'autrefois sont maintenant considérés comme des installations ou des points de services et sont exploités par les CISSS/CIUSSS. Les différentes missions sont présentées à la section 3.5.

Par ailleurs, chaque CISSS/CIUSSS est au cœur d'un réseau territorial de services (RTS). Se faisant, ils se sont vu confier la responsabilité de planifier, coordonner, organiser et offrir l'ensemble des services sociaux et de santé (incluant le volet santé publique) de la population de leur territoire. De par leur portée régionale, les CISSS et les CIUSSS doivent assumer une responsabilité populationnelle envers la population de leur territoire et assurer une gestion de l'accès simplifié aux services. Ils doivent enfin établir des ententes avec les différents partenaires de leur RTS (MSSS, 2015a).

Ils doivent également planifier la répartition des ressources humaines dans les installations et points de services de leur territoire et réaliser un suivi et rendre des comptes au MSSS (MSSS, 2015a).

3.1.3

Découpages territoriaux

D'un point de vue sociosanitaire, le territoire québécois est découpé en trois niveaux : les régions sociosanitaires, les territoires des CISSS/CIUSSS et les réseaux locaux de services. À ces territoires s'ajoutent ceux associés aux réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

Régions sociosanitaires

Le territoire du réseau de la santé et des services sociaux compte 18 régions sociosanitaires dont les limites territoriales correspondent à quelques différences près au découpage territorial des régions administrations du Québec (voir la figure 1).

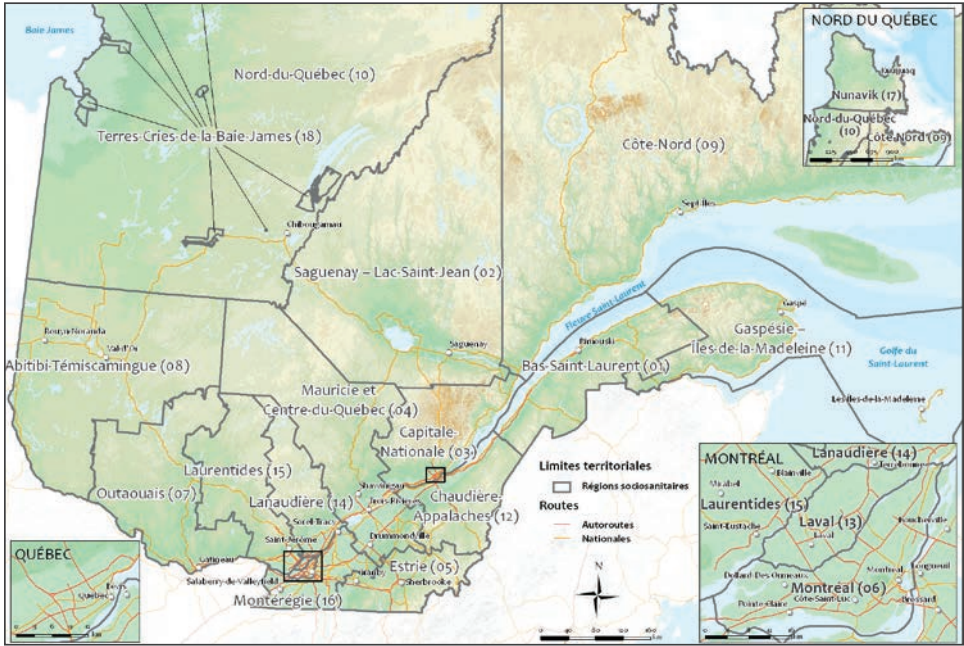


Figure 1 — Régions sociosanitaires au Québec

Source : MSSS (2012)

Territoire des CISSS/CIUSSS

À l'exception de la région de Montréal, de la région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de la région de la Montérégie, le territoire des CISSS/CIUSSS correspond aux limites du territoire de la région sociosanitaire. Dans les trois régions faisant exception, on compte plus d'un établissement intégré à vocation régionale en raison de la densité de la population, de la complexité de l'organisation des services, de la situation géographique particulière ou encore d'une forte concentration universitaire (MSSS, 2015a).

Réseau local de services

Chacun des territoires des CISSS/CIUSSS est découpé en réseaux locaux de services (RLS). Ces RLS étaient autrefois associés à un CSSS. Avec l'adoption du projet de loi 10, ces RLS sont maintenus, bien que maintenant intégrés à un RTS. Le nombre de RLS varie d'un territoire de CISSS/CIUSSS à l'autre. À titre d'exemple, comme le montre la figure 2, le territoire du CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue est divisé en 5 RLS :

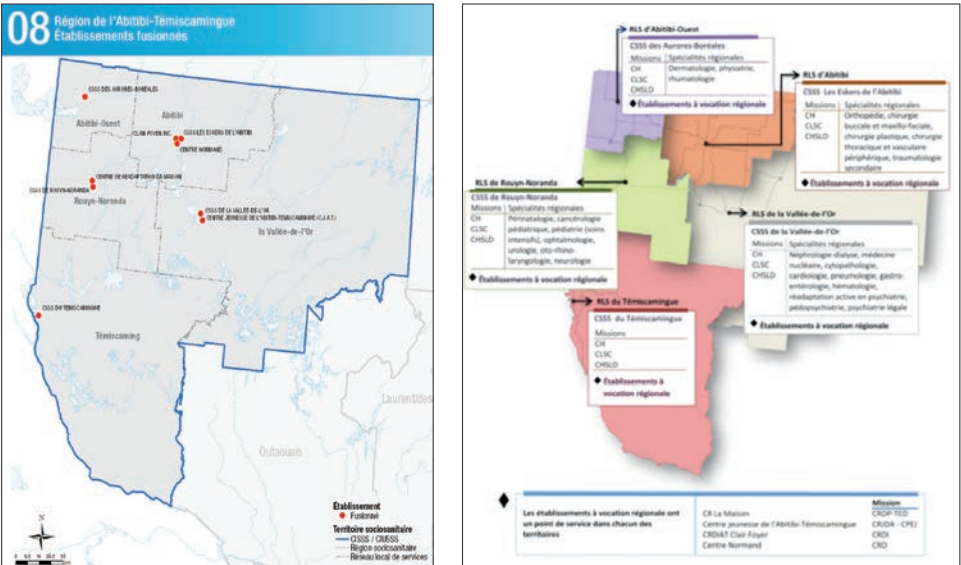


Figure 2 — Région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue
Source : MSSS (2015b)

Réseaux universitaires intégrés de santé

Le réseau de la santé et des services sociaux est également découpé en quatre Réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) (voir la figure 3). Ces quatre réseaux sont respectivement rattachés aux universités Laval, McGill, de Montréal et de Sherbrooke. Les RUIS ont été créés pour veiller à l'organisation des services spécialisés et surspécialisés et assurer le développement de la formation en santé dans un territoire désigné. Des corridors de services sont établis entre le CISSS/CIUSSS et le RUIS concernés à la suite des recommandations du RUIS sur l'offre de services spécialisés et surspécialisés à rendre disponible dans le territoire touché.

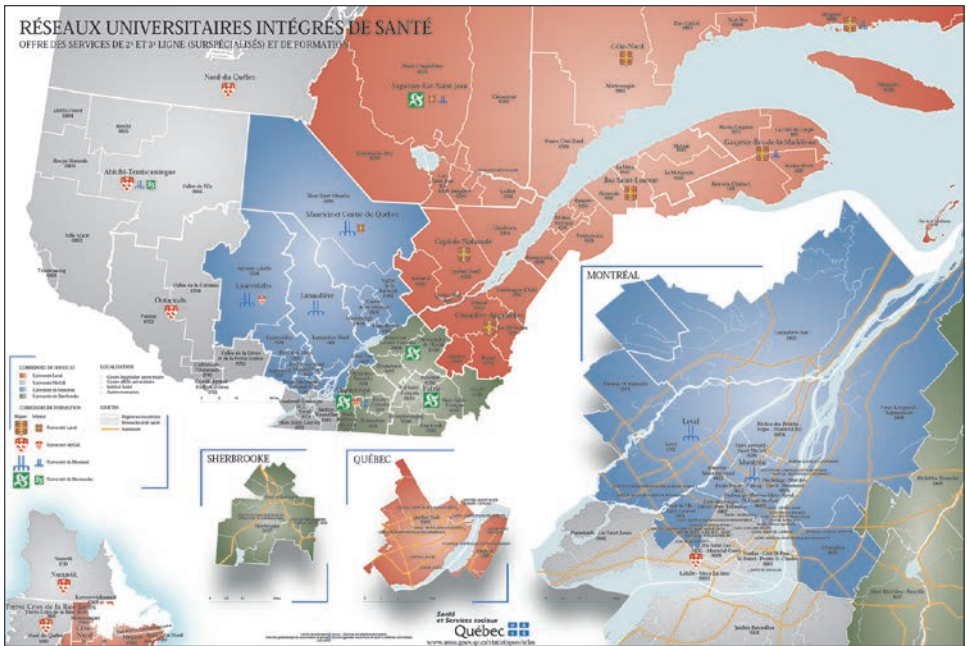


Figure 3 — Territoires des RUIS
Source : MSSS (2005)

Au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee, les liens se font avec le RUIS McGill. À Kawawachikamach, rattachée au CISSS de la Côte-Nord, les liens se font avec le RUIS de l'Université Laval.

3.2 PRINCIPES DE BASE DU RÉSEAU

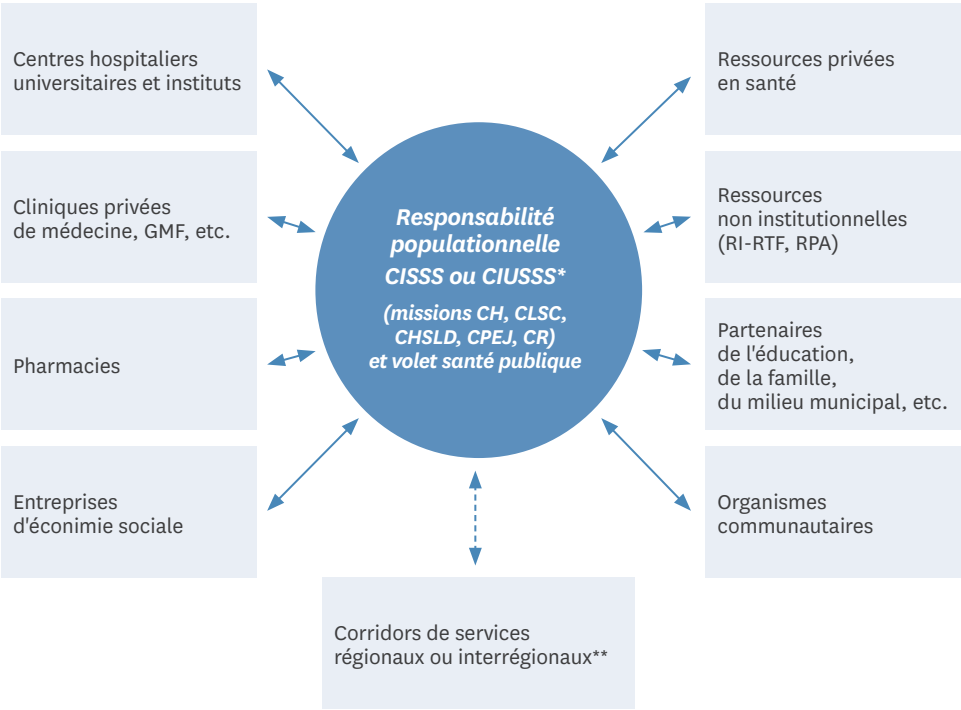
Deux principes fondamentaux soutiennent le réseau québécois de la santé et des services sociaux : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services.

3.2.1 Responsabilité populationnelle

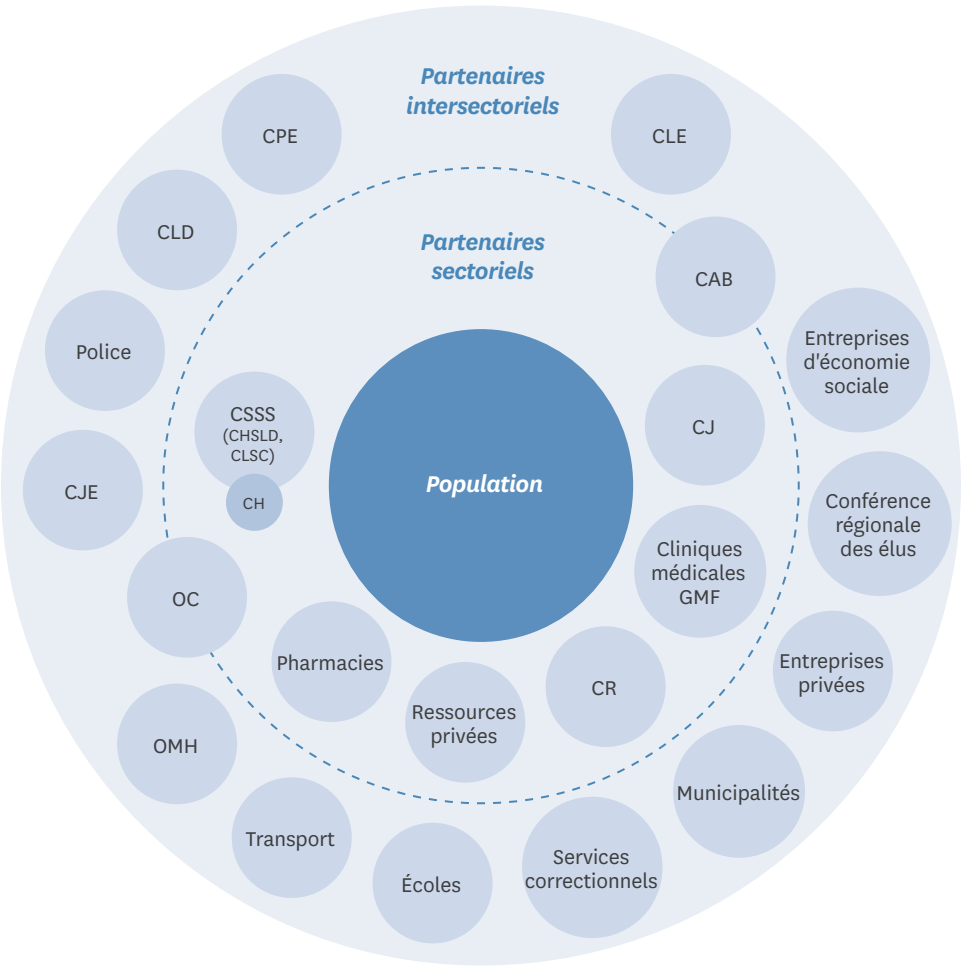
La responsabilité populationnelle implique d'agir sur les déterminants de la santé et d'assurer, de façon continue, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux et la prise en charge des besoins de la population des territoires des CISSS/CIUSSS. Elle implique que les intervenants d'un territoire donné partagent une

responsabilité collective d'améliorer la santé et le bien-être de la population en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux (MSSS, 2004b). Le rôle des CISSS/CIUSSS est de soutenir les collaborations entre des partenaires et des organisations provenant de différents secteurs de son RTS. La figure 4 illustre le RTS et, par le fait même, les différents partenaires impliqués par la responsabilité populationnelle. Parmi ces partenaires, pourraient y figurer les centres d'amitié autochtones, les établissements de santé ou scolaires des communautés autochtones, etc.

Réseau territorial de services (RTS)* :
Un maillage des services au sein du CISSS ou du CIUSSS



Partenaires concernés par la RP



Légende

CPE : Centre de la petite enfance
CLD : Centre local de développement
OC : Organisme communautaire
OMH : Office municipale d'habitation
CLE : Centre local d'emploi

CJE : Carrefour jeunesse-emploi
CAB : Centre d'action bénévole
CR : Centre de réadaptation
CJ : Centre jeunesse

(OQRLS & IPCDC, 2012)

Figure 4 — Réseau territorial de services
Source : MSSS (2015a)

La responsabilité populationnelle et les communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné

Dans le déploiement de leur offre de services, les CISSS/CIUSSS doivent tenir compte, de concert avec leurs partenaires, des besoins de toutes les populations établies sur le territoire qu'ils desservent. Ils doivent également assurer la continuité et la complémentarité des services lorsque des résidents des communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné reçoivent des services offerts dans leurs points de services.

3.2.2 Hiérarchisation des services

La hiérarchisation des services implique d'améliorer la complémentarité des services pour faciliter le cheminement des personnes entre les niveaux de services (1^{re}, 2^e et 3^e ligne), cela selon des mécanismes de référence soutenus par des ententes ou des corridors de services préétablis entre des intervenants (MSSS, 2004b; 2013a).

Ententes de service et de collaboration

Dans le but d'assurer le continuum et la hiérarchisation des services, les CISSS/CIUSSS, soutenus par le ministre, peuvent conclure des ententes reliées aux services à la population, à une clientèle particulière, à des groupes-cibles ou à un usager (MSSS, 2006; Publications du Québec, 2015b). Ces ententes peuvent être conclues avec des partenaires locaux (un organisme communautaire, une pharmacie, une ressource privée, une ressource non-institutionnelle, etc.) ainsi qu'avec des partenaires et des établissements régionaux et suprarégionaux.

À notre connaissance, il n'existe pas de documents produits par le MSSS, les ASSS d'autrefois ou encore les anciens CSSS qui détaillent les ententes qui ont été signées entre des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux et des communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné. Cependant, dans un document de l'OIIQ publié en 2004, les auteurs indiquent que « des liens de partenariat ont été établis entre les services de santé des Premières Nations et les établissements du réseau québécois de la santé, comme par exemple avec l'Hôpital de Sept-Îles, le Centre de santé de la Basse-Côte-Nord, le Centre de santé de Havre-Saint-Pierre, le Centre hospitalier régional de Baie-Comeau, le Centre hospitalier de Roberval, le Carrefour de santé de la Saint-Maurice, le CLSC de la Matawini et le Centre hospitalier régional de Lanaudière. Dans tous les dispensaires, des contrats de service ont été signés entre les services de santé des Premières Nations et les établissements du réseau québécois en ce qui concerne l'immunisation » (OIIQ, 2004).

Par ailleurs, il existe des ententes de services et de collaboration entre les communautés des Premières Nations situées dans les territoires non conventionnés et les centres jeunesse (CJ) concernant les services en protection de l'enfance. Ces ententes sont détaillées à la section 5.1.

Quelques exemples d'ententes récentes

Les centres d'amitié autochtones de Val-d'Or et de La Tuque, en partenariat avec les CSSS de Val-d'Or et de La Tuque³ et les centres jeunesse (CJ) de leur territoire, ont mis sur pied deux cliniques intégrées au RLS de la MRC de leur région sociosanitaire (CAA de Val-d'Or, 2012; Cunningham, 2013). Ces cliniques permettront d'offrir aux clientèles autochtones urbaines de Val-d'Or et de La Tuque des soins et des services de proximité en santé et en services sociaux culturellement adaptés et, aux CSSS, d'assumer leur responsabilité populationnelle. Il ne s'agit pas pour les organisations impliquées de créer de nouveaux services, mais plutôt de proposer de nouvelles approches pour attirer une clientèle souvent réfractaire à utiliser les établissements de santé et de services sociaux du réseau québécois. Des ressources humaines déjà à l'emploi des CSSS ou des CJ impliqués travailleront dans ces deux cliniques (CAA de Val-d'Or, 2012; Cunningham, 2013; Tremblay, 2014).

À l'automne 2013, les Services de santé Masko-Siwin de Manawan et le CSSS du Nord de Lanaudière⁴ ont signé une entente afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services offerts à la population de Manawan. Elle comprend des ententes particulières portant sur la couverture médicale en situation d'urgence, le soutien médical offert par les médecins de l'Unité de médecine familiale du Nord de Lanaudière, l'application d'ordonnances collectives communes, l'accès au Services Info-Santé/Info-Social, la trajectoire de soins en santé mentale et la télésanté (CSSS du Nord de Lanaudière, 2013).

3.3 NIVEAUX D'ACCÈS

Au Québec, l'ensemble des services de santé et des services sont regroupés sous trois niveaux d'accès, communément appelés lignes de services.

3.3.1 La première ligne

Les services de première ligne représentent le premier niveau d'accès au réseau. Ils regroupent deux grands types de service : les services généraux qui s'adressent à

³ Puisque ces ententes ont été conclues avant le 1^{er} avril 2015, la désignation et la mission des établissements concernés au moment de la signature des ententes a été conservée par souci de clarté.

⁴ Idem.

l'ensemble de la population et les services spécifiques pour des problématiques particulières (jeunes en difficulté, déficience intellectuelle, dépendances, maladies chroniques, etc.) (MSSS, 2004a).

Les principaux services de première ligne s'appuient sur des infrastructures légères (points de services de type CLSC ou CH, cliniques, groupes de médecine familiale, etc.) et s'articulent autour des activités de clinique et d'aide. Sont entendus ici :

- ▶ les **soins infirmiers** (interventions en matière de soins infirmiers, gardes 24/7, interventions en matière de sexualité, enseignement de base auprès des personnes atteintes d'une maladie chronique, suivi de grossesse, soutien à l'allaitement, etc.);
- ▶ le **soutien diagnostique**;
- ▶ les activités en **nutrition** et en **physiothérapie**;
- ▶ les **interventions psychosociales et psychologiques**;
- ▶ l'**aide à domicile** à court terme;
- ▶ les **interventions en cas d'urgence et de sinistre**;
- ▶ le **suivi complet de maternité par une sage-femme**;
- ▶ les **consultations médicales** (problèmes épisodiques ou malaise non précisé, ponctuel, imprévisible, demandant ou non un suivi à long terme, avec ou sans rendez-vous, parfois contexte d'urgence mineure);
- ▶ certains **services sociaux**⁵;
- ▶ les **activités de santé publique** (accueil et information, santé physique, prévention des problèmes psychosociaux, périnatalité, petite enfance, jeunes en milieu scolaire et leurs parents, interventions communautaires, interventions en cas d'urgence et de sinistre) (MSSS, 2004c).

3.3.2 La deuxième ligne

Les services de deuxième ligne sont, dans la plupart des cas, des services spécialisés offerts principalement dans les points de services de type CH. Ils permettent de résoudre des problèmes sociaux et de santé complexes. Ils s'appuient généralement sur une infrastructure importante et une technologie avancée ainsi que sur une expertise pointue, mais qui demeure toutefois répandue. Pour la grande majorité de ces services, les professionnels interviennent auprès des personnes qui leur sont référées par des intervenants de première ligne (MSSS, 2004a).

⁵ Les services sociaux de 1^{ère} ligne généralement offerts dans les points de services des CISSS/CIUSSS sont présentés à la section 5.1.

Parmi les services de deuxième ligne, on retrouve notamment :

- ▶ les **hospitalisations** de courte durée;
- ▶ les **activités chirurgicales et anesthésiologiques**;
- ▶ les services **diagnostiques**, d'**imagerie médicale** et de **clinique externe** (audiologie, cardiologie, dermatologie, médecine interne, obstétrique-gynécologie, psychiatrie, etc.);
- ▶ les services de la **Direction de la protection de la jeunesse**.

3.3.3

La troisième ligne

Le troisième niveau d'accès regroupe les services de troisième ligne. Ces derniers sont habituellement des services surspécialisés. Ils sont organisés sur une base nationale, mais ils peuvent être accessibles sur une base régionale ou même, exceptionnellement, sur une base locale. Ces services, accessibles sur référence, s'adressent à des personnes ayant des problèmes très complexes, dont la prévalence est très faible. Ils s'appuient sur des technologies, des expertises et des équipements sophistiqués et rares (MSSS, 2004a). À titre d'exemples, le Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) possède des programmes de traumatologie et de grands brûlés qui sont offerts aux citoyens de la région de Québec et de tout l'Est de la province.

Des services surspécialisés sont également offerts aux personnes qui ont une déficience physique (motrice, visuelle, auditive, du langage et de la parole) ou à leurs proches (MSSS, 2007b). À Québec, l'Institut de réadaptation en déficience physique du Québec offre ce genre de services.

Les services offerts dans les établissements de santé des communautés inuit et des Premières Nations sont principalement des services de 1^{re} ligne. Certains services de 2^e ligne sont offerts dans des établissements désignés au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee ainsi qu'à Kahnawake. Généralement, dans les communautés inuit et des Premières Nations, des services de 2^e ligne sont offerts dans le cadre des programmes d'aide à domicile. En ce qui a trait à la 3^e ligne, aucun de ces services n'est offert dans les établissements de santé des communautés inuit et des Premières Nations au Québec.

3.4

ORGANISATION DES SOINS ET DES SERVICES PAR PROGRAMMES

Au Québec, comme au fédéral d'ailleurs, l'offre de service est organisée par programmes, c'est-à-dire des regroupements de services et d'activités (MSSS, 2004a). L'architecture des programmes du réseau québécois est découpée en deux grandes catégories : les programmes-services et les programmes de soutien (pour une représentation visuelle, se référer à l'annexe 2) (MSSS, 2004a).

Les programmes-services sont divisés en deux catégories selon qu'ils visent à répondre aux besoins de l'ensemble de la population ou aux besoins d'un groupe de personnes présentant des problématiques particulières (MSSS, 2004a). Les programmes-services destinés à l'ensemble de la population comprennent :

- ▶ les **activités cliniques et d'aide** comprise dans les activités des services généraux;
- ▶ les programmes et les activités de **santé publique**.

De façon générale les programmes-services sont composés de services de 1^{re}, 2^e et 3^e ligne. Le programme des services généraux ne comprend toutefois que des services de première ligne.

D'autre part, sept programmes-services ont été élaborés pour répondre à des problématiques particulières. Ces problématiques sont :

- ▶ la **perte d'autonomie liée au vieillissement**;
- ▶ la **déficience physique**;
- ▶ la **déficience intellectuelle et le TED**;
- ▶ les **jeunes en difficulté**;
- ▶ les **dépendances**;
- ▶ la **santé mentale**;
- ▶ la **santé physique**.

Quant aux programmes-soutien, ils ne visent pas à répondre aux besoins la population en matière de santé et de services sociaux, mais ils sont nécessaires à la prestation des services et au fonctionnement d'un établissement. Ils comprennent donc des activités administratives et en appui à la prestation des services et les activités qui concernent la gestion des bâtiments et des équipements (MSSS, 2004a).

Les services offerts à des clientèles spécifiques

En plus des services de santé et sociaux généraux, des services de santé sont offerts à des clientèles spécifiques. Ces services comprennent les soins de la vue, les soins dentaires, l'assurance médicaments, le transport médical et d'autres services qui répondent à des besoins particuliers dont des appareils suppléant à une déficience physique, auditive ou visuelle, de l'aide domestique, des services d'hébergement, etc. (RAMQ, 2014c). Un aperçu de ces services est présenté à l'annexe 5.

3.5 ÉTABLISSEMENTS OFFRANT LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX

La réorganisation du réseau québécois de la santé et des services sociaux entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 a entraîné la réduction du nombre d'établissements publics, passant de 182 à 34. Ces 34 établissements sont les :

- ▶ 13 CISSS
- ▶ 9 CIUSSS
- ▶ 7 établissements non fusionnés à Québec et à Montréal⁶
- ▶ 5 établissements nordiques non visés par la loi⁷

Avant l'adoption du projet de loi 10, le Québec, comptait cinq catégories d'établissements publics qui fournissaient les services de santé et les services sociaux à la population : les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres hospitaliers (CH), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et les centres de réadaptation (CR). Le projet de loi 10 a fait en sorte que ces établissements ont été fusionnés sous un établissement à vocation régionale, soit les CISSS/CIUSSS, qui ont hérité de la mission des CLSC, CH, CHSLD, CPEJ et des CR. Ces missions sont définies aux articles 79-87 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et présentées à la figure 5.

Il est à noter que l'attribution des différentes missions aux CISSS/CIUSSS n'a toutefois pas entraîné la réduction du nombre de points de services (CLSC, CH, CHSLC, CPEJ, CR) du réseau.

⁶ Il s'agit du CHU de Québec-Université Laval, de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec-Université Laval, du Centre hospitalier de l'Université de Montréal, du Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine, du Centre universitaire de santé McGill, de l'Institut de Cardiologie de Montréal et de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.

⁷ Tel que déjà mentionné, ces établissements sont le CLSC Naskapi, le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (région 10), le Centre de santé Inuulitsivik (Baie d'Hudson), le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (Baie d'Ungava) et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Missions des CISSS/CIUSSS

CLSC	Offrir en première ligne des services de santé et des services sociaux courants et, à la population du territoire qu'il dessert, des services de santé et des services sociaux de nature préventive ou curative, de réadaptation ou de réinsertion. [...] La mission d'un tel centre est également de réaliser des activités de santé publique sur son territoire. (Art. 80)
CH	Offrir des services diagnostiques et des soins médicaux généraux et spécialisés. (Art. 81) Les CH appartiennent à l'une ou l'autre des classes suivantes : ▶ centre hospitalier de soins généraux et spécialisés; ▶ centre hospitalier de soins psychiatriques.
CHSLD	Offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage. (Art.83)
CPEJ	Offrir dans la région des services de nature psychosociale, y compris des services d'urgence sociale, requis par la situation d'un jeune [...] ainsi qu'en matière de placement d'enfants, de médiation familiale, d'expertise à la Cour supérieure sur la garde d'enfants, d'adoption et de recherche des antécédents biologiques. (Art. 82)
CR	Offrir des services d'adaptation ou de réadaptation et d'intégration sociale à des personnes qui, en raison de leurs déficiences physiques ou intellectuelles, de leurs difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial ou à cause de leur dépendance à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent ou de toute autre dépendance, requièrent de tels services de même que des services d'accompagnement et de support à l'entourage de ces personnes. (Art.84) Un CR appartient à l'une ou plusieurs des classes suivantes : ▶ centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement; ▶ centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique; ▶ centre de réadaptation pour les personnes ayant une dépendance; ▶ centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation; ▶ centre de réadaptation pour les mères en difficulté d'adaptation.

Figure 5 — Missions du réseau des CISSS/CIUSSS

En plus des CISSS/CIUSSS et de leurs points de services, le réseau compte sur de nombreux organismes (organismes-conseils, organismes communautaires, partenaires externes) et installations (cliniques médicales, groupes de médecine familiales, pharmacies communautaires et autres) pour assurer l'offre de service à la population du Québec.

3.6

DISPENSATEURS DE SOINS ET DE SERVICES

Divers dispensateurs de soins et de services constituent la manne d'effectifs sur laquelle repose le réseau de la santé et des services sociaux. Parmi les professionnels de la santé rémunérés par la RAMQ, on retrouve les médecins (omnipraticiens, spécialistes et résidents), les chirurgiens dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale, les optométristes, les pharmaciens, les sages-femmes et les infirmières praticiennes spécialisées (RAMQ, 2014a). La RAMQ rémunère également des dispensateurs de services (les denturologistes, les audiologistes et les audioprothésistes et les ophtalmologistes autorisés) (RAMQ, 2014a).

D'autre part, les services du réseau québécois sont également offerts par des infirmières (praticiennes, cliniciennes et cliniciennes spécialisées), des infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires. D'autres services sont également offerts par des psychologues, des travailleurs sociaux, des nutritionnistes/diététistes, etc. Les services de ces professionnels sont financés par le MSSS.

Concernant le nombre de médecins pratiquant dans une région, l'article 377 de la Loi sur la santé et les services sociaux (abrogé par l'article 78 du projet de loi 10) stipule que le ministre de la santé et des services sociaux doit élaborer un plan des effectifs médicaux (PREM) pour les différents territoires des CISSS/CIUSSS. Ces PREM sont élaborés à partir des plans organisationnels, du nombre de médecins requis pour accomplir les différentes activités médicales ainsi qu'après avoir sollicité l'avis du (RUIS) selon les territoires desservis. Les PREM permettraient de répartir équitablement les effectifs médicaux en fonction des besoins à combler dans chaque région (MSSS, 2014a).

Étant intégrées au réseau québécois de la santé et des services sociaux, les régions du Nunavik et d'Eeyou Istchee doivent élaborer un plan des effectifs médicaux de leur territoire. En 2014, au Nunavik, 5 postes étaient disponibles/accessibles à tous les médecins. Dans le territoire d'Eeyou Istchee, c'est plutôt 3 postes qui étaient disponibles/accessibles. Pour sa part, Kawawachikamach est considérée dans le PREM du CISSS de la Côte-Nord.

Quant aux communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné, aucune d'entre elles n'est considérée dans les plans d'effectifs médicaux puisqu'elles ne sont pas intégrées au réseau québécois de la santé. Ainsi, lorsque le ministre détermine le PREM d'une région, il ne considère pas les besoins en ressources médicales des communautés des Premières Nations présentes sur le territoire.

Ordonnances collectives

L'ordonnance collective est un levier qui permet d'améliorer l'accessibilité à des services en permettant entre autres à des infirmières de procéder à des tests diagnostiques, d'administrer et d'ajuster des médicaments, d'effectuer des traitements médicaux à des groupes particuliers et d'initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques (OIIQ, 2014). Chacune des ordonnances collectives est délivrée par des médecins. Elles ne sont pas limitées aux établissements du réseau de la santé; en effet, elles peuvent être délivrées à d'autres milieux dont les dispensaires (OIIQ, 2014).

L'utilisation des ordonnances collectives varie d'une région à l'autre et entre les points de services d'une même région. Par contre, pour promouvoir et rendre opérationnel l'ajustement des médicaments par les infirmières, des ordonnances collectives ont été spécifiquement élaborées pour l'hypertension artérielle, le diabète, l'anticoagulothérapie et la dyslipidémie (MSSS, 2013b). En 2013, les trois premières ordonnances étaient disponibles.

Des ordonnances peuvent également être émises pour des clients particuliers et ont alors pour objet les médicaments, les traitements médicaux, les examens et les soins (OIIQ, 2014).

4

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES COMMUNAUTÉS INUIT ET DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

À l'égard des Premières Nations et des Inuit, peu importe leur lieu de résidence, le gouvernement du Québec offre, comme il le fait pour l'ensemble de la population, la couverture complète des services assurés et offerts par le réseau québécois de la santé et des services sociaux dans ses établissements et points de services (MSSS, 2007c). Dans les communautés inuit et des Premières Nations cependant, la prestation des services de santé et des services sociaux varie selon le statut juridique et le lieu de résidence de leurs citoyens. Ces particularités sont représentées à la figure 6.

Réseau québécois de la santé et des services sociaux

	<i>Ensemble de la province</i>	<i>Territoires conventionnés</i>	<i>Territoires non conventionnés</i>	<i>Hors communautés</i>
Financement des services de santé	Québec	Québec; à l'exception de certains programmes de Santé Canada, y compris SSNA	Santé Canada; à l'exception des services médicaux	Québec; à l'exception des SSNA financés par Santé Canada
Financement des services sociaux	Québec	Québec	AADNC	Québec
Planification des services				
1 ^{re} ligne	CISSS/CIUSSS	Entité régionale et/ou entité locale dans chaque communauté	Relève des communautés ou du gouvernement fédéral selon prise en charge ou non de la prestation des services	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois
2 ^e ligne	CISSS/CIUSSS	Certains services sont offerts dans des centres hospitaliers au Nunavik et en Eeyou Istchee	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois
3 ^e ligne	CISSS/CIUSSS et RUIS	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois	Reçoivent les services dans les établissements du réseau québécois

Figure 6 — Financement et planification des services dans les communautés inuit et des Premières Nations

Tel qu'il est inscrit dans la CBJNQ et la CNEQ, le gouvernement du Québec doit financer les services de santé et les services sociaux qui sont offerts au Nunavik, dans le territoire d'Eeyou Istchee et à Kawawachikamach. Les résidents inuit et des Premières Nations de ces régions ont toutefois accès à certains programmes financés par les instances fédérales. L'ensemble des services offerts dans les territoires conventionnés est géré par des instances régionales et locales relevant du MSSS.

Dans les communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné, le financement et la prestation des services de santé et des services sociaux sont partagés entre deux ministères, c'est-à-dire la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC). La planification et l'opérationnalisation des services relèvent des communautés depuis que les conseils de bande ou les conseils tribaux en ont pris la charge⁸. Le gouvernement fédéral assure néanmoins la planification des services pour les quelques communautés qui n'ont pas conclu d'entente de prise en charge.

En ce qui concerne les Premières Nations et les Inuit qui ne résident pas dans leur communauté d'origine, ceux-ci n'ont généralement pas accès aux services et aux programmes de santé et sociaux financés par Santé Canada et AADNC et offerts dans leur communauté (exception faite des SSNA). Comme l'ensemble des Québécois, les Premières Nations et les Inuit vivant à l'extérieur de leur communauté d'origine doivent donc recourir aux services offerts par les établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux et ses partenaires. Certains programmes fédéraux financent toutefois des initiatives mises sur pied pour répondre aux besoins spécifiques de ces clientèles.

L'organisation des services de santé dans les communautés des territoires conventionnés et non conventionnés est détaillée dans les prochaines sections.

4.1 L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES CONVENTIONNÉS

4.1.1 Planification des services

Par leur mission à portée régionale, la RRSSSN et le CCSSSBJ assurent respectivement la planification des services de santé et des services sociaux (provinciaux et fédéraux) au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee. À Kawawachikamach, le CLSC Naskapi administre le système de santé et de services sociaux pour la population naskapi habitant le territoire défini par la CNEQ (la MRC de Kawawachikamach et Matimekoshe/Schefferville

⁸ À la fin des années 1980, le gouvernement fédéral approuvait le transfert des programmes et des services de Santé Canada au contrôle des communautés des Premières Nations qui en faisaient la demande et qui répondaient à des critères d'éligibilité (Santé Canada, 2005). Au Québec, la majorité des communautés ont signé des accords de contribution.

exclusivement pour les bénéficiaires naskapi) (CLSC Naskapi, 2012). Cette entité locale est comprise au sein du CISSS de la Côte-Nord.

Le CCSSSBJ et la RRSSN (initialement le Conseil Kativik de la santé et des services sociaux) ont été fondés en 1978. Les mandats de ces deux organisations sont enchâssés dans les chapitres 14 et 15 de la CBJNQ ainsi que dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux et dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

À Kawawachikamach, en 2000, une modification à la Loi sur les services de santé et les services sociaux permettait à la Nation Naskapi d'administrer son système de santé et de services sociaux de première ligne par la mise en place d'un établissement à la vocation de type CLSC (CLSC Naskapi, 2012).

Des dispositions inscrites dans les deux conventions prévoient que les conseils d'administration de chacune de ces trois organisations doivent être composés de représentants inuit, cris ou naskapi (selon la région).

Tel qu'il est inscrit au chapitre 15 de la CBJNQ, au Nunavik, la prestation des services est également organisée selon deux sous-régions : celle de la Baie d'Hudson et celle de la Baie d'Ungava. Le Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq et le Centre de santé Tulattavik à Kuujuaq, deux établissements à vocations multiples (CH spécialisé et surspécialisé, CHSLD, CR, CPEJ), sont responsables de l'organisation des services dans les sept points de services situés dans chacune des deux sous-régions (RRSSN, 2013). Ces 14 points de services sont des établissements de type CLSC où sont planifiés et offerts des services généraux.

Dans le territoire d'Eeyou Istchee, le CH de Chisasibi est le seul établissement à avoir une vocation régionale. Au niveau local, un centre *miyupimaatissiu* (santé) communautaire (CMC) est présent dans chacune des 9 communautés. Relevant du CCSSSBJ, ces CMC sont responsables d'offrir des services qui tiennent compte des besoins de leur population (CCSSSBJ, 2013).

Par ailleurs, au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee, le Module du Nord Québécois (MNQ) et les Services aux patients cris (SPC) coordonnent et organisent le transfert des patients, dont l'état de santé le requiert, vers des points de services du réseau situés à l'extérieur des deux régions. Au Nunavik, les patients sont généralement transférés à Montréal. Dans le territoire d'Eeyou Istchee, les SPC sont organisés avec le CRSSS⁹ de Chibougamau, le CH de Val-d'Or et des CH de Montréal (CCSSSBJ, 2013; RRSSN, 2013). Le MNQ est géré par le Centre de santé Inuulitsivik (RRSSN, 2013).

⁹ Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.

4.1.2 Programmes

Les chapitres 14 et 15 de la CBJNQ et le chapitre 10 de la CNEQ précisent que le gouvernement du Québec s'engage à financer les services de santé et les services sociaux inclus dans les programmes provinciaux offerts à la population générale ainsi que certains programmes financés par le fédéral offerts aux résidents inuit et des Premières Nations.

Au **Nunavik**, en plus de gérer plusieurs programmes déployés par le MSSS suivant les priorités régionales, la RRSSSN gère également des programmes financés par Santé Canada (RRSSSN, 2013) :

- ▶ Initiative de diabète autochtone;
- ▶ Grandir ensemble;
- ▶ Soins à domicile et en milieu communautaire;
- ▶ Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale;
- ▶ Gestion de crise en santé mentale;
- ▶ Programme de nutrition prénatale;
- ▶ Stratégie de prévention du suicide;
- ▶ Initiative sur les ressources humaines en santé autochtones;
- ▶ Dossier pensionnats;
- ▶ Nutrition Nord Canada.

Au niveau des services sociaux, la RRSSSN gère également le programme *Violence familiale* financé par AADNC (RRSSSN, 2013).

Dans le territoire d'**Eeyou Istchee**, le CCSSSBJ a regroupé la gestion de différents programmes sous trois grands services (CCSSSBJ, 2013) :

- ▶ le *Service Nishiiyuu Miyupimaatisiin* – Programme régional de guérison axé sur la terre
 - œuvre à trouver des moyens d'intégrer les traditions de guérison des Cris aux services cliniques et sociaux.
- ▶ le *Service Miyupimaatisiin* – Être en vie bien
 - englobe les services de santé et les services sociaux;
 - inclus le CH régional de Chisasibi et le réseau des CMC.

- ▶ le Service *Pimuhtheu* – Marcher côte à côte
 - a pour objet la planification, la prévention, le renforcement et l'amélioration des services de santé et des services sociaux;
 - englobe le Service régional de santé publique et la planification des services régionaux.

À **Kawawachikamach**, le CLSC Naskapi gère les services de santé et sociaux de 1^{re} et 2^e ligne qui sont inscrits dans les trois annexes du chapitre 10 de la CNEQ (CLSC, 2012). Ces services sont :

- ▶ les Services de santé courants (Santé physique, urgence mineure), nutrition;
- ▶ les Services de périnatalité, de la petite enfance, des jeunes en milieu scolaire et leurs parents;
- ▶ les Services psychosociaux courants et de psychologies, services psychosociaux scolaire;
- ▶ les Services dentaires curatifs et préventifs;
- ▶ les Services de soutien offerts aux personnes en perte d'autonomie (Soutien à domicile);
- ▶ les Services de Santé publique.

Le CLSC Naskapi gère également quelques programmes communautaires de Santé Canada :

- ▶ Initiative sur le diabète chez les Autochtones;
- ▶ Syndrome de l'alcoolisme fœtal;
- ▶ Programme de nutrition prénatale;
- ▶ Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

Enfin, tant au Nunavik que dans le territoire d'Eeyou Istchee qu'à Kawawachikamach, la population inuit et des Premières Nations a accès au Programme des services de santé non assurés (SSNA) financé par Santé Canada (les SSNA sont présentés à la section 4.2.2) (CCSSSBJ, 2013; CLSC Naskapi, 2012; RRSSSN, 2013).

4.1.3 Établissements

On retrouve dans chacune des communautés situées en territoire conventionné un établissement de type CLSC où sont offerts des services généraux de 1^{re} ligne. Étant donné leur isolement géographique, ces établissements doivent également fournir des installations permettant de stabiliser les patients avant leur transfert vers

d'autres établissements du réseau. À Kawawachikamach, le CLSC Naskapi est l'unique établissement assurant des services de santé et des services sociaux.

Au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee, on retrouve également des centres hospitaliers régionaux qui offrent des services généraux et quelques services spécialisés. Au Nunavik, le Centre de santé Inuulitsivik situé à Puvirnituk dessert les sept communautés situées sur les côtes longeant la Baie James et la Baie d'Hudson alors que le Centre de santé Tulattavik, situé à Kuujjuaq, dessert les sept communautés situées sur les côtes de la Baie d'Ungava. Dans le territoire d'Eeyou Istchee, le centre hospitalier régional de Chisasibi répond aux besoins de l'ensemble des neuf communautés. Comme on ne retrouve pas de centre hospitalier à Kawawachikamach, les patients qui requièrent des services hospitaliers sont transférés au CH de Sept-Îles.

Les services de santé et les services sociaux de 2^e ligne offerts dans les trois CH situés dans les territoires conventionnés sont limités. On peut généralement y retrouver quelques des services de soins de courte ou longue durée, certaines activités en chirurgie, des services en obstétrique, de la radiologie et des activités de laboratoire. Plusieurs de ces services sont assurés par des ressources qui proviennent d'établissements extérieurs aux deux régions.

En bref :

Au **Nunavik**, la RRSSSN gère (RRSSSN, 2013) :

- ▶ deux CH sous-régionaux à vocations multiples : l'un à Puvirnituk, l'autre à Kuujjuaq;
- ▶ chacun d'eux poursuit une mission de CH de soins généraux et spécialisés et de CHSLD.

Chacun des CH gère :

- ▶ un point de services CLSC dans les sept communautés de sa sous-région;
- ▶ une DPJ dans chaque sous-région (y compris un foyer de groupe dans chaque sous-région).

Le CH Tulattavik à Kuujjuaq gère également :

- ▶ un foyer de soins infirmiers à Kuujjuaq;
- ▶ un centre de jour pour les personnes âgées à Kuujjuaq;
- ▶ un centre de naissance à Kuujjuaq;
- ▶ un CR régional à Salluit;
- ▶ un comité consultatif régional sur les services de réadaptation pour les jeunes en difficulté à vocation régional.

Le CH Inuulitsivik à Puvirnituk gère également :

- ▶ un centre de crise à vocation régionale à Puvirnituk (services de 2^e ligne);
- ▶ un centre de naissance à Inukjuak, Puvirnituk et Salluit;
- ▶ le Module du Nord québécois.

Dans le territoire d'Eeyou Istchee, le CCSSSBJ gère (CCSSSBJ, 2013) :

- ▶ un CH régional à Chisasibi;
- ▶ un CMC dans chacune des neuf communautés;
- ▶ trois installations pour les jeunes à risque;
- ▶ trois bureaux de liaison des Services aux patients cris.

4.1.4

Dispensateurs de services

Les équipes de soin dans les établissements du Nunavik, du territoire d'Eeyou Istchee et de Kawawachikamach sont composées de professionnels qui proviennent de différentes disciplines. Le nombre de professionnels de la santé et des services sociaux et l'éventail des professions représentées varient grandement d'une communauté à l'autre selon la taille et les besoins de la population. À plusieurs endroits, la stabilité des équipes de soin est par ailleurs compromise par d'importants roulements de personnel.

Infirmières et travailleurs locaux

Au premier plan, les équipes de soin sont composées d'infirmières qui, bien souvent, agissent à titre de premières répondantes. Se joignent habituellement à elles des intervenants en santé communautaire ou agents culturels, des agents de liaison et des travailleurs sociaux (CCSSSBJ, 2013; CLSC Naskapi, 2012; RRSSN, 2013). Dans certaines communautés, des agents PNLAADA peuvent aussi être consultés (le PNLAADA est décrit à la section 4.2.2).

Pour faciliter le travail des infirmières dans sa région, le Comité éditorial du CCSSSBJ collabore avec d'autres régions du nord du Québec à l'élaboration d'ordonnances collectives (CCSSSBJ, 2013). Les membres du programme « Être en vie bien » font de même dans plusieurs domaines (CCSSSBJ, 2013).

Médecins

À ces équipes s'ajoutent des médecins permanents qui travaillent dans les trois CH régionaux, dans certains points de services ainsi qu'au CLSC Naskapi. Ces postes ont été autorisés au PREM de leurs régions respectives. De plus, plusieurs médecins dépanneurs visitent à intervalle régulier les communautés de leur territoire qui ne bénéficient pas de la présence de médecins sur une base permanente. Ces médecins offrent généralement des services de première ligne, mais certains services spécialisés (cardiologie, pédiatrie, psychiatrie, obstétrique-gynécologie, ophtalmologie, etc.) sont offerts par des médecins travaillant dans les centres hospitaliers.

Bien que certains médecins spécialistes visitent à l'occasion certaines communautés de ces régions, la plupart des services spécialisés et surspécialisés sont offerts par des médecins spécialistes qui travaillent dans les CH à Montréal, Val-d'Or, Chibougamau, Sept-Îles ou Québec. Cette situation contraint les patients à se déplacer et à recevoir des soins dans un environnement peu familier et non adapté culturellement. Au besoin, des spécialistes peuvent également être disponibles sur appel pour appuyer à distance les équipes locales.

Ressources complémentaires

Les établissements des territoires conventionnés peuvent également accueillir des psychologues, des thérapeutes, des nutritionnistes, des ergothérapeutes, des dentistes, des hygiénistes dentaires, des pharmaciens, etc. (CCSSSBJ, 2013; CLSC, 2012; RRSSSN, 2013).

Sages-femmes

Par ailleurs, au Nunavik, des sages-femmes inuit et non-inuit travaillent dans des maternités de quelques centres de santé. Elles sont « les premières responsables du suivi de grossesse, de l'accouchement, et des soins post-partum jusqu'à 6 semaines suivant la naissance. Elles offrent aussi des soins en dehors de la grossesse, de l'adolescence à la ménopause, en matière de contraception, de prévention des ITSS, de dépistage du cancer de l'utérus, de l'auto-examen des seins » (Centre de santé Inuulitsivik, n.d.). Le Centre de santé Inuulitsivik offre un programme de formation de sages-femmes basée sur l'apprentissage par la pratique en milieu clinique.

À l'heure actuelle, dans le territoire d'Eeyou Istchee, les femmes accouchent généralement au CH de Val-d'Or. En 2013-2014, une initiative pilote était en développement en vue d'intégrer le savoir des aînés aux informations données aux femmes enceintes, aux pères et aux familles sur l'accouchement (CCSSSBJ, 2013).

4.2

L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES NON CONVENTIONNÉS

4.2.1

Gestion et planification des services

Dans les territoires non conventionnés, la gestion des programmes et des services se fait au niveau local¹⁰. À part quelques exceptions, chacun des conseils de bande des communautés concernées a conclu des ententes de transfert avec Santé Canada qui leur accorde un plus grand contrôle sur la gestion de certaines structures et programmes de santé. Les conseils de bande sont donc responsables de l'administration et de la gestion¹¹ de la prestation des programmes et des services de la DGSPNI (Santé Canada, 2012c). Cette responsabilité dépend grandement du financement accordé par Santé Canada.

Financement des services

Le financement des services de santé est d'abord calculé à partir de formules prédéterminées basées en grande partie sur l'éloignement géographique, l'accessibilité aux soins de santé et la taille de la population. Par exemple, au Québec, une communauté située loin des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pourrait être davantage financée qu'une communauté située plus près et de taille comparable. De même, un poste de soins infirmiers où doivent être offerts des services 24/7 et des services d'urgence pourrait recevoir un financement plus élevé qu'un centre de santé situé près d'un pôle régional.

De plus, au Québec, les communautés ont pour la plupart conclu des accords de contribution qui « servent de véhicules » financiers (Santé Canada, 2012c). Ces accords se classent sous quatre modèles de financement : préétabli, souple, global et multiministériels. Ils se distinguent selon leur degré de prise en charge, leur souplesse, leur niveau d'autorisation, leur durée et leurs exigences en matière de rapports et de reddition de compte (Santé Canada, 2012c). Le modèle de financement préétabli est celui qui présente le moins de souplesse pour les communautés dans leur gestion des programmes. Cette souplesse augmente de façon croissante pour les autres modèles. Le détail de ces modèles de financement est présenté à l'annexe 3.

Planification (programmation) des services

La planification des services dépend du modèle de financement choisi par les communautés. Les modèles offrant une plus grande souplesse requièrent une plus grande planification. Par exemple, pour le modèle de financement global, les

¹⁰ À une plus grande échelle, au Québec, quelques conseils tribaux peuvent également gérer certains services de santé.

Il s'agit pour la plupart de services aux patients (transport, hébergement). D'autres peuvent aussi gérer des services sociaux.

¹¹ Il est à noter, à l'exemple d'une communauté, que les conseils de bande peuvent mandater un organisme pour administrer le volet santé de leur communauté (faire les redditions de compte, gérer les employés de l'établissement de santé, etc.).

communautés doivent définir leurs priorités en matière de santé, élaborer un plan de santé en conséquence et établir leur structure de gestion de la santé (Santé Canada, 2012c).

Plusieurs partenaires contribuent à déterminer les priorités en matière de santé et de bien-être et à planifier l'offre de programmes et de services qui tiennent compte des besoins des populations locales. Il s'agit des directeurs des centres de santé ou des postes de soins infirmiers, de membres du personnel de ces établissements, de représentants scolaires et des centres de la petite enfance, de travailleurs communautaires, de citoyens et d'autres personnes concernées par la santé.

Par ailleurs, les communautés qui le désirent peuvent compter sur le soutien de la DGSPNI dans leur planification de même que sur le soutien et l'expertise de la CSSSPNQL. Cette dernière a effectivement « pour mission de promouvoir et veiller au mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuit, en favorisant l'accès à des programmes globaux de santé et services sociaux adaptés aux cultures et conçus par des organisations des Premières Nations reconnues et sanctionnées par les autorités locales, le tout dans le respect des cultures et de l'autonomie locale. La Commission aide également les communautés qui le désirent, à mettre sur pied, développer et promouvoir des programmes et des services globaux relatifs à la santé et aux services sociaux adaptés et conçus par des organismes des Premières Nations » (CSSSPNQL, 2011).

4.2.2 Programmes

L'architecture des activités des programmes fournis par la DGSPNI comprend trois activités principales : les Soins de santé primaires, les Prestations supplémentaires en santé et le Soutien à l'infrastructure de santé (DGSPNI, 2011). Dans chacune de ces activités, on retrouve des programmes (initiatives, stratégies et services) qui peuvent être obligatoires ou facultatifs, permanents ou temporaires. Parmi ces derniers, certains sont renouvelés fréquemment par la DGSPNI tandis que d'autres font l'objet d'un appel de projets.

Dans le cadre de ce document, nous nous attarderons aux programmes regroupés dans les sept composantes de l'activité *Soins de santé primaires* et du programme *Services de santé non assurés* associé à l'activité *Prestations supplémentaires en santé*. L'ensemble des informations présentées provient du Recueil des programmes 2011-2012 publié par la DGSPNI (DGSPNI, 2011). Pour une représentation schématique de l'architecture des activités des programmes de la DGSPNI, se référer à l'annexe 4.

Soins de santé primaires

L'activité *Soins de santé primaire* se décline en trois axes, soit la Promotion de la santé et de prévention des maladies, la Protection de la santé publique et les Soins primaires. Sont regroupés sous ces axes sept principales composantes, soit : le Développement des enfants en santé, le Bien-être mental, la Vie saine et, identifiées comme obligatoires, le Contrôle et la gestion des maladies transmissibles, l'Hygiène du milieu, la Pratique clinique et les soins aux clients et, enfin, les Soins à domicile et en milieu communautaire. Ces quatre composantes sont identifiées comme étant obligatoires car elles ont des incidences directes sur la santé et la sécurité de la population (DGSPNI, 2011).

Les programmes associés à cette activité, regroupés par axe, sont :

Promotion de la santé et prévention des maladies

► Développement des enfants en santé

- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones sur les réserves
 - Finance les stratégies d'intervention auprès de la petite enfance qui répondent aux besoins en matière de santé et de développement des enfants des Premières nations, depuis leur naissance jusqu'à l'âge de six ans, et de leurs familles. Ce programme peut être présenté au moyen de projets dans les centres, de services de sensibilisation et de visites à domicile, ou par une combinaison de ces méthodes.
- Programme de la nutrition prénatale au Canada
 - Activités associées : Dépistage, éducation et *counselling* en matière de nutrition; alimentation de la mère; promotion, éducation et soutien en matière d'allaitement.
- Troubles de spectre de l'alcoolisation fœtale
 - Activités associées : Soutenir l'élaboration de programmes de prévention et d'intervention hâtive; soutenir le développement des capacités et la formation des travailleurs communautaires et du personnel professionnel, l'élaboration de plans d'action et les activités de prévention, d'éducation et de sensibilisation; Mettre en œuvre des programmes de prévention par l'entremise de projets de mentorat élaborés (comporte des visites à domicile); mettre en œuvre des programmes d'intervention grâce à la gestion des cas et à la coordination communautaire visant à faciliter l'accès à des services de diagnostic et à aider les familles à avoir accès à des équipes de diagnostic multidisciplinaires, ainsi qu'à d'autres services et mesures de soutien en la matière.

- Santé maternelle et infantile
 - Activités associées : Dépistage et évaluation des besoins familiaux des femmes enceintes et des nouveaux parents; promotion de la santé génésique et avant la grossesse; visites à domicile par des infirmières et des travailleurs communautaires (soutien et éducation).
- Initiative en santé buccodentaire pour les enfants
 - S'adresse aux enfants depuis la naissance jusqu'à l'âge de 7 ans, de même qu'à leurs parents, aux fournisseurs de soins et aux femmes enceintes. Les activités associées à ce programme comprennent la prévention des maladies buccodentaires, la promotion de bonnes habitudes d'hygiène buccodentaire et les services cliniques de base.

► Bien-être mental

- Santé mentale et prévention du suicide
 - Grandir ensemble : A pour objectif d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services communautaires en matière de santé mentale, de développement de l'enfant et de prévention des blessures au sein de la communauté. Il comprend également les volets *Bébés en santé et Compétences parentales*.
 - Pour des communautés en bonne santé : A pour objectif d'aider les communautés à prévenir et gérer les crises de santé mentale, comme le suicide et l'abus de substances.
 - Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes autochtones : A pour objectif d'accroître les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque associés au suicide chez les jeunes. Ce programme comprend des activités qui visent la promotion de la santé mentale et de la réduction des risques, le soutien aux approches communautaires, à augmenter l'efficacité des interventions en situation de crise) et enfin, à développer les connaissances sur les meilleures solutions en matière de prévention du suicide chez les jeunes autochtones.
- Traitement des toxicomanies et prévention
 - Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) – programme de traitement et programme communautaire : Vise à soutenir les communautés inuit et des Premières Nations à établir et offrir des programmes de lutte contre la consommation abusive d'alcool, d'autres drogues et de solvants. Il est composé de trois grandes catégories d'activités : activités de prévention (campagnes de sensibilisation, programmes scolaires, médias

d'information, etc.), activités d'intervention (activités récréatives pour les jeunes, groupes de discussion et programmes sociaux, programmes axés sur la spiritualité et la culture autochtones) et les activités postobservation (*counselling*, cercles de partage, groupes d'entraide, visites de soutien, orientation vers un traitement ou des services) (Santé Canada, 2013a).

Au Québec, des agents PNLAADA travaillent dans les communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné ainsi qu'au Nunavik, en Eeyou Istchee et à Kawawachikamach.

Dans le cadre des activités menées dans le PNLAADA, Santé Canada soutien au Québec six centres de traitement contre l'abus d'alcool et de drogues généralement ouverts aux clientèles masculines et féminines (voir le tableau 1). Certains de ces centres peuvent également offrir des thérapies ciblant la gestion de la colère ou la violence familiale. Les approches privilégiées comprennent généralement des activités de groupe et des rencontres individuelles effectuées en milieu fermé et d'une durée variant de quelques semaines. En complémentarité, certains centres peuvent aussi offrir des services de suivi externes dans les communautés.

Tableau 1
Centres de traitement contre l'abus d'alcool et de drogues

<i>Nom de l'établissement</i>	<i>Ville</i>	<i>Région</i>	<i>Financement</i>
Onen'to:kon Treatment Services	Kanehsatake	Laurentides	Santé Canada
Centre Miam Uapukun	Maliotenam	Côte-Nord	Santé Canada
Centre de réadaptation Wapan	La Tuque	Mauricie	Santé Canada
Mawiomi Treatment Services	Gesgapegiag	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	Santé Canada
Wanaki Centre	Kitigan Zibi	Outaouais	Santé Canada
Waseskun House	Saint-Alphonse-Rodriguez	Lanaudière	Santé Canada

- Programme de soutien en santé Résolution des questions des pensionnats indiens
 - Ce programme offre des services de soutien culturellement adapté en santé mentale et affective aux anciens élèves admissibles des pensionnats indiens et leur famille avant, pendant et après leur participation aux démarches en lien avec la Convention de règlement. Il comprend également des services professionnels de *counselling* et de transport lorsque les services de soutien ne sont pas disponibles localement.

► Vie saine

- Prévention et gestion des maladies chroniques
 - Initiative sur le diabète chez les Autochtones : A pour objectif de contribuer à la promotion d'une vie saine et de milieux favorables ainsi qu'à la réduction de la prévalence et de l'incidence du diabète de type 2. Les différents volets du programme comprennent des activités qui misent sur la promotion d'un mode de vie sain (sensibilisation au diabète, saine alimentation et activité physique), le dépistage des complications du diabète, la formation des travailleurs communautaires de même que la recherche, la surveillance, l'évaluation et la supervision des initiatives de prévention et de sensibilisation.
- Prévention des blessures
 - Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies et des blessures : En collaboration avec différents partenaires nationaux et régionaux, ce programme a pour objectif de cerner les tendances relatives aux blessures; promouvoir les pratiques exemplaires; déterminer les priorités concernant le développement, la diffusion et l'échange des connaissances; et contribuer à l'élaboration d'outils pour aider les communautés autochtones.

Protection de la santé publique

► Contrôle et gestion des maladies transmissibles

- Contrôle des maladies transmissibles
 - Programme d'immunisation : A pour objectif d'assurer l'accès aux nouveaux vaccins recommandés, d'améliorer les taux de couverture des immunisations systématiques et d'améliorer le développement des connaissances et des compétences des travailleurs de même que la surveillance, la collecte et l'évaluation des données.

- Maladies transmises sexuellement et pas le sang
 - Programme sur le VIH/sida : À l'égard des MTSS et du VIH/sida, ce programme a pour objectif de faciliter l'accès à des services de diagnostic, des soins, du *counselling*, du soutien et un traitement de qualité, d'améliorer l'éducation et la sensibilisation du public, de développer les capacités et de faciliter l'accès à des professionnels de la santé et enfin, d'accroître les activités de surveillance et de collecte des données et d'évaluation.
- Infections respiratoires
 - Programme sur la tuberculose : A pour objectif de réduire l'incidence de la tuberculose dans les communautés, de détecter et diagnostiquer rapidement les cas de tuberculose, de fournir des traitements au moyen de la thérapie sous observation directe, de soutenir les travailleurs de la santé dans la prévention et le contrôle de la tuberculose et de renforcer la recherche grâce à la collaboration de différents partenaires. En général, le programme est exécuté par l'intermédiaire des services de soins primaires dans les communautés.
- Initiative sur les urgences liées aux maladies transmissibles
 - Pandémie de grippe : A pour objectif de soutenir les communautés dans la préparation à une pandémie de grippe en appuyant l'élaboration, le développement, la mise à l'essai et la révision des plans communautaires.

► Hygiène du milieu

- Hygiène du milieu
 - Programme d'hygiène publique du milieu : Réalisé par des agents d'hygiène du milieu certifiés, ce programme a pour objectif de cerner et prévenir les risques d'origine environnementale qui pourraient menacer la santé des résidents et recommander des mesures correctives et de promotion de la santé en vue de réduire les risques. Le programme couvre des activités sur l'eau potable, le logement, la salubrité alimentaire, l'inspection des installations, le contrôle des maladies transmissibles d'origine environnementale, la préparation et l'intervention en cas d'urgence, l'élimination des déchets solides ainsi que les eaux usées. S'agissant d'un programme obligatoire, les communautés sont tenues de faire rapport sur les activités de surveillance de l'eau potable.
- Programme des recherches en santé environnementale
 - Met l'accent sur la recherche sur les dangers et les risques environnementaux – physiques, chimiques, biologiques et radiologiques

- qui ont une incidence sur la santé. Le personnel de ce programme aide les communautés inuit et des Premières nations à développer leurs capacités de travailler en collaboration avec divers partenaires concernés par la santé environnementale. Le programme offre du financement pour des programmes de recherche communautaires, des travaux en matière de recherche, de suivi et de surveillance, ainsi que des études en laboratoire et sur le terrain en matière d'hygiène du milieu. Le financement attribué sous forme de contributions pour la recherche communautaire est alloué au terme d'un processus concurrentiel de demande de propositions.

Soins primaires

Tous les programmes de cette composante sont obligatoires.

► Pratique clinique et soins aux clients

Ce programme inclut les services de santé essentiels, urgents et non urgents, destinés aux citoyens des Premières Nations, y compris aux résidents des communautés éloignées et isolées. S'agissant principalement de services de 1^{re} ligne, ils sont offerts par des équipes de santé principalement dirigées par des infirmières.

Les volets couverts par les services de *Pratique clinique et soins aux clients* sont :

- Soins urgents
 - Évaluation immédiate du patient blessé ou malade. Il peut s'agir de mettre en œuvre des mesures de stabilisation et d'organiser le transport immédiat vers un centre de soins tertiaires ou, encore, de garder le client sous observation. Ces décisions sont prises en consultation avec un médecin (sur place ou par téléphone).
- Soins non urgents
 - Évaluation et identification du problème et établissement d'un plan de prise en charge pour un patient qui requiert des soins non urgents.
- Coordination et gestion des cas
 - Établissement de liens avec d'autres programmes sociaux, éducatifs et de santé offerts au sein de la communauté ou à l'extérieur de celle-ci (services thérapeutiques, services hospitaliers, services spécialisés, etc.).
- Accès à l'équipement médical, aux fournitures médicales et aux produits pharmaceutiques
 - Prestation d'équipement médical, de fournitures médicales et de produits pharmaceutiques nécessaires.

- Système de tenue de documents et de collecte de données
 - Élaboration et tenue à jour du dossier du patient et d'un système d'information qui permet la surveillance du programme, la planification continue, la production de rapports et l'évaluation.
- Processus d'amélioration continue de la qualité
 - Capacité d'examiner et d'améliorer continuellement la prestation de soins cliniques et de soins aux clients de façon sécuritaire et efficace.

► **Soins à domicile et en milieu communautaire**

Ce programme inclut des services de soins à domicile et en milieu communautaire destinés aux citoyens atteints d'un handicap ou d'une maladie chronique ou aiguë et aux personnes âgées. Le programme est géré principalement en vertu d'accords de contribution. Les services sont principalement fournis par des infirmières autorisées de soins à domicile et par des préposés aux soins personnels qualifiés et autorisés.

Parmi les éléments de services essentiels, on retrouve :

- l'évaluation du client;
- les soins infirmiers à domicile;
- la gestion des cas;
- le soutien à domicile
(comme les soins personnels et l'entretien domestique);
- les services de relève à domicile;
- l'établissement de liens et l'aiguillage, au besoin, vers d'autres services de santé et services sociaux;
- la prestation d'équipement médical spécialisé et de fournitures médicales et l'accès à ceux-ci;
- un système de tenue de documents et de collecte de données.

Des services de soutien additionnels peuvent également être fournis, en fonction des besoins des communautés et de la disponibilité des fonds. Ces services de soutien peuvent comprendre :

- des services de réadaptation et d'autres thérapies;
- des programmes de soins de jour pour adultes;
- des programmes de repas;
- des services de santé mentale à domicile;
- des soins palliatifs à domicile;
- des activités spécialisées de promotion de la santé, du mieux-être et de la condition physique.

Prestations supplémentaires en santé

Le programme des Services de santé non assurés (SSNA) est un programme national qui fournit aux membres inscrits des Premières nations et aux Inuit, quel que soit leur lieu de résidence, une gamme de biens et services de santé de nécessité médicale qui ne sont pas fournis en vertu d'autres régimes privés ou provinciaux / territoriaux. Comme les SSNA servent à compenser pour les services qui ne sont pas couverts par les provinces, les règles relatives à ce qui est couvert peuvent varier d'une région à une autre (Santé Canada, 2012b).

Les SSNA couvrent les prestations des soins de la vue, des soins dentaires, de l'assurance médicaments, du transport médical, en plus d'interventions en situation de crise à court terme et de services de santé approuvés à l'extérieur du Canada. D'autres services répondant à des besoins particuliers sont également disponibles (Santé Canada, 2012b). Un aperçu de ces services est présenté à l'annexe 5.

La prestation de ces services est administrée par l'entremise de l'administration centrale des SSNA pour les prestations pharmaceutiques et les soins orthodontiques, par l'entremise des bureaux régionaux de Santé Canada pour les soins dentaires, le transport pour raisons médicales, les soins de la vue, les fournitures et équipement médicaux, et les services de *counselling* en santé mentale de situation de crise à court terme ou encore, au moyen d'accords de contribution pour certains services particuliers.

4.2.3 Établissements

Au Québec, dans les communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné, la DGSPNI finance trois types d'établissement de santé, soit les centres de santé (15), les postes de soins infirmiers (11) et les centres de réadaptation (5 centres de réadaptation contre l'abus d'alcool et de drogues et 1 centre de réadaptation jeunesse des Premières Nations) (Santé Canada, 2011).

- Centre de santé : Habituellement situé dans des communautés non isolées, il est doté d'au moins une infirmière en santé communautaire ainsi que du personnel pour effectuer des activités de prévention et de promotion de la santé. La prestation des soins primaires et urgents est assurée par des médecins (Santé Canada, 2011).
- Poste de soins infirmiers : Établissement, souvent situé en communauté isolée, semi-isolée ou éloignée, dont le personnel est composé d'au moins un infirmier en santé communautaire, d'employés de soutien et de personnel médical.

¹² Les établissements privés conventionnés sont soumis à l'ensemble des lois et des règlements d'organisation et d'administration des établissements du réseau de la santé. Ils se distinguent des centres publics de même vocation par leurs modalités de financement et leur imputabilité financière. En effet, des règles générales relatives au financement des activités des établissements privés conventionnés déterminent les paramètres d'allocation budgétaire pour les établissements et par la suite le financement est déterminé entre chaque établissement et leur agence régionale de santé et des services sociaux (AEPC, 2012).

Les soins primaires et d'urgence (24 h par jour, sauf exceptions) et les soins aux patients admis pour de courtes durées sont offerts. De plus, du personnel s'occupe de la promotion de la santé publique et communautaire. La consultation de médecin est offerte sur appel et lors de visites prévues dans les communautés (Santé Canada, 2011).

- Centre de réadaptation : Établissement qui offre aux patients hospitalisés et en consultation externe des soins adaptés à leur culture en matière d'abus d'alcool et d'autres substances (Santé Canada, 2011).

Certaines communautés sont néanmoins dépourvues d'établissement de santé ; généralement, ces communautés n'ont pas le statut de réserve. Les citoyens de ces communautés qui requièrent des soins et des services de santé doivent alors fréquenter les points de services du réseau québécois situés à proximité.

Le Centre hospitalier Kateri Memorial de Kahnawake est le seul établissement hospitalier géré par une Première Nation au Québec. L'entente concernant la construction et l'exploitation d'un centre hospitalier à Kahnawake est intervenue en 1984 entre les Mohawks et le gouvernement du Québec. En vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le CH Kateri Memorial est considéré comme un établissement privé conventionné¹². En 2012, l'Assemblée Nationale a adopté une loi qui a permis l'agrandissement de l'établissement. On y retrouve des services de courte durée ou longue durée, des activités de laboratoire, de prévention et de contrôle des infections, des services de physiothérapie. Des services de médecine traditionnelle devraient être offerts ultérieurement.

Dans certaines communautés, on peut également retrouver d'autres types d'établissements tels que des résidences ou centres pour personnes âgées, de rares maisons de transition de l'hôpital au domicile (CSSSPNQL, 2013c), des pharmacies communautaires ou des maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale (ces ressources d'hébergement sont présentées à la section 5.2). Les écoles et les centres de la petite enfance, pour ne nommer qu'eux, peuvent également mettre sur pied des programmes financés par Santé Canada.

L'*Iakhihsôhtha Lodge (Home for the Elderly)* à Kanesatake est un établissement résidentiel de courte ou longue durée pour aînés en perte d'autonomie ou convalescents. Les services sont organisés de manière à répondre aux besoins psychologiques, sociaux, émotifs et spirituels des résidents et de leur famille (Mohawk Council of Akwesasne, 2014).

4.2.4

Dispensateurs de services

La composition des équipes de soins travaillant dans les établissements des communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné est similaire à celle qui a été décrite pour les communautés conventionnées. Les équipes de soins reposent effectivement, dans un premier temps, sur la présence d'infirmières polyvalentes, de représentants en santé communautaire et de travailleurs sociaux (Comité consultatif régional du Québec, 2011). Ces professionnels agissent souvent comme les premiers répondants pour, certes, apporter des soins mais aussi pour répondre aux urgences et aux crises sociales.

À ces équipes peuvent également se joindre d'autres ressources telles que des nutritionnistes, des psychologues, des psychoéducateurs, des éducateurs spécialisés, des organisateurs communautaires, des dentistes, des orthophonistes, etc. Parfois, de rares physiothérapeutes et des guérisseurs traditionnels peuvent également être consultés par la population résidant dans certaines communautés (CSSSPNQL, 2013c).

Pour les situations d'urgence, quelques communautés peuvent également compter sur un service ambulancier et d'autres, sur une équipe d'intervention d'urgence (CSSSPNQL, 2013c).

Médecins

Dans certaines communautés des Premières Nations situées dans les territoires non conventionnés, des médecins omnipraticiens effectuent des visites sur une base périodique ou assurent une garde téléphonique 24/7 pour répondre aux urgences, discuter de cas ou confirmer des prescriptions (transmission par télécopieur) (OIIQ, 2004). La présence des médecins dans les communautés situées en territoire non conventionné ne repose toutefois pas sur une structure officielle comme c'est le cas du côté du réseau québécois. En effet, les centres de santé de ces communautés ne sont pas considérés comme des établissements québécois au sens de la loi et n'ont pas droit au PREM. Les médecins qui visitent les communautés le font donc sur une base volontaire avec l'accord de l'établissement ou point de services auxquels ils sont affiliés.

Par ailleurs, selon les résultats de l'ERS 2008, la grande majorité des professionnels de la santé qui travaillent dans les communautés des Premières Nations ne sont pas des Premières Nations (CSSSPNQL, 2013d).

4.2.5

Liens avec le réseau québécois

De façon générale, les communautés des Premières Nations accèdent aux établissements et points de services du réseau de la santé et des services sociaux en suivant les corridors de services établis par les CISSS/CIUSSS auxquelles elles sont affiliées. Si l'on prend l'exemple de la région de l'Abitibi-Témiscamingue (voir le tableau 2), cette affiliation pourra ressembler à ceci :

Tableau 2
Affiliation des communautés des Premières Nations
situées dans la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue

o8 – Abitibi-Témiscamingue

<i>Communautés</i>	<i>CISSSAT</i>		<i>RUIS</i>
	<i>CSSS*</i>	<i>CH*</i>	
Kebaowek / Eagle Village	CSSS du Témiscamingue	Pavillon Sainte-Famille	McGill
Hunter's Point / Wolf Lake	CSSS du Témiscamingue	Pavillon Sainte-Famille	McGill
Timiskaming	CSSS du Témiscamingue	Pavillon Témiscamingue-Kipawa	McGill
Winneway / Long Point	CSSS du Témiscamingue	Pavillon Témiscamingue-Kipawa	McGill
Pikogan	CSSS Les Eskers	Hôtel Dieu d'Amos	McGill
Lac-Simon	CSSS Vallée-de-l'Or	CH Vallée-de-l'Or	McGill
Kitcisakik	CSSS Vallée-de-l'Or	CH Vallée-de-l'Or	McGill

* Suite au projet de loi 10, les CSSS et les CH ont été fusionnés au CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les découpages sociosanitaires du réseau québécois ne tiennent pas compte de l'organisation territoriale des communautés situées dans les territoires non conventionnés. Il arrive donc que certaines Nations comptent des communautés affiliées à des territoires sociosanitaires différents. Ainsi, à la lecture des rapports annuels de gestion des anciennes ASSS concernées, on remarque que :

- ▶ contrairement à l'ensemble des autres communautés innues qui sont situées dans la région sociosanitaire de la Côte-Nord, Mashteuiatsh est située dans la région sociosanitaire du Saguenay-Lac-Saint-Jean ;

- ▶ contrairement à Opitciwan et Wemotaci, deux communautés atikamekw, qui sont situées dans la région sociosanitaire de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Manawan est comprise dans la région sociosanitaire de Lanaudière;
- ▶ contrairement aux autres nations algonquines qui sont situées dans la région sociosanitaire de l'Abitibi-Témiscamingue, Kitigan Zibi et Lac-Rapide sont situées dans la région sociosanitaire de l'Outaouais;
- ▶ contrairement à Kahnawake et Akwesasne (pour la portion au Québec) de la nation mohawk qui sont situées dans la région sociosanitaire de la Montérégie, Kanesatake est située dans la région sociosanitaire des Laurentides.

4.3

LES SERVICES OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS ET AUX INUIT VIVANT HORS COMMUNAUTÉ

Au Québec, les Premières Nations et les Inuit qui résident à l'extérieur de leur communauté doivent généralement fréquenter les installations du réseau québécois de la santé et des services sociaux pour obtenir des soins.

Toutefois, au fédéral, certains programmes de financement ont été développés dans l'intention de répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuit qui vivent hors communauté. La majorité de ces programmes sont regroupés dans la Stratégie améliorée pour les Autochtones vivant en milieu urbain. Y sont entre autres financés les centres d'amitié autochtones. L'Agence de la santé publique du Canada finance pour sa part le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques.

Stratégie améliorée pour les Autochtones vivant en milieu urbain – AADNC

La Stratégie améliorée pour les Autochtones vivant en milieu urbain (SAMU) d'AADNC regroupe sous deux grands programmes – Partenariats urbains et Développement des capacités communautaires – l'ensemble des programmes antérieurs qui s'adressaient jusqu'alors aux Autochtones en milieu urbain. Le premier, Partenariats urbains, appuie les projets qui ont pour objectif de favoriser la participation des Autochtones en milieu urbain à l'économie. Le second, Développement des capacités communautaires, accorde un financement aux organismes des collectivités autochtones urbaines (comme par exemple, les centres d'amitié autochtones). Pour que les divers projets se concrétisent, la SAMU favorise la collaboration entre une pluralité d'intervenants, comme la municipalité, les autres ministères fédéraux, le gouvernement provincial ou même une entreprise privée (AADNC, 2014).

À Montréal, le Réseau pour la stratégie urbaine de la communauté autochtone à Montréal (RÉSEAU), financé en partie par la SAMU, a été mis sur pied pour favoriser les échanges et les partenariats entre les organisations qui desservent directement ou indirectement les Premières Nations et les Inuit de la région montréalaise. Il est composé de fournisseurs de services aux Autochtones de la région montréalaise, de Premières Nations et d'Inuit vivant en milieu urbain, de représentants des gouvernements municipaux, provincial et fédéral, ainsi que de non-Autochtones. Ses activités sont orchestrées autour de six secteurs d'intervention jugés prioritaires : les arts et la culture ; les communications ; l'employabilité-formation-éducation ; la santé ; les services sociaux ; les jeunes (RÉSEAU, n.d.).

Les services offerts par les centres d'amitié autochtones (CAA)

Au Québec, il y a 10 centres d'amitié autochtones :

- ▶ CA Eenou de Chibougamau (CAEC)
- ▶ CAA de Sept-Îles (CAASÎ)
- ▶ CAA de Val-d'Or (CAAVD)
- ▶ CAA de Québec (CAAQ)
- ▶ CAA de La Tuque (CAALT)
- ▶ CAA de Lanaudière (CAAL)
- ▶ CAA de Montréal (CAAM)
- ▶ CAA du Saguenay (CAAS)
- ▶ CAA de Senneterre (CEAAS)
- ▶ Point de services pour les Autochtones de Trois-Rivières (PSATR)

Les centres d'amitié autochtones (CAA) œuvrent à l'amélioration de la qualité de vie des Autochtones en milieu urbain et à la construction de ponts entre les peuples. Le financement des CAA provient majoritairement d'un programme de financement octroyé par AADNC. Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, un organisme qui représente les intérêts des CAA, administre ce programme pour les six CAA qui y ont accès (RCAAQ, 2014). Les activités des CAA sont également soutenues (financièrement et autres) par les organismes communautaires de leur région.

L'offre de services varie d'un centre à l'autre, mais elle comprend généralement des services qui s'adressent à la petite enfance et aux jeunes ainsi qu'aux adultes et aux aînés (RCAAQ, 2014). Par exemple :

- Pour les jeunes : de l'aide aux devoirs pour les jeunes du primaire, des garderies, des camps de jour, des locaux de type « maison des jeunes ».
- Pour les adultes et les aînés : des services d'accompagnement/transport lors des visites médicales, des programmes de santé, des programmes de développement communautaire, de développement personnel (programmes AA/joueurs, sensibilisation à la toxicomanie, prévention du suicide) et de développement économique (aide à l'emploi, assistance à l'intégration au marché du travail).
- Pour les clientèles vulnérables : des services d'hébergement et de services à prix modique (repas, hébergement, vêtements), des patrouilles de rue pour les clientèles itinérantes ou à risque.).
- Pour les populations autochtones et non autochtones : des activités culturelles et de sensibilisation aux réalités autochtones.

Tel que présenté à la section 3.2.2, les CAA de Val-d'Or et La Tuque ont mis sur pied, en partenariat avec les CSSS de leur région respective, deux cliniques de santé situées dans leurs locaux. Par ces cliniques, les CAA et leurs partenaires espèrent rejoindre un plus grand nombre de clients et offrir des services qui soient culturellement sécuritaires et adaptés aux besoins des Autochtones. Un bref profil de ces deux cliniques est présenté au tableau 3.

Tableau 3
Profil des cliniques Minowé et Acokan

	<i>Clinique Minowé¹³</i>	<i>Clinique Acokan¹⁴</i>
Locaux	CAA de Val-d'Or	CAA de La Tuque
Affiliation	Intégrée au RLS de la Vallée-de-l'Or	Intégrée au RLS du Haut-Saint-Maurice
Gouvernance	Assurée par le CSSSVO, le CJAT, le CAAVD	Assurée par le CAALT et le CSSSHSM
Partenaires associés	ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue, Santé Canada, Fondation Avenir d'Enfants, RCAAQ, DIALOG, ODENA	N/A
Dispensateurs de services	Une infirmière, un intervenant local, une coordonnatrice administrative, médecin (ordonnances collectives)	Une infirmière du CSSSHSM

	<i>Clinique Minowé</i> ¹³	<i>Clinique Acokan</i> ¹⁴
Services	1 ^{re} ligne : Accueil, d'évaluation et d'orientation Enfance, jeunesse et famille Traitement des dépendances Santé mentale Santé physique (maladies chroniques) Fonction de liaison CSSSVO-CJAT-CAAVD	Services de proximité adaptés ¹⁵ aux besoins des Autochtones Maladies chroniques
Clientèles	Femmes enceintes, enfants 0 à 18 ans et leur famille	Autochtones qui vivent ou séjournent à La Tuque

Par ailleurs, le CAA de Montréal offre à sa clientèle les soins d'infirmières et de médecins grâce au soutien de Médecins du Monde. Une infirmière est effectivement présente au CAA une journée par semaine alors qu'un médecin est présent une journée par mois (CAA de Montréal, n.d.).

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques – Agence de la santé publique du Canada

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN) est un programme communautaire qui se consacre au développement des jeunes enfants inuit, des Premières nations et métis ainsi qu'à leurs familles vivant hors réserve. Il aborde les préoccupations générales de santé au sein des populations vulnérables et s'efforce d'améliorer la santé, le bien-être et le développement social des enfants autochtones. Il est constitué de six composantes, soit la culture et les langues autochtones, l'éducation et la maturité scolaire, la promotion de la santé, la nutrition, le soutien social et la participation des parents (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

¹³ CAA de Val-d'Or (2012), *La clinique Minowé : une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or*, Val-d'Or : Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.

¹⁴ Tremblay, A. (2014) Une clinique pour les Autochtones, *Le Nouvelliste*, publié le 20 février 2014.

¹⁵ Il n'y aura pas de nouveaux services qui seront créés à la clinique Acokan; l'objectif étant plutôt de faciliter l'accès aux services déjà disponibles.

5 LES SERVICES SOCIAUX

Les services sociaux sont intégrés, au Québec, au sein du même régime public des services de santé et sont offerts à l'ensemble de la population ou, selon les cas, à des clientèles spécifiques. Comme pour les services de santé, les services sociaux sont articulés autour des programmes-services présentés à la section 3.4, sont orchestrés selon la même hiérarchisation (lignes de services) et leur prestation se fait dans les établissements publics et leurs points de services présentés à la section 3.5. La composante sociale des CISSS/CIUSSS s'articule principalement à travers leur mission de centre de réhabilitation (CR) et de centres jeunesse (CJ). Par ailleurs, au Québec, les organismes communautaires contribuent activement à fournir des services qui contribuent à la promotion du développement social et à l'amélioration des conditions de vie en agissant sur les facteurs déterminants pour le bien-être.

Du côté fédéral, AADNC finance la prestation des programmes sociaux qui sont développés et mis en œuvre dans les communautés inuit et des Premières Nations. Signataires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois, les communautés inuit, criées et naskapi ont également accès à certains programmes sociaux financés par AADNC. Les programmes sociaux financés par AADNC visent à soutenir les besoins des personnes à faible revenu de même que l'employabilité, à répondre aux besoins des personnes âgées, aux besoins des adultes aux prises avec une maladie chronique et aux besoins des jeunes et des adultes vivant avec un handicap. D'autres programmes ont pour objectifs d'assurer la protection des enfants et des familles et d'aider à prévenir et réduire la pauvreté chez les enfants. Pour sa part, Santé Canada finance les activités admissibles au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues (PNLAADA). Ce programme est présenté à la section 4.2.

5.1 LES SERVICES SOCIAUX OFFERTS PAR LE RÉSEAU QUÉBÉCOIS

Six services sociaux généraux peuvent être offerts en 1^{ère} ligne (MSSS, 2013a). Comme pour les services de santé, les services sociaux généraux incluent des activités de prévention et de promotion ainsi que des activités cliniques et d'aide.

5.1.1

Les services de première ligne

Les services sociaux de 1^{re} ligne incluent les activités suivantes :

► **Accueil, analyse, orientation et référence**

- Porte d'entrée principale; service de nature sociale ou psychologique

► **Consultation téléphonique psychosociale 24/7 (811)**

- Trois types d'intervention :
 1. Information;
 2. Prévention-éducation;
 3. Crise
- Pas encore disponible dans l'ensemble des régions

► **Intervention de crise dans le milieu 24/7**

- Intervention immédiate, brève et directive; stabiliser l'état de la personne ou de son environnement humain

► **Consultation sociale**

- Activités d'intervention sociale et activités d'intervention conjugale et familiale; vise l'amélioration du fonctionnement social des personnes
- Approches de courte durée (maximum de 12 rencontres)

► **Consultation psychologique**

- Offert aux personnes présentant un problème ponctuel ou situationnel du fonctionnement psychologique
- Comprend des activités de psychothérapie et d'interventions cliniques
- Service offert sur rendez-vous (maximum de 12 rencontres)

► **Volet psychosocial en contexte de sécurité civile**

- Constitue le volet psychosocial de la mission « santé » en sécurité civile
- Quatre activités spécifiques :
 1. Repérage;
 2. Évaluation et suivi psychosocial;
 3. Consultation téléphonique;
 4. Activités de conseil

5.1.2

Les services de deuxième ligne : les services offerts par les centres de réadaptation (CR)

En plus des services offerts dans les points de services CLSC, des services sont également offerts, dans des installations distinctes, à des clientèles qui ont des besoins spécifiques. Une gamme de ces services est par exemple offerte dans les centres de réadaptation (CR)¹⁶. Tel que présenté à la section 3.5, la mission d'un CR est essentiellement d'offrir des services spécialisés d'adaptation, de réadaptation, d'intégration sociale et d'accompagnement ainsi que de soutien à l'entourage. Sur référence, les services offerts par les CR s'adressent aux personnes qui vivent soit avec des déficiences physiques ou intellectuelles, qui rencontrent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial, ou encore qui vivent avec une quelconque dépendance (à l'alcool, aux drogues, aux jeux de hasard et d'argent, etc.). Certains services sont offerts en externe alors que d'autres le sont avec hébergement. Bien souvent, les services des CR se font en complémentarité des interventions menées dans les secteurs externes au réseau québécois de la santé et des services sociaux, c'est-à-dire les milieux scolaires et les services de la petite enfance, les milieux de travail ou de loisir, etc. Les CR ont une portée régionale, mais des points de services permettent un accès plus local; leur nombre varie donc d'une région sociosanitaire à l'autre.

Le Québec compte :

- ▶ 20 centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (FQCRDITED, 2014)
- ▶ 21 centres de réadaptation en déficience physique répartis en 108 points de services (CRDP) (AÉRDPO, n.d.)
- ▶ 16 centres de réadaptation en dépendance (CRD) (ACRDQ, 2014).

Au Nunavik, les deux centres de santé assurent entre autres la mission de CR. De plus, le centre de santé Inuulitsivik administre le Centre de réintégration d'Inukjuak, une ressource régionale qui fournit des services aux adultes qui vivent avec des problèmes de santé mentale graves et persistants et/ou de l'affaiblissement intellectuel (Inuulitsivik, n.d.).

Dans le territoire d'Eeyou Istchee, les Services régionaux pour des besoins spéciaux (SRBS) ont pour mission de « soutenir les individus qui ont besoin d'assistance pour subvenir à leurs besoins essentiels à cause d'une affection chronique de long terme réduisant leur capacité à atteindre leur plein potentiel intellectuel, physique, cognitif

¹⁶ Les centres de réadaptation sont exploités par les CISSS/CIUSSS.

ou socio-émotionnel » (CCSSSBJ, 2013). Ces services sont offerts en collaboration avec les centres miyupimaatisiun communautaires (CMC) et d'autres organisations et organismes situés dans les communautés.

À Kawawachikamach, les services de CR sont administrés par le Centre de protection et de réadaptation de la Côte-Nord qui est né de la fusion du centre jeunesse, du centre de réadaptation en déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement et du centre de réadaptation en dépendance (CPR de la Côte-Nord, 2013). Son siège social est situé à Baie-Comeau, mais un point de service est disponible, entre autres, à Schefferville. Le CLSC Naskapi offre également des services psychosociaux courants et de psychologie.

Les services offerts aux enfants, aux jeunes et à leur famille

Plusieurs services ont été développés pour répondre aux besoins des enfants, des jeunes et de leur famille. Par exemple, des services de protection et d'aide spécialisée aux enfants et aux jeunes qui sont en situation de danger ou qui vivent des difficultés graves sont offerts dans les centres jeunesse¹⁷ (CJ). Les CJ sont des installations qui exploitent à la fois un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ) et un centre de réadaptation pour les jeunes en difficulté d'adaptation ou pour les mères en difficulté d'adaptation (Art. 87.1 Loi sur les services de santé et les services sociaux). Les CJ sont régis par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la Loi sur la protection de la jeunesse, la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents et le Code civil (ACJQ, n.d.).

Le Québec compte :

- ▶ 16 CJ;
- ▶ 3 centres à vocations multiples desservant les territoires nordiques :
les deux centres de santé au Nunavik et l'Hôpital de Chisasibi (ACJQ, n.d.).

Concrètement, les CJ offrent généralement des services psychosociaux et de réadaptation articulés autour de programmes de prévention et d'intervention élaborés en fonction de l'âge des enfants et des jeunes et des besoins rencontrés. Les services sont offerts dans le contexte de clinique d'externe ou en hébergement, c'est-à-dire en foyer de groupe ou en centre de réadaptation.

¹⁷ Les centres jeunesse sont exploités par les CISSS/CIUSSS.

Territoires conventionnés

Au **Nunavik**, les services de la protection de la jeunesse relèvent des deux centres de santé. Un ou une directeur ou directrice de la protection de la jeunesse est associé à chacune des deux sous-régions (CDPDJ, 2007). On retrouve sous leur responsabilité un centre de réadaptation régional pour jeunes en difficultés d'adaptation à Salluit et deux foyers de groupe, l'un à Puvirnituq et l'autre à Kuujuaq (RRSSN, 2013). Le centre de Salluit a une capacité d'accueil de 14 places alors que la capacité d'accueil des foyers de groupe est de 8 places.

Dans le territoire d'**Eeyou Istchee**, le directeur ou la directrice de la protection de la jeunesse relève du CCSSSBJ. Le Service de Protection de la jeunesse (SPJ) régional exploite le foyer de groupe Upaachikush à Mistissini et le foyer de groupe Weesapou à Chisasibi. Ils exploitent aussi le Centre de réception des Services de guérison pour les jeunes à Mistissini (CCSSSBJ, 2013). De plus, un nouveau numéro de téléphone régional peut être composé par les gens qui veulent signaler une situation menaçant la sécurité d'un enfant. Au niveau local, dans chacune des communautés, des équipes de la protection de la jeunesse peuvent intervenir, au besoin, lors des situations d'urgence.

À **Kawawachikamach**, les services sociaux de 2^e ligne offerts aux jeunes et à leur famille sont assurés par le directeur de la protection de la jeunesse de la Côte-Nord.

Territoires non conventionnés

En territoire non conventionné, les communautés des Premières Nations doivent signer des ententes avec le CJ de leur région pour convenir des modalités entourant la prestation et le financement de certains services sociaux (MSSS, 2007c). Ces ententes peuvent être bipartites ou tripartites selon que les communautés impliquées aient pris ou non en charge la prestation de leurs services sociaux. Par le biais des ententes bipartites, les CJ facturent aux conseils de bande ou tribaux les services offerts aux citoyens résidants dans les communautés. De leur côté, les communautés qui n'ont pas pris en charge la prestation de leurs services sociaux doivent signer une entente avec le CJ de leur région et AADNC. Les CJ facturent alors AADNC pour les services offerts dans ces communautés (MSSS, 2007c).

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador a consigné la liste des communautés ou des regroupements de communautés qui ont conclu de telles ententes. Ces informations sont représentées dans le tableau 4.

Tableau 4
Communautés ayant conclu une entente avec un CJ

<i>Nations</i>	<i>Communautés</i>	<i>Type d'entente</i>
Abénaquis	Grand Conseil Waban Aki Wôlinak / Odanak	Bipartite
Algonquins	C.J. Abitibi-Témiscamingue / Timiskaming / Eagle Village / Long Point	Tripartite
	C.J. Abitibi-Témiscamingue / Kitcisakik / Lac Simon / Pikogan	Bipartite (C.J.-AADNC)
	C.J. Outaouais Barrière Lake	Bipartite (C.J.-AADNC)
	Kitigan Zibi	Bipartite
Atikamekw	Conseil de la nation atikamekw Manawan / Wemotaci	Bipartite
	Opitciwan	Bipartite
Hurons-Wendat	Wendake	Bipartite
Innus	Betsiamites	Bipartite
	Essipit	Bipartite
	Mamit Innuat (Pakua Shipi / Unamen Shipu / Ekuanitshit)	Bipartite
	Mashteuiatsh	Bipartite
	Matimekosh / Lac-John	Bipartite
	Nutashquan	Bipartite
	Uashat mak Mani-Utenam	Bipartite
Mi'kmaq	Gesgapegiag	Bipartite
	Listuguj	Bipartite
Mohawk	Akwesasne	Bipartite
	C.J. Laurentides Kanesatake	Tripartite
	Kahnawake	Bipartite

Loi sur la protection de la jeunesse

La Loi sur la protection de la jeunesse établit les principes généraux des interventions qui doivent être menées auprès d'un enfant et de ses parents de manière à mettre fin à une situation qui compromet la sécurité ou le développement de l'enfant et éviter qu'elle ne se reproduise. Selon l'article 38, la sécurité ou le développement d'un enfant est considérée comme compromise lorsqu'il se retrouve dans une situation d'abandon, de négligence, de mauvais traitements psychologiques, d'abus sexuels ou d'abus physiques ou lorsqu'il présente des troubles de comportement sérieux. Les directeurs de la protection de la jeunesse nommés pour chacune des installations qui exploitent un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), de même que la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPDJ)¹⁸, sont chargés de la protection de la jeunesse. Il incombe ainsi aux directeurs de la protection de la jeunesse de décider si un signalement doit être retenu et, dans tel cas, de déterminer si la sécurité ou le développement d'un enfant est compromise.

Lorsqu'un signalement est retenu, des mesures de protection immédiate d'une durée de 48 heures peuvent être employées (article 46 de la Loi). Ces mesures peuvent être de retirer l'enfant du lieu où il se trouve et confier l'enfant à un CR ou un CH, à l'un de ses parents, à une personne significative, à une famille d'accueil, à un organisme approprié ou à toute autre personne. À la suite d'une évaluation, le directeur de la protection de la jeunesse interpellé déterminera s'il y a ou non des motifs de compromission (volontaires ou judiciaires).

En 2006, la Loi sur la protection de la jeunesse a été modifiée pour y introduire des durées maximales de placement et, conséquemment, la notion de projet de vie permanent pour chaque enfant placé. Ces éléments centraux visent à statuer rapidement sur la situation de chacun des enfants qui doivent être retirés de leur milieu familial et d'éviter, de surcroît, les placements inutiles et prolongés. La réforme impose des délais, déterminés selon l'âge de l'enfant, « au terme desquels un plan de vie permanent doit être mis en place pour l'enfant dont le développement et la sécurité sont considérés comme compromis » (Goubau, 2012). Bien que le maintien ou le retour de l'enfant dans son milieu familial sont considérés comme privilégiés, la notion de projet de vie inclus également le placement auprès d'une personne significative, l'hébergement en famille d'accueil ou dans un centre de réadaptation, l'adoption, la tutelle (Goubau, 2012).

¹⁸ Les responsabilités de la CDPDJ sont énumérées à l'article 23 de la Loi sur la protection de la jeunesse. Elle peut par exemple, sur demande ou de sa propre initiative, enquêter sur toute situation où elle a raison de croire que les droits d'un ou plusieurs enfants ont été lésés, prendre les moyens légaux qu'elle juge nécessaires pour corriger la situation, élaborer et appliquer des programmes d'information et d'éducation, faire des recommandations aux ministres impliqués dans la santé et le bien-être des enfants et des jeunes et finalement, faire ou faire effectuer des études ou des recherches sur toute question relative à sa compétence.

Article 37.5

En 2001, un nouvel article a été introduit à la Loi sur la protection de la jeunesse afin d'accorder aux communautés inuit et des Premières Nations de plus grandes responsabilités liées à la protection de la jeunesse. L'article 37.5 encadre ainsi le contenu et la mise en œuvre des ententes conclues entre le gouvernement du Québec et des communautés inuit ou des Premières Nations en vue de confier aux communautés signataires les responsabilités normalement dévolues aux directeurs de la protection de la jeunesse (MSSS, 2007c).

Loi sur la protection de la jeunesse – Article 37.5

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

Pour mettre en œuvre des régimes particuliers de protection de la jeunesse, les communautés autochtones doivent répondre à des conditions essentielles dont :

- ▶ la prise en charge préalable des services sociaux courants de 1^{re} ligne par les communautés (Approche améliorée axée sur la prévention);
- ▶ l'appui des communautés au projet;
- ▶ l'établissement de mécanismes de collaboration avec les organisations extérieures;
- ▶ l'élaboration de guides de pratique pour soutenir les interventions des intervenants, etc.

Une description de ces conditions est fournie dans les Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les Autochtones produit par le MSSS (MSSS, 2004d¹⁹).

¹⁹ La version à jour de ces lignes directrices devrait être disponible à l'automne 2014.

5.1.3
Programme de soutien
aux organismes communautaires (PSOC)

En 2001, le gouvernement du Québec a adopté une politique qui amène les ministères et les organismes gouvernementaux à assumer leurs responsabilités à l'égard des organismes communautaires de leur secteur (MSSS, 2014b). Historiquement, le MSSS a reconnu l'apport des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et des services sociaux en créant le Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) qui offre un support d'aide, de conseil et d'information, et constitue une source de financement (MSSS, 2014b). Les organismes à portée locale, régionale ou suprarégionale peuvent déposer leur demande de financement au CISSS/CIUSSS de leur région, à l'exception toutefois de la région 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James) où le MSSS a conservé la responsabilité des organismes communautaires de la région (MSSS, 2014b).

Les organismes communautaires soutenus par le PSOC se déclinent en six types. Ces types, de même que des exemples d'organismes financés, sont présentés au tableau 5.

Tableau 5
Types d'organismes communautaires soutenus par le PSOC

<i>Types</i>	<i>Exemples d'organismes</i>
Aide et entraide	Alcoolisme et autres toxicomanies; Sociétés Alzheimer; Centres d'action bénévole
Organismes de sensibilisation, de promotion et de défense des droits	Défense des droits en santé mentale
Milieus de vie et soutien dans la communauté	Maisons de jeunes; Centres de femmes; CALACS; Ressources intervenant auprès d'hommes violents; Alcoolisme et autres toxicomanies
Organismes d'hébergement temporaire	Hébergement pour femmes violentées et en difficulté; Hébergement pour les jeunes; Hébergement pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale
Regroupements régionaux	
Organismes nationaux	

À titre d'exemple, en 2012-2013, l'ASSS de la Capitale-Nationale²⁰, dans le cadre du PSOC, a accordé une subvention à la Maison communautaire Missinak, une ressource d'hébergement et de ressourcement pour les femmes autochtones et leur famille (ASSS de la Capitale-Nationale, 2013).

Le Nunavik compte plusieurs organismes communautaires qui interviennent en partenariat avec la RRSSN auprès de différentes clientèles, telles que les femmes, les jeunes et les toxicomanes.

Dans le territoire d'Eeyou Istchee, aucun organisme ne serait financé dans le cadre du PSOC.

À Kawawachikamach, on ne retrouve aucun organisme à but non lucratif (CLSC Naskapi, 2012).

5.2

LES SERVICES SOCIAUX OFFERTS PAR LES INSTANCES FÉDÉRALES

Dans les communautés des Premières Nations situées en territoire non conventionné, le financement des services sociaux provient essentiellement des programmes d'AADNC. Le gouvernement fédéral a effectivement établi des normes et des lignes directrices pour cinq grands programmes sociaux destinés aux organismes des Premières Nations (AADNC, 2012). Il s'agit du Programme d'aide au revenu, du Programme d'aide à la vie autonome, du Réinvestissement de la Prestation nationale pour enfants, du Programme pour la prévention de la violence familiale et enfin du Programme des services à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Quelques composantes de ces programmes sont illustrées dans le tableau 6.

²⁰ Puisque cette entente a été conclue avant le 1^{er} avril 2015, la désignation et la mission de l'établissement concerné au moment de la signature de l'entente a été conservée par souci de clarté.

Tableau 6
Programmes sociaux d'AADNC

Programme d'aide au revenu

Principaux objectifs	Soutenir les besoins fondamentaux et particuliers des personnes démunies qui habitent dans les réserves indiennes et de leurs personnes à charge; Soutenir l'accès aux services afin d'aider les clients à effectuer la transition vers le marché du travail et à favoriser leur rétention.
----------------------	--

Programme d'aide à la vie autonome

Description	Accorde un financement pour les services de soutien social non médicaux qui répondent aux besoins particuliers des personnes âgées, des adultes aux prises avec une maladie chronique et des enfants et des adultes souffrant d'un handicap (physique ou mental), en vue d'assurer l'indépendance fonctionnelle et d'accroître l'autonomie.
Composantes principales	1. Soins à domicile; 2. Famille d'accueil pour adultes; 3. Soins en établissement; 4. Initiative pour les personnes handicapées

Ce programme est étroitement lié au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire de Santé Canada. Les services sociaux (non médicaux) financés par le Programme d'aide à la vie autonome soutiennent les autres programmes sociaux d'AADNC (services à l'enfance et à la famille, aide au revenu, éducation spécialisée).

Réinvestissement de la Prestation nationale pour enfants

Principaux objectifs	Aider à prévenir et à réduire la pauvreté chez les enfants; Favoriser l'intégration sur le marché du travail en faisant en sorte que les familles à faible revenu soient toujours plus à l'aise si les parents travaillent; Réduire le chevauchement et le dédoublement et simplifier l'administration des prestations pour enfants.
----------------------	--

Programme pour la prévention de la violence familiale

Volets	Refuges : Fonds opérationnels accordés à des refuges pour violence familiale desservant des collectivités des Premières Nations dans les communautés Projets de prévention : Activités fondées sur des propositions qui visent à prévenir la violence familiale au sein des collectivités des Premières Nations dans les communautés.
--------	--

Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations

Description	Fournit du financement pour aider à assurer la protection et le bien-être des enfants et des familles des Premières Nations vivant ordinairement dans une réserve, en leur offrant des services de prévention et de protection adaptés à leur culture
-------------	---

Le bien-être de l'enfance est un domaine de compétence provinciale où chaque province, conformément à ses lois, délègue aux organismes de SEFPN le pouvoir de gérer et de fournir les services de bien-être à l'enfance dans les réserves.

En 2007, le programme des SEFPN a adopté l'approche améliorée axée sur la prévention (AAP) et a commencé à réformer ses activités de financement pour pouvoir offrir des services de prévention améliorés et des mesures les moins perturbatrices possible.

Maisons d’hébergement autochtones pour femmes victimes de violence

Sept maisons d’hébergement autochtones pour femmes victimes de violence sont implantées dans quelques communautés des Premières Nations en Mauricie, en Gaspésie et sur la Côte-Nord, ainsi qu’à Montréal, Québec et La Tuque²¹ (voir le tableau 7). Il est à noter qu’on ne retrouve pas de maisons d’hébergement autochtones dans la région de l’Abitibi-Témiscamingue (Pharand, 2008). Ces maisons sont généralement ouvertes aux femmes provenant de la communauté ou des communautés voisines; les maisons de Montréal et Québec peuvent également accueillir des femmes qui proviennent de communautés éloignées.

L’offre de service de ces établissements varie en fonction des besoins des milieux, des ressources humaines et financières disponibles, de l’état des locaux ou encore des liens établis avec d’autres organisations locales ou régionales (dont les DPJ). Elle comprend néanmoins généralement des services d’hébergement, d’intervention et d’accompagnement pour les femmes victimes de violence et leurs enfants. Elles peuvent parfois offrir des services de répit pour les femmes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou de dépression, et des services externes tels que des formations, des ateliers, etc. (Pharand, 2008).

La plupart des maisons d’hébergement reçoivent un budget d’AADNC qui est géré par les conseils de bande; le Foyer pour femmes autochtones de Montréal et la Maison communautaire Missinak, deux ressources situées hors communauté, font exception dans la mesure où leur budget de fonctionnement provient du MSSS (Pharand, 2008).

Tableau 7
Maisons d’hébergement autochtones pour femmes victimes de violence

<i>Nom de l’établissement</i>	<i>Ville</i>	<i>Région</i>	<i>Financement</i>
Native Women’s Shelter of Montreal / Foyer pour femmes autochtones de Montréal	Montréal	Montréal	MSSS
Maison communautaire Missinak	Québec	Capitale-Nationale	MSSS
Maison Asperimowin	La Tuque	Mauricie	AADNC
Haven House	Listuguj	Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	AADNC

²¹ Bien que située à La Tuque, la Maison Asperimowin est considérée comme étant une ressource « sur communauté » car elle offre des services exclusivement aux femmes de Wemotaci, Opitciwan et Manawan, ainsi qu’à celles qui habitent ou séjournent à La Tuque (Pharand, 2008).

<i>Nom de l'établissement</i>	<i>Ville</i>	<i>Région</i>	<i>Financement</i>
Maison Tipinuaikan	Uashat	Côte-Nord	AADNC
Maison Ashpukun Mitsuap	Matimekosh	Côte-Nord	AADNC
Waseya House	Kitigan Zibi	Outaouais	AADNC

En 2012, le Comité Napeuat à Sept-Îles, une ressource destinée aux hommes ayant des comportements violents, a été inclus au Réseau des maisons d'hébergement autochtones du Québec (FAQ, 2014).

6 CONCLUSION

Cette synthèse a mis en évidence que l'ensemble des Premières Nations et des Inuit au Québec a accès à une pluralité de services de santé et de services sociaux au sein et à l'extérieur de leur communauté. Un regard attentif permet de voir qu'il existe une importante hétérogénéité dans l'organisation des services qui leur sont destinés. Ainsi, pour saisir l'offre des services offerts à un citoyen d'origine autochtone, il faudra déterminer s'il habite ou non dans une communauté. Si oui, il faudra déterminer si cette communauté est située ou non dans un territoire ayant fait l'objet d'une entente et si oui, quelles modalités encadrent la prestation des services. Il faudra également tenir compte de la position géographique de la communauté, à savoir si elle est considérée comme étant isolée ou près de villes ou pôles régionaux. Il faudra également distinguer quel palier gouvernemental finance les services et, au sein de ce palier, distinguer s'il s'agit de services de santé ou de services sociaux. Il faudra aussi déterminer si l'autorité locale gère seule la prestation des services ou si cette responsabilité est partagée avec d'autres. Il faudra par ailleurs voir si des ententes de collaboration ou de services ont été conclues avec le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

Cette diversité qui en confond plus d'un est indissociablement tributaire de législations et de politiques découlant du partage des responsabilités juridictionnelles et de la signature d'ententes. De ce partage découle bien souvent un système imprécis marqué par des disparités et des ambiguïtés où se multiplient les procédures et se superposent les mécanismes décisionnels au détriment du développement de services qui tiennent réellement compte des problématiques sociales et de santé vécues dans les communautés inuit et des Premières Nations (CCNSA, 2011a; Lavoie, 2013).

Cette synthèse ne suffit pas à elle seule à rendre compte de l'entière des enjeux associés à la prestation des services qui sont offerts aux citoyens inuit et des Premières Nations. Pour répondre au mandat initialement confié, les enjeux d'accessibilité, de continuité et de qualité ont été délibérément mis de côté à ce niveau-ci du projet. C'est pourquoi on ne retrouve pas dans cette synthèse une description et une analyse des nombreuses barrières qui peuvent restreindre des personnes à consulter ou à s'engager dans un suivi à plus ou moins long terme. Il n'y a qu'à penser aux difficultés liées à la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination, au manque ou à l'insuffisance d'infrastructures et de ressources humaines ou encore, aux obstacles linguistiques et culturels (CCNSA, 2011b). Ces nombreuses barrières sont préoccupantes dans la mesure où l'accès aux services de santé est un important déterminant de la santé (CCNSA, 2011b).

Il n'est pas fait non plus mention du manque d'adaptation des programmes et des services aux besoins et aux réalités des milieux autochtones. Elle ne documente pas non plus les ruptures ou les déficiences dans la continuité des services lors, par exemple, des allers-retours des patients entre les établissements de leur communauté et ceux du réseau québécois. Cette synthèse ne fait pas état des longues démarches entreprises par certains organismes pour établir des ponts avec le réseau québécois ni ne documente les nombreuses initiatives de genre projet pilote qui, bien qu'utiles, ne favorisent pas la stabilité du développement de services.

Il est à souhaiter que ces éléments ainsi que certaines zones demeurées grises seront analysés et éclaircis lors de travaux ultérieurs.

7 RÉFÉRENCES

- AADNC (2012) *Manuel national programmes sociaux*, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- AADNC (2014) *Fiche d'information - La Stratégie améliorée pour les Autochtones vivant en milieu urbain : Partenariats urbains et Développement des capacités communautaires*, Récupéré du site du ministère : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1391023895181/1391024053978>
- Adelson, N. (2005) The Embodiment of Inequity Health Disparities in Aboriginal Canada, *Canadian Journal of Public Health*, 96 Supp. 2 : S45-S61.
- AEPC (2012) *Le modèle EPC*, Récupéré du site de l'association : <http://www.aepc.qc.ca/modele-epc.php>
- AINC (2006) *Canada's relationship with Inuit: A History of Policy and Program Development*, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- ACRDQ (2014) *Les centres de réadaptation en dépendance du Québec. Un réseau d'experts voués au traitement des problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues et au jeu*, Récupéré du site de l'association : http://www.acrdq.qc.ca/wp-content/uploads/2013/05/DM-1182-ACR_depliantCarte_mai14_VF-LR.pdf
- ACJQ (n.d.) *Les centres jeunesse, leur mission, leurs ressources humaines*, Récupéré du site de l'association : <http://www.acjq.qc.ca/?39697B18-66EB-4BE1-B9F2-3B097F9C5BDO>
- AÉRDQ (n.d.) *Les CRDP du Québec*, Récupéré du site de l'association : <http://www.aerdpq.org/les-crdp/coordonnees>
- Agence de la santé publique du Canada (2013) *Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN)*, Récupéré du site de l'agence : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/ahsunc-papacun/index-fra.php>
- APNQL (2014), *Carte des communautés*, Récupéré du site de l'organisation : <http://www.apnql-afnql.com/fr/portrait-communautes/carte.php>
- ARK & Société Makivik (2012) *Plan Nunavik*, Kuujuaq : Administration régionale Kativik & Société Makivik.
- ASSS de la Capitale-Nationale (2013) *Rapport annuel de gestion 2012-2013*, Québec : Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale.
- CAA de Montréal (n.d.) *Services*, Récupéré du site de l'organisme : <http://nfc.m.org/fran/services/>
- CAA de Val-d'Or (2012) *La Clinique Minowé, une ressource intégrée au réseau local de la Vallée-de-l'Or*, Val-d'Or : Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or.
- CCNSA (2011a) *À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé de 1970 à 2008 : projet de synthèse des politiques*, Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
- CCNSA (2011b) *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis*, Prince George : University of British Columbia.
- CCSSSB (2013) *Rapport annuel 2012-2013*, Chisasibi : Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

- CDPDJ (2007) *Enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson. Nunavik. Rapport, conclusions d'enquête et recommandations*, Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
- CPR de la Côte-Nord (2013) *Notre établissement*, Récupéré du site de l'établissement : http://www.cprcn.qc.ca/notre_etablissement.html
- Centre de santé Inuulitsivik (n.d.) *Soins et services - Sages-femmes*, Récupéré du site de l'établissement : <http://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/services-professionnels/sages-femmes>
- Chenier, N. M. (2004) *Responsabilité fédérale en matière de prestation de services de santé à certains groupes*, Ottawa : Service d'information et de recherche parlementaires, Division des affaires politiques et sociales, Bibliothèque du Parlement.
- Cloutier, É. (2011) Un regard autochtone urbain tourné vers l'avenir, *Développement social*, 11 (3) : 6-8.
- CLSC Naskapi (2012) *Rapport annuel de gestion 2011-2012*, Kawawachikamach.
- Comité consultatif régional du Québec (2011) *Plan d'intégration du FISS pour les Premières Nations et Inuits du Québec*, Fonds d'intégration des services de santé.
- CSSS du Nord de Lanaudière (2013) *Pour améliorer la santé de la communauté - Le CSSS et les Services de santé Masko-Siwin de Manawan signent une entente*, Récupéré du site de l'établissement : <http://www.csssnl.qc.ca/Actualite/Pages/Actualite.aspx?ActualiteID=178>
- CSSSPNQL (2011) *À propos de la CSSSPNQL*, Récupéré du site de l'organisme : <http://www.cssspnql.com/propos>
- CSSSPNQL (2013a) *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitre 1 – Caractéristiques sociodémographiques*, Wendake, Québec : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- CSSSPNQL (2013b) *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitre 11 – État de santé*, Wendake, Québec : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- CSSSPNQL (2013c) *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitre 15 – Soins de santé préventifs*, Wendake, Québec : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- CSSSPNQL (2013d) *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitre 18 – Accès aux soins de santé et satisfaction des services*, Wendake, Québec : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador.
- Cunningham, J. (2013) Christine J., Directrice du Centre d'amitié autochtone de La Tuque, *Bulletin Dialog*, Juillet-Août : 3-6.
- DGSPNI (2011) *Santé des Premières Nations et des Inuit. Recueil des programmes 2011-2012*, Ottawa : Santé Canada.
- FAQ (2014) *Maisons d'hébergement pour femmes autochtones*, Récupéré du site de la fédération : <http://www.faq-qnw.org/fr/node/124>
- FQCRDITED (2014) *Consulter la liste des CRDITED*, Récupéré du site de la fédération : <http://fqcrdited.org/qui-sommes-nous/membres/consulter-la-liste-des-crdited/>

- Gracey, M. & King, M. (2009) Indigenous health part 1: determinants and disease patterns, *The Lancet*, 374: 65-75.
- Inuulitsivik (n.d.) *Centre de réadaptation d'Inukjuak*, Récupéré du site de l'établissement : <http://www.inuulitsivik.ca/soins-et-services/services-sociaux-et-communautaires/centre-de-reintegration-38b19b>
- Lavoie, J. G. (2013) Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy, *International Journal of Circumpolar Health*, 72.
- Lévesque, C. (2003) La présence des Autochtones dans les villes du Québec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés, in *Des gens d'ici, Les autochtones en milieu urbain, Projet de recherche sur les politiques*, D. Newhouse & E. Peters ed., Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Lévesque, C. (2011) Personnes autochtones en situation d'itinérance : quelques pistes de réflexion, *Développement social*, 11 (3) : 18-19.
- Madore, O. (2005) *La Loi canadienne sur la santé : Aperçu et options*, Ottawa : Bulletin d'actualité 94-4F, Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement.
- Mohawk Council of Akwesasne (2014) *Iakhihsotha Home for the Elderly*, Récupéré du site du conseil : <http://www.akwesasne.ca/iakhihsotha-home-elderly>
- MSSS (2004a) *L'architecture des services de santé et des services sociaux. Les programmes-services et les programmes-soutien*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004b) *Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004c) *Les services généraux offerts par les centres de santé et de services sociaux*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2004d) *Lignes directrices permettant d'établir un régime particulier de protection de la jeunesse pour les Autochtones*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2005) *Carte : Réseaux universitaires intégrés de santé: Offre des services de 2^e et 3^e ligne (surspécialisés) et de formation*, Québec : Direction des affaires universitaires, Direction générale des services de santé et médecine universitaire.
- MSSS (2006) *Cadre de référence sur les ententes relatives aux réseaux locaux de services*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2007a) *En bref : le système de santé et de services sociaux au Québec*, Québec : Direction des communications, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2007b) *Cadre de référence pour les services surspécialisés de réadaptation en déficience physique*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2007c) *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits), Cadre de référence*, Québec : Affaires autochtones et régions nordiques, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité.
- MSSS (2009) *Regards sur le système de santé et de services sociaux du Québec*, Québec : Service du développement de l'information.
- MSSS (2012) *Espace informationnel, Carte des régions sociosanitaires*, Récupéré du site du ministère : <http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=bvLHdL12OkA=>

- MSSS (2013a) *Services sociaux généraux. Offre de services*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2013b) *Brève description du projet*, Récupéré du site du ministère : http://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Presentation/Breve-description-projet_OC.pdf
- MSSS (2014a) *Plans régionaux d'effectifs médicaux en médecine de famille*, Récupéré du site du ministère : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/organisation/medecine/prem/index.php?prem_en_omnipratique
- MSSS (2014b) *Programme de soutien aux organismes communautaires 2014-2015*, Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2015a) *Fiche technique. D'un réseau d'établissements à un réseau de services aux patients*, Récupéré du site du ministère : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/fiches-techniques-pl10-19mars2015.pdf>
- MSSS (2015b) *Fiches techniques régionales*, Récupéré du site du ministère : <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/salle-de-presse/medias/fiches-techniques-regionales-PL10.pdf>
- OIIQ (2004) *Fiche 4, Les services de santé des Premières Nations*, Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ (2014) *Conditions de certaines activités réservées – Ordonnance*, Récupéré du site de l'ordre : <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice/cadre-legal/conditions-de-certaines-activites-reservees/ordonnan>
- Pharand, S. (2008) *Des services d'aide en violence conjugale en réponse aux besoins des femmes autochtones*, Montréal : Femmes autochtones du Québec, inc.
- Publications du Québec (2012) *Convention de la Baie James et du Nord québécois et conventions complémentaires*, Récupéré du site de la maison d'édition : <http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/produits/conventions/lois/loi.fr.html>
- Publications du Québec (2014) *Règlement sur l'admissibilité et l'inscription des personnes auprès de la Régie de l'assurance maladie du Québec*, Récupéré du site de la maison d'édition : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=3&file=/A_29/A29R1.HTM
- Publications du Québec (2015a) *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, Récupéré du site de la maison d'édition : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_4_2/S4_2.html
- Publications du Québec (2015b) *Projet de loi n° 10. Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, Récupéré du site de la maison d'édition : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=2015C1F.PDF>
- RAMQ (2014a) *Professionnels*, Récupéré du site de la régie : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/Pages/professionnels.aspx>.
- RAMQ (2014b) *Assurance maladie. Admissibilité au régime d'assurance maladie - Personnes admissibles*, Récupéré du site de la régie : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/inscription/Pages/admissibilite.aspx>
- RAMQ (2014c) *Assurance maladie. Citoyens – Soins*, Récupéré du site de la régie : <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/Pages/assurance-maladie.aspx>

- RCAAQ (2014) *Les centres d'amitié autochtones du Québec*, Récupéré du site du regroupement : <http://www.rcaaq.info/fr/les-centres-damitie-autochtones-du-quebec/le-programme-des-centres-damitie-autochtones.html>
- Reading, C. & Wien, F. (2009) *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*, Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- RÉSEAU (n.d.) *Accueil*, Récupéré du site de l'organisme : <http://www.reseaumtlnetwork.com/dnn/Accueil.aspx>
- RRSSSN (2012) *Portrait de santé Nunavik. Conditions démographiques et socioéconomiques – 2011*, Kuujuaq : Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik.
- RRSSSN (2013) *Rapport annuel 2012-2013*, Kuujuaq : Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik.
- SAA (2011) *Amérindiens et Inuits. Portrait des nations autochtones du Québec. 2^e édition*, Québec : Gouvernement du Québec.
- SAA (2013) *Statistiques des populations autochtones du Québec 2012*, Récupéré du site du secrétariat : <http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/population.htm>
- Santé Canada (2005) *Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières Nations et des Inuits*, Récupéré du site du ministère : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-fra.php
- Santé Canada (2011) *Établissements de santé financés par Santé Canada pour les Premières Nations et les Inuits du Québec*, Récupéré du site du ministère : <http://publications.gc.ca/site/fra/391108/publication.html>
- Santé Canada (2012a) *Le système des soins de santé du Canada*, Récupéré du site du ministère : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-fra.php>
- Santé Canada (2012b) *Vos services de santé. Guide des Premières nations pour l'accès aux Services de santé non assurés*, Ottawa : Gouvernement du Canada.
- Santé Canada (2012c) *Accords de contribution*, Récupéré du site du ministère : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/index-fra.php>
- Santé Canada (2013a) *Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones - Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*, Récupéré du site du ministère : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nnadap-pnlada-fra.php>
- Santé Canada (2013b) *Transfert de la gouvernance de la santé en vertu de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique*, Récupéré du site du ministère : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2013/2013-149fs-fra.php
- Santé Canada (2014) *Santé Canada – Partenaire en santé de tous les Canadiens*, Récupéré du site du ministère : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/partner-partenaire-fra.php>
- Tremblay, A. (2014) *Une clinique pour les Autochtones*, *Le Nouvelliste*, 20 février.

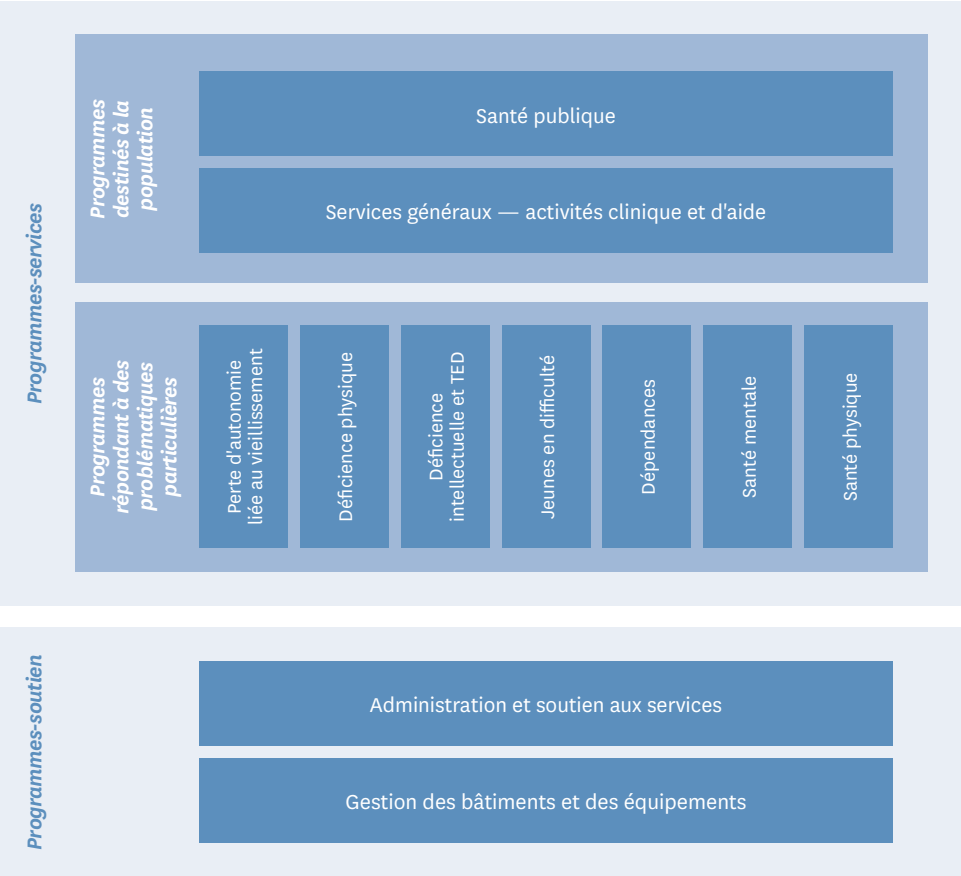
ANNEXE 1 **CARTE DES COMMUNAUTÉS INUIT** **ET DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**



Source : APNQL (2014), Portrait des communautés
<http://www.apnql-afnql.com/fr/portrait-communautes/carte.php>

ANNEXE 2
CONFIGURATION DES PROGRAMMES
DANS LE RÉSEAU DE SANTÉ AU QUÉBEC

Configuration des programmes



Source : MSSS (2004a)

ANNEXE 3 **MODÈLES DE FINANCEMENT** **DE LA DGSPNI**

Comparaison des modèles de financement

Exigences	Préétablie	Fixe	Souple (transitoire)	Globale (flexible)	(flexible de transfert)
Planification	Le bénéficiaire suit un plan de programme pluriannuel. Ce plan inclut : objectifs, activités qui seront exécutées	Estimation budgétaire des coûts de programme	Le bénéficiaire établit un plan de travail pluriannuel incluant une structure de gestion de la santé. Ce plan inclut : plan budgétaire, priorités clés, objectifs et activités qui seront exécutées	Le bénéficiaire établit un plan de santé incluant une structure de gestion de la santé. Le plan de santé inclut : priorités clés, objectifs, activités, programmes obligatoires de santé et autres programmes et services, stratégie d'évaluation et exigences en matière de production de rapports annuels	Le bénéficiaire établit un plan de santé incluant une structure de gestion de la santé. Le plan de santé inclut : priorités clés, objectifs, activités, programmes obligatoires de santé et autres programmes et services, stratégie d'évaluation et exigences en matière de production de rapports annuels, ainsi que l'information sur l'exécution des fonctions de consultation professionnelle et de programmes
Réaffectation de fonds	Le bénéficiaire peut réaffecter des fonds uniquement à l'intérieur de la même sous-sous-activité, avec l'approbation écrite du ministre, à l'intérieur de la période de rapport de l'exercice financier	Aucune réaffectation de fonds	Le bénéficiaire peut réaffecter des fonds à l'intérieur de la même autorisation de programmes	Le bénéficiaire peut réaffecter des fonds d'une autorisation à l'autre (à l'exception des programmes spécifiquement identifiés)	
Durée	Jusqu'à 3 ans	Jusqu'à 5 ans	2 à 5 ans	5 ans	5 à 10 ans
Rapports financiers	Rapports financiers provisoires et de fin d'exercice	Rapports financiers provisoires et rapports de vérification annuelle de fin d'exercice	Rapports de vérification annuelle de fin d'exercice	Rapports de vérification annuelle de fin d'exercice	

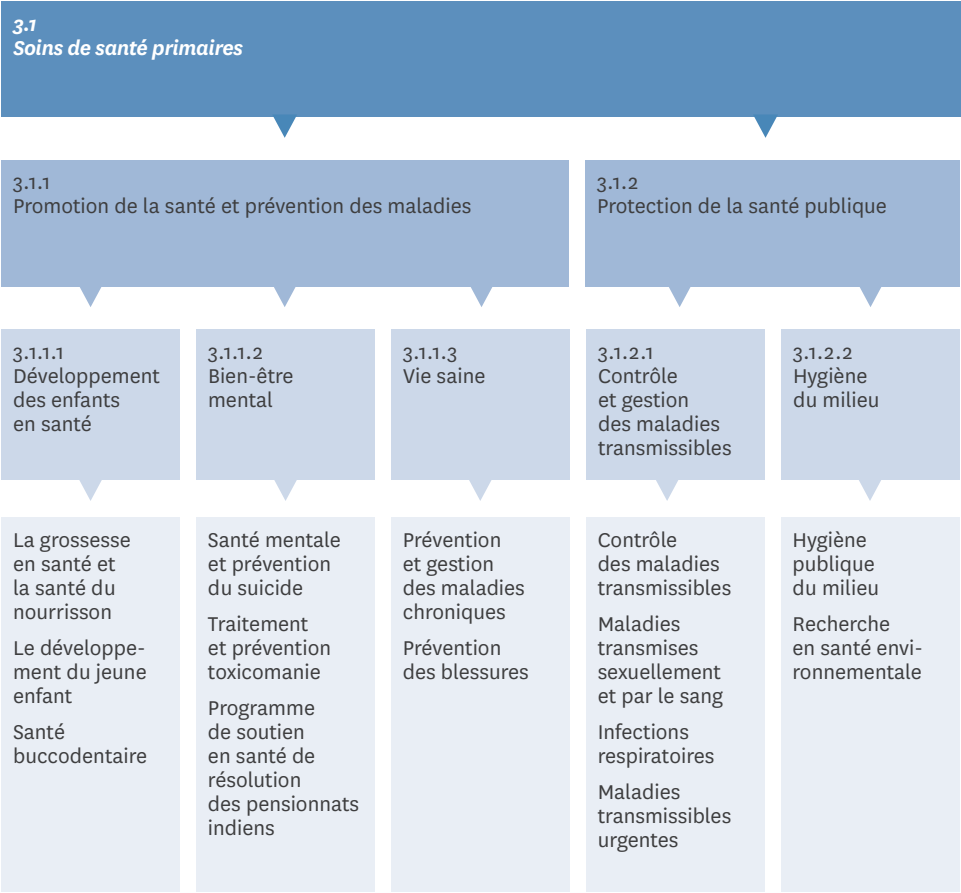
<i>Exigences</i>	<i>Préétablie</i>	<i>Fixe</i>	<i>Souple</i> <i>(transitoire)</i>	<i>Globale</i> <i>(flexible)</i> <i>(flexible de transfert)</i>
Rapports annuels de programmes	Rapport annuel basé sur les indicateurs de rendement	Rapport annuel basé sur le rendement	Rapport annuel basé sur les indicateurs de rendement	Rapport annuel aux membres du bénéficiaire et au ministre selon le guide de production de rapports annuels
Rapport d'évaluation	Aucun rapport d'évaluation	Aucun rapport d'évaluation	Aucun rapport d'évaluation	Rapport d'évaluation à tous les 5 ans
Excédents	Aucune conservation d'excédents ni report de fonds à l'exercice financier suivant	Conservation des fonds inutilisés à la date d'expiration de l'accord, à condition que les objectifs soient atteints. Les fonds doivent être utilisés à des fins conformes aux objectifs du programme ou à toute autre fin approuvée par la DGSPNI	Le bénéficiaire peut reporter des fonds de programmes (avec l'approbation écrite du ministre) afin de les réinvestir au cours de l'exercice financier suivant à l'intérieur de la même autorisation de programmes	Le bénéficiaire peut conserver les excédents afin de les réinvestir dans les priorités de santé

Doit assurer exécution de tous les programmes obligatoires

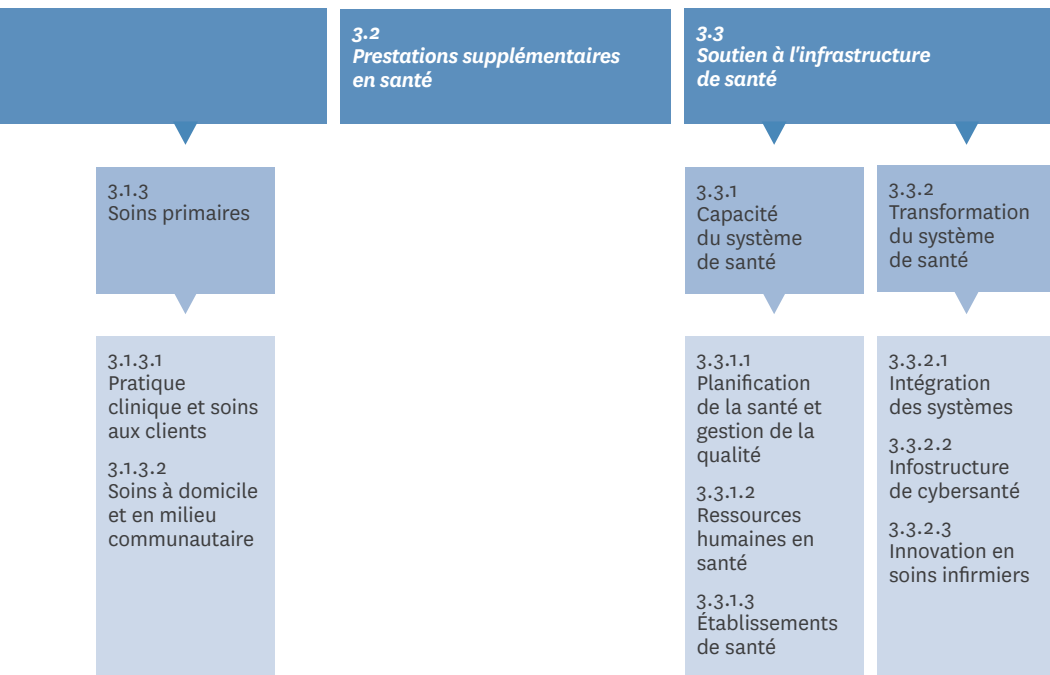
*Exception : Les fonds fournis par le biais d'accords de contribution en capital pour la construction à l'appui de la sous-sous-activité d'Établissements de santé doivent être utilisés uniquement pour des projets d'immobilisations liés à la santé.

Source : DGSPNI (2011)

ANNEXE 4
CONFIGURATION DES
PROGRAMMES DE LA DGSPNI



Source : DGSPNI (2011)



ANNEXE 5 **SERVICES OFFERTS À DES CLIENTÈLES SPÉCIFIQUES** **ET LES SSNA**

Services offerts à des clientèles spécifiques ► Québec		SSNA ► Fédéral
Soins de la vue		
Bénéficiaires	²² Personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans; ou prestataires d'une aide financière; ou ayant une déficience visuelle	Tous sont couverts aux services qui ne sont pas offerts par la province
Services couverts	Examens généraux ou spécifiques de la vue; Prescription de lunettes ou de lentilles cornéennes ou d'exercices	Examens généraux ou spécifiques de la vue; examens de suivi; Première paire de lunettes; Lunettes/lentilles de remplacement; Réparation de lunettes
Services dentaires		
Bénéficiaires	²³ Enfants de moins de 10 ans; Certains services sont couverts pour les personnes prestataires d'une aide financière	Certains services n'exigent pas une prédétermination mais peuvent avoir des limites de fréquence ou des critères d'âge, d'autres requièrent une prédétermination ^{24**}
Services couverts	Examens; Radiographiques; Anesthésies; Obturations; Couronnes; Pansements; Traitement de canal; Extraction de dents et racines; Nettoyages	Examens; Radiographiques; Anesthésies; Obturations; Couronnes; Pansements; Traitement de canal; Extraction de dents et racines; Nettoyages; Réparation de prothèses; Traitements préventifs; Services orthodontiques; Prothèses dentaires; Appareils Halstrom
Assurance médicaments		
Bénéficiaires	²⁵ Personnes qui ne sont pas admissibles à un régime privé et leurs enfants; ou âgées de 65 ans et plus; ou prestataires d'une aide financière	Personnes qui ne sont pas couvertes par un autre programme ou régime
Services couverts	Médicaments d'ordonnance qui paraissent dans la Liste des médicaments (y compris des médicaments d'exception)	Médicaments d'ordonnance ou couverts sans restriction qui figurent sur la liste des SSNA; Médicaments en vente libre prescrits; Médicaments couverts sans restriction; Médicaments à usage restreint; Médicaments pour patients atteints d'insuffisance rénale chronique, soins palliatifs

Transport médical

Bénéficiaires

²⁶ Transport ambulancier : Des coûts doivent être assumés par le patient à l'exception des personnes : blessées dans un accident de la route; blessées dans un accident de travail; transportées entre deux établissements du réseau de la santé; âgées de plus de 65 ans; prestataires de la sécurité du revenu; Signature d'ententes de contribution avec les communautés non conventionnées, les conseils de bande ou tribaux peuvent se faire rembourser les dépenses engagées; ces dépenses correspondent à un pourcentage non assumé par le Qc

ÉVAQ ²⁷ : Gratuit pour l'ensemble de la population des régions éloignées et isolées du Québec

Transport ambulancier : Tous sont couverts aux services qui ne sont pas offerts par la province

Services couverts

Transport ambulancier : Les Autochtones impliqués dans des accidents de la route sont couverts par la SAAQ et ceux impliqués dans des accidents de travail sont couverts par la CSST; Lors d'un transfert entre les établissements de santé du réseau québécois, le coût du transport est payé par les établissements visés

ÉVAQ : Soins d'urgence aéroportés vers les centres spécialisés et ultraspécialisés de Québec et de Montréal

Transport ambulancier : Voie terrestre, voie navigable, voie aérienne (Medevac lorsque les services ne sont pas assurés par la province); Transport d'urgence : Services ambulanciers lorsque requis et non assurés par la province (ambulance terrestre ou aérienne/Medevac)

Une aide peut être accordée pour les repas et l'hébergement; Les frais de transport, d'hébergement et de repas d'accompagnateurs médicaux ou non peuvent être inclus (critères d'autorisation); Frais de déplacement couverts pour se rendre au plus proche établissement financé/désigné par le PNLAADA); Transport pour obtenir d'autres services de santé médicalement nécessaires (rdv chez un médecin, soins hospitaliers, tests diagnostiques, tx médicaux, etc.)

²² RAMQ, Soins. Services optométriques.

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-optometriques.aspx>

²³ RAMQ, Soins. Services dentaires.

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/services-dentaires.aspx>

²⁴ La prédétermination est un processus d'autorisation préalable des services dentaires qui est fait en fonction des critères de la politique et des lignes directrices du Programme des SSNA (Santé Canada 2012).

²⁵ RAMQ, Assurance médicaments. Description.

<http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-medicaments/Pages/description.aspx>

²⁶ Portail santé mieux-être, Système de santé en bref. Services ambulancier.

<http://sante.gouv.qc.ca/systeme-sante-en-bref/services-ambulancier/>

²⁷ Programme national d'évacuation aéromédicales du Québec. Évacuations aéromédicales du Québec (ÉVAQ), Nos services. <http://www.evaq.ca/nos-services/index.html>

Autres services

²⁸ Appareils suppléant à une déficience physique (aides, orthèses et prothèses); Aides auditives; Aides visuelles; Prothèses oculaires; Prothèses mammaires externes; Appareils pour stomisés permanents; Aide domestique; Hébergement en établissement public; Hébergement par une ressource intermédiaire; Vêtements de compression pour le lymphœdème

Aides pour le bain et la toilette; Aides pour l'habillage et l'alimentation; Aides au soulèvement et au transfert; Aides à la mobilité (aide à la marche, fauteuils roulants); Fournitures et équipements divers; Orthèses plantaires et chaussures faites sur mesure; Audiologie (prothèses auditives et fournitures); Aides à la vision basse; Prothèses oculaires; Prothèses (mammaires, de membres); Fournitures et dispositifs pour stomisés; Vêtements et orthèses de compression (dispositif de compression et traitement des cicatrices); Coussins et dispositifs de protection; Fournitures et matériel d'oxygénothérapie; Fournitures et matériel d'inhalothérapie; Fournitures et matériel de traitement des voies urinaires (fournitures et dispositifs pour cathéter, fournitures pour l'incontinence); Fournitures pour le soin des plaies; Interventions en situation de crise à court terme (suivi psychologique) pour la communauté : lorsqu'il semble financièrement avantageux d'offrir ces services dans une communauté ou en réponse à une situation de crise qui touche de nombreux clients ou familles; Intervention pour les clients ou les familles : lorsqu'il y a une crise ou une situation à risque et qu'il n'y a pas d'autres sources de fonds immédiats pour des services; Services de santé approuvés à l'extérieur du Canada

* L'ensemble de la population a accès à certains services de la vue et certains services dentaires d'urgence ou offerts en milieu hospitalier.

** Pour avoir une liste complète de ces examens, consulter (Santé Canada, 2012b).

²⁸ RAMQ, Soins. Autres services. <http://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/citoyens/assurance-maladie/soins/Pages/autres-services.aspx>

