



*Portrait des Communautés des Premières Nations du Québec
dans le cadre du Plan d'action gouvernemental
pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées*

Edith Picard Marcoux
Coordonnatrice Premières Nations
en matière de maltraitance envers les personnes âgées

Janvier 2012

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) apprécie d'avoir été invitée à collaborer au Plan d'action gouvernemental pour contrer la maltraitance envers les personnes âgées. Nous sommes reconnaissants envers tous les intervenants et administrateurs communautaires qui ont pris le temps de répondre au questionnaire-consultation, ils ont contribué à dresser le portrait des communautés. Bien que minoritaires, l'intégration du portrait des communautés des Premières Nations dans le portrait des régions socio-sanitaires où elles sont situées, y apporte une perspective particulière.

La CSSSPNQL tient à exprimer ses remerciements au ministère de la Famille et des Aînés du Québec pour leur préoccupation à prendre en considération les particularités des communautés des Premières Nations dans l'implantation du plan d'action.

Table des matières

Introduction	1-
Situation géographique des communautés des Premières Nations du Québec	2-
Portrait sociodémographique des communautés des Premières Nations du Québec	5-
Portrait socioéconomique des communautés des Premières Nations du Québec	13-
Habitation	13-
Vie communautaire	14-
Expérience et connaissance des partenaires dans la lutte contre la maltraitance envers les aînés	19-
Actions réalisées en regard de la maltraitance envers les aînés	20-
Suggestions quant aux moyens de rejoindre les aînés et le milieu	25-
Inventaire des politiques pour contrer la maltraitance envers les aînés	28-
Observations	29-
Suggestions pour contrer la maltraitance envers les aînés	32-
Recommandations suite à la consultation « Consultation de vie des Aînés des Premières Nations du Québec	34-
Bibliographie	37-
TABLEAU 1- Situation des communautés dans leur région socio-sanitaire	3-
TABLEAU 2 Répartition comparative de la population par communauté et par groupes d'âge (aînés et < de 15 ans)	6,7-
TABLEAU 3- Répartition comparative de la population par Nation, par groupes d'âge (aînés et < de 15 ans) et par genre	8,9-
FIGURE 1- Répartition de la population des Indiens inscrits au Canada selon l'âge, 1987 & 2002 (Source : AADNC)	9-
ANNEXE 1-- Carte des Premières Nations & Inuit du Québec	
ANNEXE 2- Recommandations de l'évaluation pilote « Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit » - CSSSPNQL, Juillet 2006	

INTRODUCTION

La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones : les Indiens appelés « Premières Nations », les Métis et les Inuits. Ces trois groupes distincts ont leur propre histoire ainsi que leurs propres langues, pratiques culturelles et croyances. Selon le recensement de 2006, plus d'un million de personnes au Canada s'identifient comme Autochtones. Dans le cadre du présent portrait, nous nous limitons aux communautés des régions socio-sanitaires 1 à 16. Les communautés Inuit et Cris Premières Nations habitent les régions 17 et 18 et suite à la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ont des ententes particulières avec le gouvernement du Québec.

Le portrait s'appuie sur des données provenant de l'étude sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec* effectuée par la CSSSPNQL avec le soutien financier du ministère de la Famille et des Aînés, d'une évaluation pilote *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*, Rapport régional du Québec, Juillet 2006, de références provenant de Statistiques Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, d'un questionnaire-consultation auprès de personnes ressources dans les communautés ayant accepté de collaborer. En général, ces personnes ressources ont été désignées par le directeur des services sociaux et étaient principalement un intervenant social, une infirmière du maintien à domicile, une infirmière chef, une représentante en santé communautaire, le directeur lui-même ou une personne connaissant la réalité des aînés.

Bien que les autochtones soient généralement considérés comme des « personnes âgées » à 55 ans en raison d'une faible espérance de vie et parce que les maladies chroniques et les problèmes de handicaps les affectent à un plus jeune âge, dans le contexte actuel, afin de respecter une concordance avec les données des différentes régions, nous nous en sommes tenu à 65 et plus.

SITUATION GEOGRAPHIQUE DES COMMUNAUTES DES PREMIERES NATIONS DU QUEBEC

Selon Affaires Indiennes et du Nord canadien, au 31 décembre 2007, on recensait 87 251 Autochtones² au Québec, dont 10 464 de la nation Inuit et 76 787 personnes Premières Nations réparties en 10 Nations. Ils représentent près de 1% de la population totale³. Cette population est concentrée majoritairement (70%) dans une quarantaine de communautés, tandis que les autres vivent en dehors de celles-ci².

Neuf de ces 10 nations se retrouvent dans 11 des 16 régions socio-sanitaires du Québec. Les données qui seront utilisées correspondent au nombre de membres inscrits dans la communauté, incluant résidents et non résidents.

Le tableau qui suit situe les communautés dans leur région socio-sanitaire, sans distinction du lieu de résidence des membres non-résidents. C'est ainsi que même si des membres des Premières Nations vivent dans la région de Montréal, de manière permanente ou transitoire, la région Montréal n'apparaît pas dans le tableau car aucune communauté n'y est localisée officiellement. On retrouve, entre parenthèse, un élément d'information additionnel dans la 2^{ième} colonne du tableau permettant d'identifier le facteur d'éloignement déterminé par la distance d'accessibilité d'un centre de services et l'accès routier^{4 5 6}. Ainsi la

- zone (1) signifie : une zone située à moins de 50 km d'un centre de service relié par une route d'accès ouverte à l'année ;
- zone (2) : une zone située entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année longue ;
- zone (3) : une zone située à plus de 350 km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à l'année ;
- zone (4) : une zone géographique où il n'y a pas d'accès à une route toute l'année, à un centre de services.

Région socio-sanitaire	Nation / Communauté (Zone)	Superficie 4 1 km ² = 100,00 hectares (ha)	Superficie de la région 5
01 : Bas Saint-Laurent	Malécite / Viger-Cacouna (1)	Hors réserve	22 185 km ²
02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean	Innu / Mashteuiatsh (1)	1 522 ha	95 893 km ²
03 : Capitale-Nationale	Huron-Wendat / Wendake (1)	373,8 ha	18 639 km ²
04 : Mauricie-Centre-du-Québec	Abénakis / Odanak (1) Wolinak (1) Atikamekw / Opitciwan (3) Wemotaci (2)	567 ha. 80,4 ha 773 ha 3226 ha	35 452 km ² + 6 921 km ²
07 : Outaouais	Algonquin / Barriere Lake (2) Kitigan Zibi (1)	29,7 ha 18 437,6 ha	30 504 km ²
08 : Abitibi-Témiscamingue	Algonquin / Eagle Village Kipawa (2) Kitcisakik (2) Lac Simon (1) Pikogan Abitibiwinni (1) Timiskaming (1) Winneway Long Point (2) Wolf Lake (2)	50,6 ha 12 ha 326 ha 276 ha 1 852 ha 36,8 ha Hors réserve Hors réserve	57 340 km ²
09: Cote-Nord	Innu / Ekuanitshit Mingan (2) Essipit (1) Matimekush Lac John (4) Natashquan (3) Pakua Shipi (4) Pessamit (1) Uashat Mak Mani- Utenam (1) Unamen Shipu La Romaine (4) Naskapi / Kawawachikamach (4)	1 919 ha 87,6 ha 68 + 23,3 ha 20,3 ha 3 ha 25 242 ha 117 + 527 ha 70,3 ha 4 193 ha	236 700 km ²
11: Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine	Mi'gmaq / Gesgapegiag (1) Gespeg (1) Listuguj (1)	221 ha Hors réserve 4 016 ha	20 272 km ²
14 : Lanaudière	Atikamekw / Manawan (2)	773 ha	12 313 km ²
15 : Laurentides	Mohawk / Kanasatake (1)	907,7 ha + réserve de Doncaster 7 900 ha	20 560 km ²
16 : Montérégie	Mohawk / Kahnawake (1)	4 811 ha + réserve de Doncaster 7 900 ha	11 111 km ²

À titre comparatif, quelques exemples pour mieux se représenter les superficies² : 1 hectare se compare à deux terrains de football, le stade olympique est de 6 hectares, la Ronde : 48 hectares, le Parc des Champs de Batailles (Plaines d'Abraham et Parc des Braves) : 108 hectares, l'Île-aux-Coudres : 2 500 hectares.

En ce qui concerne les communautés n'ayant pas de territoire déterminé, leurs membres vivent soit près de la localisation officielle ou très dispersés. Parmi les 875 membres inscrits de la Nation Malécite de Viger / Cacouna, 24,23% habitent la région 01 Bas-Saint-Laurent. Les principales concentrations se retrouvent à Rimouski (10,28%), Rivière Trois-Pistoles (2,06%), Le Bic (1,71%), Mont-Carmel (1,49%), Trois-Pistoles (1,49%) et Rivière-du-Loup (1,03%). La majorité habite ailleurs au Québec ou même aux États-Unis. Quant à la population de Gespeg, elle se retrouve principalement à Gaspé (près du ¼) mais également dans la région de Montréal (estimée à environ 17%). La population de Wolf Lake habite surtout le Témiscamingue.

PORTRAIT SOCIODEMOGRAPHIQUE DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

La répartition de la population des Premières Nations du Québec en fonction des groupes d'âge est très diversifiée tel que l'indiquent les tableaux suivants. Dans les communautés plus urbaines on retrouve une répartition semblable à la région socio-sanitaire où elles sont localisées alors que pour les communautés plus éloignées, la répartition est souvent à l'inverse de la population du Québec. Bien que, même dans ces communautés on retrouve un nombre légèrement croissant des aînés en raison de l'augmentation de l'espérance de vie, les aînés peuvent encore, en 2011 y représenter moins de 3% (Manawan) de la population et les moins de 15 ans peuvent y atteindre 40% (Kitcisakik). Les tableaux qui suivent ont été conçus d'après les données reçues d'Affaires indiennes et du Développement du Nord Canada.

REPARTITION COMPARATIVE DE LA POPULATION PAR COMMUNAUTE, PAR GROUPES D'AGE (AINES ET < DE 15 ANS)

NATION	COMMUNAUTE	2006			2011			2006
		POPULATION	AINES	< 15 ANS	POPULATION	AINES	< 15 ANS	% AINES/REGION
Abénakis	Odanak	1 852	19,76%	11,12%	1 940	23,45%	10,26%	18,1%
	Wolinak	222	13,96%	8,56%	233	21,89%	9,44%	18,1%
Algonquin	Kipawa (Eagle Village)	781	7,68%	19,16%	865	9,36%	14,68%	13,1%
	Kitcisakik	416	2,88%	37,5%	457	3,5%	40,48%	13,1%
	Wolf Lake (Hunter's Point)	218	10,1%	21,56%	209	13,87%	11,96%	13,1%
	Lac Simon	1 582	2,53%	35,97%	1 820	3,84%	33,35%	13,1%
	Pikogan (Abitibiwinni)	852	3,52%	28,28%	946	5,39%	26,74%	13,1%
	Timiskaming	1 624	9,91%	17,05%	1 735	11,81%	15,39%	13,1%
	Winneway (Long Point)	705	3,26%	29,92%	787	3,68%	27,95%	13,1%
	Kitigan Zibi	2 680	8,69%	18,32%	2 797	10,61%	15,55%	11,3%
	Rapid Lake (Barriere Lake)	648	4,01%	30,4%	680	4,4%	26,61%	11,3%
Atikamekw	Manawan	2 271	2,81%	37,91%	2 511	2,98%	34,92%	12,2%
	Opitciwan	2 392	2,67%	35,70%	2 626	3,92%	31,45%	18,1%
	Wemotaci	1 500	2,93%	34,13%	1 680	2,86%	30,71%	18,1%
Huron Wendat	Wendake	2 999	15,44%	14,90%	3 156	17,46%	13,46%	15,6%
Innu	Ekuanitshit (Mingan)	522	2,87%	32,18%	568	3,87%	28,34%	11,9%

NATION	COMMUNAUTE	2006			2011			2006
		POPULATION	AINES	< 15 ANS	POPULATION	AINES	< 15 ANS	% AINES/REGION
	Essipit	416	15,14%	13,70%	450	18,22%	16,44%	11,9%
	Mashteuiatsh	4 835	13,98%	18,94%	5 133	16,56%	16,77%	15,0%
	Matimekush – Lac John	841	4,87%	28,77%	861	5,81%	26,13%	11,9%
	Natashquan	917	3,92%	33,37%	1 007	4,37%	29,49%	11,9%
	Pakua Shipi	299	3,68%	28,76%	337	3,86%	29,08%	11,9%
	Pessamit	3 502	6,02%	25,04%	3 757	7,56%	21,85%	11,9%
	Uashat Mak Mani-Utenam	3 544	5,61%	27,79%	3 908	6,40%	27,17%	11,9%
	Unamen Shipu (La Romaine)	1 037	4,53%	29,89%	1 094	6,40%	27,23%	11,9%
Malécite	Viger (Cacouna)	774	21,19%	13,82%	875	19,54%	12,46%	17,0%
Mi'gmaq	Gesgapegiag	1 236	9,14%	21,28%	1 335	11,08%	19,02%	17,7%
	Gespeg	503	11,53%	15,31%	527	12,14%	13,09%	17,7%
	Listuguj	3 287	10,10%	20,14%	3 459	11,42%	16,77%	17,7%
Mohawk	Kahnawake	9 452	14,06%	16,57%	10 003	15,90%	14,74%	13,0%
	Kanesatake	2 017	18,70%	13,98%	2 116	21,64%	10,87%	12,4%
Naskapi	Kawawachikamach	637	6,91%	29,82%	701	7,84%	26,39%	11,9%

**REPARTITION COMPARATIVE DE LA POPULATION PAR NATION, PAR GROUPES D'AGE
(AINES ET < DE 15 ANS), PAR GENRE**

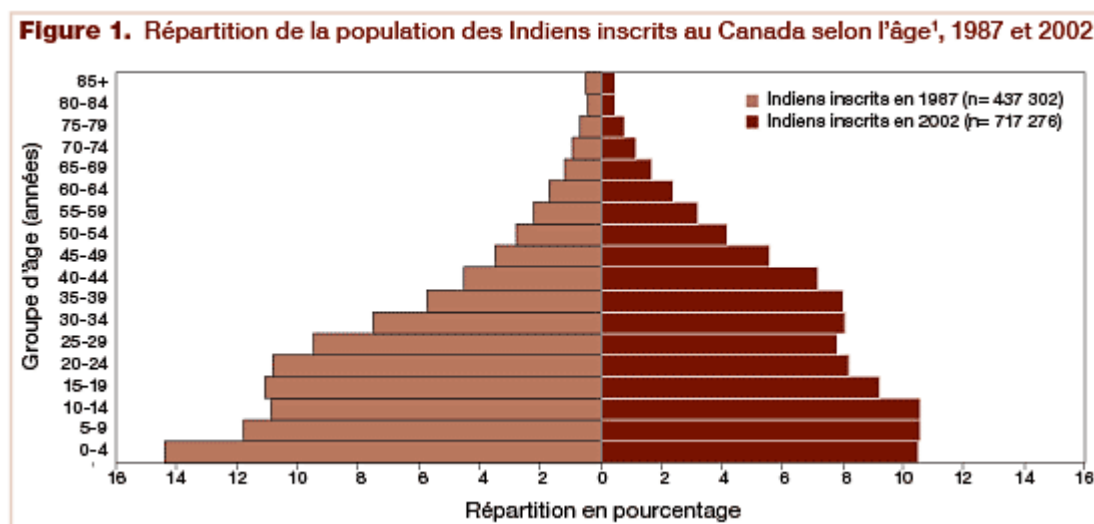
NATION	2006			2011			2006
	POPULATION	AINES	< 15 ANS	POPULATION	AINES	< 15 ANS	% AINES/REGION
Abénakis	2 074	(398) 19,19%	(225) 10,85%	2 173	(506) 23,28%	(221) 10,17%	(4) 18,1%
		(M : 141) 6,80%	(M : 99) 4,77%			(M : 103) 4,74%	
		(F : 257) 12,39%	(F : 126) 6,07%			(F : 118) 5,43%	
Algonquin	9 506	(607) 6,38%	(2341) 24,63%	10 296	(808) 7,85%	(2 300) 22,34%	(8) 13,1%
		(M : 233) 2,45%	(M : 1 220) 12,83%		(M : 318) 3,09%	(M : 1 172) 11,38%	(7) 11,3%
		(F : 374) 3,93%	(F : 1 121) 11,79%		(F : 490) 4,76%	(F : 1 128) 10,95%	
Atikamekw	6 163	(172) 2,79%	(2 227) 36,13%	6 817	(226) 3,32%	(2 219) 32,55%	(14) 12,2%
		(M : 81) 1,31%	(M : 1 182) 19,18%		(M : 98) 1,44%	(M : 1 194) 17,51%	(4) 18,1%
		(F : 91) 1,48%	(F : 1 045) 16,96%		(F : 128) 1,88%	(F : 1 025) 15,03%	
Huron Wendat	2 999	(463) 15,44%	(447) 14,90%	3 156	(551) 17,46%	(425) 13,46%	(3) 15,6%
		(M : 150) 5%	(M : 224) 7,47%		(M : 186) 5,89%	(M : 219) 6,94%	
		(F : 313) 10,44%	(F : 223) 7,44%		(F : 365) 11,57%	(F : 206) 6,53%	
Innu	15 913	(1 299) 8,16%	(3 947) 24,8%	17 115	(1 654) 9,66%	(3 897) 22,77%	(9) 11,9%
		(M : 566) 3,56%	(M : 2 019) 12,69%		(M : 710) 4,15%	(M : 2 024) 11,83%	(2) 15,0%
		(F : 733) 4,61%	(F : 1 928) 12,12%		(F : 944) 5,52%	(F : 1 873) 10,94%	
Malécite	774	(164) 21,19%	(107) 13,82%	875	(171) 19,54%	(109) 12,46%	(1) 17,0%
		(M : 73) 9,43%	(M : 63) 8,14%		(M : 78) 8,91%	(M : 61) 6,97%	
		(F : 91) 11,76%	(F : 44) 5,68%		(F : 93) 10,63%	(F : 48) 5,49%	
Mi'gmaq	5 026	(503) 10,01%	(1 002) 19,94%	5 321	(607) 11,41%	(903) 16,97%	(11) 17,7%
		(M : 180) 3,58%	(M : 522) 10,39%		(M : 223) 4,19%	(M : 460) 8,64%	
		(F : 323) 6,43%	(F : 480) 9,55%		(F : 384) 7,22%	(F : 443) 8,33%	
Mohawk	11 469	(1 706) 14,87%	(1 848) 16,11%	12 119	(2 049) 16,91%	(1 705) 14,07%	(16) 13,0%
		(M : 598) 5,21%	(M : 948) 8,27%		(M : 723) 5,97%	(M : 890) 7,34%	(15) 12,4%
		(F : 1 108) 9,66%	(F : 900) 7,85%		(F : 1 326) 10,94%	(F : 815) 6,72%	
Naskapi	637	(44) 6,91%	(190) 29,83%	701	(55) 7,85%	(185) 26,39%	(9) 11,9%
		(M : 20) 3,14%	(M : 89) 13,97%			(M : 92) 13,12%	
		(F : 24) 3,77%	(F : 101) 15,86%			(F : 93) 13,27%	

NATION	2006			2011			2006
	POPULATION	AINES	< 15 ANS	POPULATION	AINES	< 15 ANS	% AINES/REGION
Total	54 561	(5 356) 9,82%	(12 334) 22,61%	58 573	(6 627) 11,31%	(11 964) 20,43%	
		(M : 2 042) 3,74%	(M : 6 366) 11,67%			(M : 6 215) 10,61%	
		(F : 3 314) 6,07%	(F : 5 968) 10,94%			(F : 5 749) 9,82%	

Changements démographiques à venir

Lors d'un rapport régional du Québec, en juillet 2006 : « Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit » on pouvait lire :

«La demande actuelle de soins continus chez les Premières Nations est grandissante et elle augmentera considérablement dans les décennies à venir. Cela est dû à l'augmentation de la taille du groupe d'âge des 55 ans et plus prévue dans les 25 prochaines années. En effet, d'ici 2027, la strate d'âge des 55-64 ans augmentera de 236% et celle des 65 ans de plus augmentera de 229%. L'espérance de vie passera de 59,2 à 72 ans chez les hommes et de 65,9 à 79 ans chez les femmes».⁷



Maladies chroniques et incapacités

Les études démontrent que les maladies chroniques sont en hausse, en particulier le diabète sans oublier le cancer.

Selon des données du Département des Affaires indiennes et développement du Nord canadien :

- 48,9% des Autochtones de 75 ans et plus sont restreints dans leurs activités quotidiennes à cause de leur santé ou de leur état physique ;
- 49,6% des individus de ce même groupe éprouvaient de la difficulté à suivre une conversation, en général à cause d'un problème d'audition ;
- 50% éprouvaient de la difficulté à quitter leur foyer ou à voyager plus qu'une courte distance.

CSSSPNQL Adapter nos interventions à la réalité autochtone p. 22

Department of Indian Affairs and Northern Development. Basic Department data: 1995. Departmental Statistics Section. Ottawa : Information Quality and Research directorate, 1996

Migration

Une migration des jeunes vers les grands centres urbains s'observe dans certaines communautés en particulier chez les jeunes pour les études ou le travail, mais très peu chez les aînés sauf lorsqu'un hébergement est requis et non accessible dans la communauté ou à proximité. Par ailleurs, certains répondants ont souligné qu'il arrive que des aînés retournent dans leur communauté lors de la retraite.

Langues parlées

« Les langues autochtones, à titre de langues minoritaires, sont en danger constant d'être « éclipsées » ou submergées par des langues plus dominantes (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996 : 609). (Rapport final « Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec » 2010 : 14) ». Parmi les 22 réponses obtenues au questionnaire-consultation, à l'exception de quelques communautés où la langue autochtone est la langue usuelle, pour la majorité des efforts doivent se poursuivre pour préserver leur langue ou même la redécouvrir et se la réapproprier. Pour certains aînés, en particulier au sein des nations Innu et Atikamekw, la langue autochtone est et demeure la langue d'usage, créant un défi de communication lors des consultations auprès des professionnels ou pour compléter des formulaires officiels.

Lors de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) en 2002-2003, parmi les aînés ayant participé à l'enquête, 60,3% comprennent une ou plusieurs langues des Premières Nations, alors que 35,5% utilisent une langue des Premières Nations dans leur vie quotidienne. En comparaison, l'enquête a révélé que 38,5% des adultes utilisent une langue des Premières Nations comme langue principale. Toutefois, ils sont autant à ne pas comprendre (39,2%) et/ou ne pas parler (42,7%) une langue des Premières Nations. Enfin, l'utilisation de la langue des Premières Nations est plus fréquente chez les adultes des communautés plus isolées (zone 2 : 78,6%, zone 3 : 83,7%, zone 4 : 94,1%) comparativement aux adultes des communautés de la zone 1 (17,2%).» Quant aux adolescents ayant participé à l'enquête, 48,9% estiment qu'il est important de parler une langue des Premières Nations, 62,4% en comprennent une et 55,7% en parlent une.

« En raison de la barrière linguistique et des changements dans leur société, des aînés de nombreuses communautés ne peuvent transmettre la culture aux jeunes. Ce manque de transmission cause beaucoup de chagrin. Un vide existe entre les jeunes qui ont perdu leur culture et leur langue, et les aînés qui ne peuvent plus leur transmettre. » (Rapport final *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec 2010* ; 24)

Conditions particulières

En ce qui a trait aux conditions particulières concernant les handicaps ou perte d'autonomie, le questionnaire a donné lieu à peu de commentaires, un répondant a spécifié que les principaux handicaps étaient en lien avec le diabète soit des problèmes de vision ou d'amputation. Un autre a mentionné que l'on confiait ces personnes à l'équipe de maintien à domicile, que des fauteuils roulants étaient disponibles ou que lorsqu'une perte d'autonomie sévère requérait un hébergement, fréquemment la personne devait être confiée à un centre en dehors de la communauté.

Un répondant a précisé : Le Conseil est préoccupé des besoins des personnes présentant des conditions particulières, tous les endroits publics sont adaptés pour en faciliter l'accès, de même au niveau des besoins d'activités et de la vigilance à briser l'isolement.

Par ailleurs, la CSSSPNQL a procédé en 2005-2006 à une évaluation pilote *Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit*. Les buts de ce projet étaient :

- cerner les besoins en matière de soins continus (tels que déterminés par l'évaluation des niveaux de soins) des personnes vivant dans les communautés des Premières Nations et des Inuit ;
- dégager quels services de soins continus sont actuellement fournis dans les communautés des Premières Nations et des Inuit ;
- élaborer les options et les coûts de prestation des services de soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit.

L'objectif ultime des buts de cette recherche étant la mise en œuvre du Plan d'action des Premières Nations sur les soins continus de l'Assemblée des Premières Nations (APN), un plan reposant sur trois concepts clés :

- un financement durable ;
- une flexibilité en matière de conception des programmes ;
- une coordination dans le cadre d'une approche globale.

En conclusion de nombreuses recommandations ont été formulées concernant :

- Les soins et les services actuellement offerts ;
 - L'organisation des soins continus ;
 - Le financement des soins continus ;
 - Les bénéficiaires, leur famille et les aidants naturels ;
 - Les ressources humaines ;
- ainsi que :
- Des pistes pour considérations futures.

(Annexe 1.)

PORTRAIT SOCIOECONOMIQUE DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

Revenu de la population de 65 ans et plus

« Contrairement à d'autres personnes âgées du Canada, de nombreux aînés des Premières Nations n'ont jamais eu l'occasion de contribuer à un régime de retraite, pas même à un plan fédéral ou provincial. En outre, selon le rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés du Québec, entre 10% et 30% des aînés autochtones ne reçoivent pas le Supplément de revenu garanti auquel ils ont droit de la part du gouvernement fédéral. (Québec (2008). *Préparons l'avenir avec nos aînés*. Rapport de la consultation publique sur les conditions de vie des aînés. Ministère de la Famille et des Aînés.) »

Les répondants au questionnaire-consultation ont confirmé que, pour la très grande majorité des aînés, leur revenu se limite à la sécurité de la vieillesse.

Dans le rapport de l'*Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations* (2002-2003), il est fait mention que 42,2% des aînés ont un revenu annuel individuel de 10 000 \$ à 19 999 \$, alors que 29,8% gagnent en deçà de 9999 \$ par année.

Bénévolat

En ce qui a trait au bénévolat, les répondants ont exprimé qu'il est facile d'avoir la collaboration bénévole lors d'une activité sociale particulière mais la collaboration « proche aidant » sans rémunération est maintenant très difficile à trouver, cette observation rejoint le constat inscrit dans le rapport sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations*. En effet, dans ce rapport on peut lire : « Il y avait un sentiment généralisé à l'effet que, étant donné que le gouvernement a fait la promotion des services d'aide à domicile pendant si longtemps, les gens ne veulent plus rien faire gratuitement. Les aidants naturels ont disparu avec l'avènement de ces programmes ; l'argent a changé les attitudes. Néanmoins, quelques communautés ont toujours des bénévoles pour appuyer les activités sociales et récréatives pour les aînés. » (Rapport final *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec 2010* ; 28).

HABITATION

Le rapport sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec* décrit fort bien les disparités en ce qui a trait aux conditions de logement et les répondants au questionnaire-consultation ont relevé les mêmes disparités et la persistance des mêmes besoins criants pour bon nombre de communautés.

Un besoin de logements adaptés et de résidences d'hébergement est également ressenti.

Dans quelques communautés, les aînés sont propriétaires mais pour un grand nombre ils sont locataires et le coût du logement est proportionnel aux revenus et payé au Conseil. Si l'on considère que le Conseil est propriétaire et que le coût est en fonction des revenus, on peut conclure qu'il y a des logements sociaux mais ils sont nettement insuffisants et souvent les logements auraient besoin de réparations importantes. En raison de la pénurie, les logements sont souvent surpeuplés.

VIE COMMUNAUTAIRE

Corporation de loisirs / organismes sportifs

- Quelques communautés bénéficient d'une forme de services de loisirs au niveau du Conseil mais les services en loisirs souvent, se limitent à quelques installations sommaire : terrain de balle, patinoire, gymnase accessibles dans les écoles, soccer, moto cross ;
- Dans une communauté, une Commission des loisirs et des sports pour prendre en charge l'ensemble des services de loisirs, des programmes, des équipements ainsi que des immobilisations. Le sport et le loisir peuvent être vécus sous diverses formes d'expression et le Conseil des Innus de Pessamit vise les principales orientations suivantes :
 - l'activité physique à la portée de tous (détente, santé...)
 - o ex. : danse aérobique, conditionnement physique, etc.
 - le sport populaire et récréatif
 - o ex. : ligue de sport de gymnase, ligue de hockey-balle, etc.
 - le sport de compétition et de performance (élite, excellence...)
 - o ex. : badminton. Hockey, soccer, etc.
 - le loisir social (divertissement, jeux de société...)
 - o ex. : tournoi de cartes, parchési, etc.
 - le loisir culturel (activités artistiques, création...)
 - o ex. : atelier théâtre, cours de peinture, etc.
 - le loisir éducatif (jeux intellectuels, cours et ateliers animés...)
 - o ex. : cours de musique, atelier bout d'choux, etc.
 - le loisir de plein-air (fêtes, rassemblements, sport nature...)
 - o ex. : fête du 15 août, fête d'halloween, carnaval, etc.
 - le loisir scientifique
 - o ex. : excursion en forêt, visite d'entreprises, etc.

- On retrouve des équipes sportives ou initiatives en activité physique, telles équipes de hockey, équipes de crosse, vie active par Kchaiaik ;
- Services de guide ;
- Aréna ;
- Un répondant a précisé : Il y a au niveau du Conseil un responsable *Santé, loisirs et services sociaux* la section des loisirs gère les équipements récréatifs tels que le terrain de soccer, la patinoire et son chalet ainsi que le skate-park. Cette section est également responsable d'organiser des activités annuelles telles que le tournoi de hockey huron-wendat, le terrain de jeux, les activités sportives du Pow-Wow, les fêtes d'hiver etc. Il y a de plus la possibilité de joindre les équipes sportives de la ville de Québec.
- Salle de quilles ;
- Centre communautaire ;
- Salle de conditionnement physique ;

Table régionale de concertation

- Dans la région Côte-Nord, une aînée participe à une table de concertation, par ailleurs, selon les réponses des personnes contact, il existe très peu de connaissance sur l'existence des tables de concertation ou autres ;
- Quelques répondants répondent qu'ils savent qu'il y a une telle table mais ignore s'il y a participation de leur milieu ;
- Une communauté est active au niveau d'une table ANV, table intervenant pivot et une table de concertation maltraitance ;

Organismes culturels

- Certaines régions bénéficient d'installations culturelles, par exemple le Musée des Abénakis dans la région Mauricie et le Musée des Premières Nations à Wendake, centre d'interprétation de la culture montagnaise au Lac-St-Jean ou une bibliothèque dans quelques communautés. À l'occasion il a été mentionné qu'un « sweat lodge » était disponible ;
- Dans plusieurs communautés il existe une préoccupation d'organiser des activités culturelles et de transmettre les valeurs culturelles, chaque répondant à fait mention des Pow Wow, d'autres ont mentionné les cérémonies de la pleine lune, les excursions en canot, activités sur le « healing » ;
- Lors de décès, le rituel est plus traditionnel habituellement ;
- Certains répondants ont mentionné que les activités étaient initiées par la santé ou par l'école. On voit même la création d'un poste de conseiller et traditionnaliste pour travailler à une politique culturelle ;

- Environ aux deux ans, le service culturel organise une conférence des aînés, durée de deux à trois jours en territoire Atikamekw. Différentes thématiques y sont abordées à la demande des aînés. Participation approximative de 300 personnes ;
- Annuellement un rassemblement d'aînés Innu est organisé ;
- Pour l'une des communautés le secteur culture est très structuré avec mission, vision, principaux domaines d'intérêt, axes d'intervention et principales actions ;
- Festival «Contes et légendes» ;
- Centre culturel et de documentation ;

Organismes communautaires

- La majorité des communautés jouissent d'une radio communautaire, d'un journal communautaire qui s'avère, en plus, être le lien avec les résidents hors réserve pour un certain nombre ;
- Dans une communauté, un intervenant du centre de santé assure l'animation tous les vendredis matins et transmet les messages qui concernent la santé communautaire : capsules d'information, publicité pour les activités communautaires, etc. ;
- Une **maison intergénérationnelle**, la maison Aianishkat, a été inaugurée le 11 mars 2010. Elle doit servir de lieu de rassemblement entre les générations et accueillir des cérémonies de guérison traditionnelle. Cette maison comporte une pièce principale et une annexe dans laquelle se trouve une tente suante permanente. La tente suante a été utilisée de façon régulière dès son ouverture, toutefois, la maison Aianishkat n'est pas équipée de toilettes ni de cuisine pour l'instant, des équipements qui favoriseraient son utilisation optimale comme lieu de rassemblement pour les membres de la communauté ;
- Certaines nations se sont dotées de services conjoints par exemple le SEFPN (Service enfance famille Premières Nations) un programme des services sociaux et communautaires dispensés par le Grand Conseil de la Nation Waban-Aki ou le Conseil de la Nation Atikamekw ;
- Centre d'éducation qui gère deux écoles communautaires ;
- Résidence pour personnes âgées ;
- Bureau des ressources humaines ;
- Bureau d'assistance sociale ;
- Bureau de développement économique ;

- En ce qui a trait aux services ou programmes pour la Petite Enfance, sur les 30 communautés non conventionnées, on retrouve 29 communautés participantes au programme PAPPN (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones), 27 jouissent d'un service de garde, 19 ont un CPE (centre de petite enfance) et les 30 participent au Programme en Santé maternelle et infantile.

Présence d'organismes pour les personnes âgées

Les services aux personnes âgées se limitent parfois au programme de maintien à domicile. Il ne faut pas perdre de vue que dans certaines communautés les aînés représentent moins de 3% de la population alors que les moins de 15 ans peuvent atteindre près de 40%, les ressources en personnel et financières obligent des choix.

- Organismes sur communauté

- Dans les communautés on retrouve soit un centre de santé ou un centre de soins ;
- Infirmière responsable du maintien à domicile ;
- Souvent on y retrouve un corps policier ;
- Service d'accompagnement lors de consultation médicale peut être disponible dans certaines communautés ;
- Club des aînés ou comité des personnes âgées ;
- Programme de soutien aux aînés mentionné par un répondant ;
- Programme « du cœur à l'action pour les aînés » ;
- Des résidences pour personnes âgées des Premières Nations existent dans 10 communautés. Ces communautés sont : Kahnawake, Kanasatake, Kitigan Zibi, Lac Simon, Listuguj, Mashteuiatsh, Odanak, Timiskaming, Uashat Mak Mani-Utenam et Wendake. Par ailleurs, le besoin est nettement supérieur et qui plus est majorité de ces résidences ne peuvent accueillir des personnes exigeant des soins de types 3, 4 et 5 de l'échelle fédérale.

- Organismes hors communauté

- Les CSSS ;
- parfois des centres de jour (ex : centre de jour Napierville) ;
- Centre d'action bénévole ;
- Association de l'âge d'or ;
- Chevaliers de Colomb ;
- Indépendance 65,
- Club Richelieu ;
- Club Lion ;
- Table des aînés et aînés de Lanaudière ;
- Le Centre d'amitié autochtone de La Tuque ;

- CALAC ;
- FADOQ ;
- SQ ;
- Cercles de fermières ;

- **Activités**

- Plusieurs répondants ont mentionné qu'au cours de l'année, certaines activités étaient organisées pour les aînés comme un repas communautaire à l'approche des Fêtes, ou l'intégration des aînés aux activités de la communauté ;
- Les répondants ont également parlé d'activités plus régulières comme une popote roulante du lundi au jeudi ou un repas communautaire hebdomadaire ;
- Activités d'artisanat telles : vannerie, ou cercle de partage traditionnel ;
- Cueillette de petits fruits en saison ;
- Initiation à l'informatique ;
- Scrapbooking ;
- Jardin communautaire ouvert aux jeunes dans le cadre du camp d'été pour leur confier certains travaux plus exigeants, cette collaboration est fort appréciée ;
- Voyage d'une journée ;
- Aînés avisés contre l'abus et la fraude : police de Manawan lors d'un dîner en forêt accompagnée de 3 policiers de l'extérieur, ils ont eu énormément de questions ;
- CALAC (Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel): formation « Briser le tabou » ;
- Préparation des repas pour les aînés dans leur domicile ;
- Entretien de la maison ;
- Faire les commandes d'épicerie ;
- Lavage du linge ;
- Ménage ;
- Une sortie mère-fille pour cueillir des graines tout en offrant des capsules :
 - Comment parler ;
 - Estime de soi ;
 - Elles avaient entre 13 et 75 ans ;
 - Favorise la transmission du savoir ;
 - Commentaires très positifs.

- Capsules ou rencontres communautaires :
 - Maltraitance ;
 - Solitude ;
 - Dépression ;
 - Deuil ;
- Travaux d'artisanat pour les nouveau-nés, remis aux mamans par l'infirmière lors de la 1^{ière} visite à domicile ;

Dans une communauté abénaquise, un psycho-éducateur a collaboré à mettre sur pied un groupe d'aînés, ils sont maintenant autonomes et s'entraident beaucoup.

Observations

Les aînés apprécient ces services favorisant leur maintien à domicile et ils en demandent. De plus, ils collaborent beaucoup aux soins qu'on leur apporte.

EXPERIENCE ET CONNAISSANCES DES PARTENAIRES DANS LA LUTTE CONTRE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AINES

- **Partenaires sur communautés**
 - Intervenant social ;
 - Corps policier ;
 - Conseil conscientisé dans certains milieux ;
 - Services sociaux et services de santé ;
 - Auxiliaires familiales et sociales ;
 - Caisse populaire ;
 - La collaboration au sein du Centre de santé ;
 - Le Comité de concertation Mamu Atussetau rassemble depuis 2003 des intervenants de chaque secteur (conseil de bande, école, centre de santé, services sociaux, sécurité publique, etc.) afin d'assurer la concertation entre les différents secteurs.
- **Partenaires hors communautés**
 - CSSS
 - CALAC : formation « Briser le tabou » ;
 - SQ ;
 - Agence ;

- Centres d'amitié autochtone ;
 - Projet tournesol – table perte d'autonomie liée au vieillissement et à la déficience intellectuelle ;
 - Les professionnels visiteurs ;
- **Expériences**
- Ateliers ;
 - Conférences ;
 - Activité le 15 juin pour souligner la journée mondiale de lutte contre la maltraitance des personnes âgées ;
 - Dans une communauté, afin de préparer les aînés et de les mettre en garde vis-à-vis l'exploitation financière, lors de l'annonce par le gouvernement fédéral qu'un dédommagement serait versé aux pensionnaires des « Residential School », un *salon* a été organisé pour leur offrir l'accès à une variété de sources d'opportunités, par exemple : placements, opportunités d'affaires, retour aux études (UQAT), concessionnaires, pré-arrangement ;
 - Sensibilisation pour le dépistage et l'identification de la maltraitance ;
 - Formation du personnel pour contrer l'abus ;
- **Connaissances**
- Formation dans quelques communautés.

ACTIONS REALISEES EN REGARD DE LA MALTRAITANCE ENVERS LES AINES

La reconnaissance de la maltraitance est évidente, un approfondissement de ce phénomène est souhaité selon ce que les répondants ont exprimé. Ce qu'ils ont exprimé rejoint ce qui a été décrit dans le rapport final sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations* qui fait mention en page 33 que : Les participants aux rencontres étaient en accord avec le fait qu'il existe bel et bien de la maltraitance des personnes âgées, souvent en lien avec l'argent. Ils ont évoqué différents exemples pour soutenir leur affirmation :

- Sous forme de marchandage : « donnez-moi de l'argent et je prendrai soin de vous » ;
- Violence verbale et physique à l'arrivée du chèque de pension de vieillesse ;
- Les jeunes femmes exploitent largement les aînés ; ces aînés les envoient au magasin avec de l'argent, mais ne les revoient pas ;

- Parfois les enfants menacent de se suicider si les grands-parents ou parents ne leur donnent pas d'argent.

Autres exemples de maltraitance cette fois relevés par les intervenants :

- L'abandon ou la négligence, tel que l'absence de visites ou d'aide de la part de la famille ;
- Certains aînés sont traités comme des enfants et ne sont pas consultés sur les décisions prises à leur sujet ;
- Les petits-enfants sont parfois déposés pour être pris en charge, mais cela devient abusif lorsque les besoins des aînés ne sont pas pris en considération. (Rapport final2010 ; 34 et 21). Les répondants l'ont identifié sous le vocable « abus de gardiennage ».

- **Actions**

- Dans une communauté, une conférence sur le sujet est organisée annuellement ainsi qu'une formation de trois demi-journées a été offerte aux auxiliaires familiales ;
- Dans une autre communauté : Conseil de famille pour susciter l'autodétermination (l'empowerment) des membres d'une famille à trouver leurs solutions ;
- Autres actions : Organiser un service de repas communautaire par semaine pour briser l'isolement ;
- Maison pour les aînés pour briser l'isolement ;
- Une enquête ayant pour objectif le mieux être communautaire est en voie de réalisation, le besoin a été suscité par le nouveau plan de santé communautaire. Ils ont profité d'une formation de Santé Canada. Le sondage sera imprimé bientôt, ils espèrent une participation de 75%. Ils veulent évaluer les programmes qu'ils ont déjà, les ajuster au besoin, sonder sur ce qui pourrait les intéresser, chercher à savoir pourquoi les hommes ne participent pas ;
- Formation des auxiliaires familiales et sociales ;
- Lutte à la maltraitance inscrite dans le cadre du plan de santé communautaire ;
- Lors d'un signalement la famille immédiate est rencontrée, de même que la famille élargie, si requis, pour sensibiliser aux besoins de l'aîné et aux solutions possibles ;
- Une activité « porte ouverte » au printemps a permis de démystifier les services sociaux et faire prendre conscience qu'ils ne concernent pas que les jeunes ;
- Questionnaire multi-clientèle ;

- Partenaires à la table de concertation pour contrer la maltraitance, la négligence et la violence (ANV), développement d'outils, d'activités préventives, calendrier ;
- Participation à un comité régional des intervenants pivots experts ;
- Projet intergénérationnel basé sur le respect des aînés impliquant l'école primaire et la Résidence pour aînés qui s'est échelonné de l'automne 2010 au printemps 2011 ;

- Analyse

- Une majorité de répondants a affirmé que l'exploitation financière était la forme de maltraitance la plus fréquente ;
- Présence également de maltraitance physique ;
- Importance d'établir un réseau social pour contrer l'isolement, créer un lien de confiance, sensibiliser, outiller ;
- Nécessité de faire connaître adéquatement la maison des aînés, les services, les activités, les opportunités, de changer la perception négative ;
- Le répondant d'une communauté qui organise des conférences précise que des fiches d'évaluation sont distribuées et la satisfaction des participants est évidente. De plus, les auxiliaires qui ont eu l'opportunité de suivre la formation de trois demi-journées se disent mieux outillés ;
- Un répondant a mentionné : « s'il y avait un titulaire du dossier, il y aurait certainement des actions à poser et on verrait un effet d'entraînement » ;
- Instrument aidant le dépistage : depuis 10 ans, le questionnaire multi-clientèle, sous le volet milieu familial permettant d'analyser la dynamique, les interactions, les indices d'abus, de violence ou de négligence ;
- Dans un milieu le répondant a affirmé une non tolérance des aînés envers la maltraitance. De plus, une proximité et une connaissance étroite les uns des autres permettrait de dépister la maltraitance ;
- Besoin d'information et de formation ;
- Faible participation de la population lors d'une activité de sensibilisation par la présentation d'un sketch parce que les gens pensaient qu'on les identifierait comme victimes de maltraitance ;
- La maltraitance est surtout associée aux abus physiques, l'exploitation financière n'est pas vue comme de la maltraitance ;
- Le sujet est tabou ;

- **Forces**

- Le personnel qui a à cœur le bien-être des gens de leur milieu ;
- Les « cocoums » de 50 ans qui bougent et en mènent large ;
- « Un nouveau leader qui aime à travailler avec la base, il n'est pas de la communauté mais il a invité un grand nombre de personnes et mis sur pied un «Home care commity » ;
- Prévention ;
- Sensibilité aux besoins ;
- Intervenante auprès des aînés ;
- Volonté de faire quelque chose parmi le personnel ;
- Grande connaissance du milieu ;
- Stabilité du personnel dans certaines communautés ;
- Les infirmières Atikamekw commencent à être majoritaires ;
- Relations humaines ;
- Liens très étroits entre les aînés eux-mêmes et entre les différents services et les aînés ;
- L'engagement personnel, l'entraide et la solidarité ;
- La collaboration au sein du Centre de santé ;
- Chacun se connaît dans une communauté de petite taille favorisant une approche personnalisée ;
- Courage et détermination des membres ;
- Mobilisation pour solutionner certaines problématiques ;

- **Faiblesses**

- Désorganisation, Conseil en tutelle ;
- Les gens peu habitués à être mobilisés pour faire des projets ;
- Pensée à court terme ;
- Beaucoup de leaders vivant à l'extérieur ;
- Formation insuffisante du personnel en ce qui a trait à la maltraitance ;
- Faible rétention du personnel ;
- Le fait que tous se connaissent peut être favorable mais peut devenir un refus de dénoncer ;
- Manque d'argent pour répondre aux besoins (Ex : maison des aînés dans la Communauté). ;
- Selon les dires des intervenants, les aînés ont de la difficulté à reconnaître que certaines actions commises par un des membres de leur famille sont des abus, spécialement des actes en lien avec la maltraitance économique ;

- **Menaces ou défis**

- La peur d'en parler, de dénoncer (la loi du silence) ;
- Un des défis exprimé par les répondants est l'ambivalence entre le souhait de voir cesser les comportements de maltraitance et de prendre action par crainte des conséquences. À nouveau le rapport sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations* identifie cette situation : « Même lorsque les intervenants soupçonnent qu'il y a abus, il est difficile de le souligner. Il y a beaucoup de peur de la part des aînés par rapport à ce que l'agresseur va faire la prochaine fois. L'abus par les membres de la famille se produit assez souvent, mais les aînés préfèrent tout de même protéger leur famille et ne pas porter d'accusation. Contrairement à la Protection de la Jeunesse, la police n'interviendra pas tant que l'aîné ne se présentera pas pour porter des accusations. Souvent, il n'y a pas de sécurité pour la vie des aînés. (Rapport final *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec 2010* ; 33) »
- Une répondante a mentionné au sujet de l'exploitation financière qu'elle a entendu un commentaire suite à la compensation financière aux victimes des pensionnats indiens : « Ils ont été victimes et ils sont revictimés » ;
- Le fait que tous se connaissent peut être favorable mais peut devenir un refus de dénoncer ;
- Manque d'argent pour répondre aux besoins Ex : maison des aînés dans la Communauté ;
- Selon les dires des intervenants, les aînés ont de la difficulté à reconnaître que certaines actions commises par un des membres de leur famille sont des abus, spécialement des actes en lien avec la maltraitance économique ;
- Abus de gardiennage : certains aînés doivent prendre en charge leurs petits-enfants sans que leurs enfants les aient avisés. Ils sont mis devant le fait accompli et quelques fois ils n'ont pas la santé nécessaire pour s'occuper de leurs petits-enfants et arrière-petits-enfants ;
- Possibilité d'abus financier caché, des actes en lien avec la maltraitance économique peuvent être accompagnés de menaces et de chantage émotif ;
- L'isolement ;
- Peur de causer des conflits ;
- Peur du rejet ;
- Les problèmes de santé mentale (violence physique, psychologique, sexuelle, colère, deuils non résolus, etc.) ou de dépendance vécus par les adultes affectent également le bien-être et le développement des enfants

et des adolescents qui sont témoins des comportements ou manquent d'encadrement et du soutien de leurs parents. Ces problèmes affectent également les aînés qui sont témoins ou victimes des comportements violents et dont le bien-être est menacé par la consommation d'alcool ou de drogue dans leur maison.

- La non reconnaissance de certaines formes de maltraitance ;
- Proches-aidants tendus, fatigués ou épuisés ;

- **Opportunités**

- Parmi les opportunités il a été fait mention du rayonnement de ceux qui ont l'occasion de participer à des conférences ou à des formations ;
- Les priorités inscrites dans le plan en santé et la résolution signée par le Conseil ;
- Avoir une ressource dans la communauté serait une opportunité pour faire ou élaborer différentes activités ;

SUGGESTIONS QUANT AUX MOYENS DE REJOINDRE LES AINÉS ET LE MILIEU

- **Mieux rejoindre le milieu**

Le rapport sur les *Conditions de vie des aînés des Premières Nations* a également investigué ce point et on peut y lire : « La communication en personne est le meilleur moyen d'informer les aînés ou demander leur avis sur diverses questions. Souvent, ils ne parlent que leur propre langue et ont de la difficulté à lire. (Rapport final *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec 2010* ; 37). Les aînés ont fait remarquer qu'ils apprécient ces réunions dans lesquelles ils peuvent partager et ce, en personne. Les aînés présents dans toutes les réunions régionales ont dit qu'ils souhaitaient avoir plus de consultations comme celle-ci dans un format face-à-face avec les personnes responsables des services ainsi qu'entre aînés. Le fait de pouvoir partager ce qu'ils comprennent et ce qu'ils pensent est une bonne chose. « Voir et entendre les autres aînés m'aident. Cela est préférable pour contribuer au partage et au maintien des connaissances. »

Ils ont également perçu ce type de réunion comme un moyen de sensibiliser les autres aux besoins des aînés. Un intervenant a déclaré : « Cette rencontre aurait dû être faite sur communauté afin qu'un plus grand nombre de gens puissent entendre ce que les aînés ont à dire. » Les communautés devraient organiser des contacts entre les aînés et d'autres membres de la communauté. Ils y voient une possibilité de prise de conscience et de transmission intergénérationnelle.

Ils y voient aussi une possible mobilisation de la communauté en utilisant les outils disponibles. »

- **Suggestions :**

- Dîners rencontre ;
- Pamphlets ;
- Invitation adressée à chaque famille pour des conférences ;
- Newsletters ;
- Rencontres publiques ;
- « Radio-mocassin » i.e. le bouche à oreille lorsque les membres du personnel veulent diffuser une invitation ou une information, ils transmettent le message et demandent de le répéter parce que dans ce milieu il n'y a pas de radio communautaire ;
- Napperons ;
- Information en langue autochtone ;
- Sensibilisation ;
- Les dépliants peuvent être utiles mais on doit se rappeler qu'un certain nombre d'aînés ne lisent pas ;
- Vidéo ;
- Journées santé ;
- Journées de sensibilisation ;
- Information et/ou campagne de sensibilisation diffusée dans les médias consultés ex : APTN et radio communautaire ;
- L'idéal : s'y rendre Ex : les policiers de la SQ lors d'un dîner ;
- APTN ;
- Radio communautaire ;
- La formation de petits groupes d'activités telles que l'artisanat, la cuisine collective, dans un lieu spécifiquement pour les aînés. Faire en sorte de créer un lien d'appartenance à ce lieu chez les aînés. Lors de ces activités, favoriser la présence d'une personne qui pourra faire émerger des discussions en lien avec le bien-être des aînés ;
- Une personne du milieu en qui les aînés ont confiance tel que l'intervenante aînée qui collabore avec le Centre de santé et qui est membre du Conseil des Sages. Elle peut accompagner l'infirmier dans ses visites, accompagner les aînés à leurs visites médicales etc.
- Les messages de la campagne de sensibilisation ne peuvent rejoindre les aînés parce que la maltraitance psychologique n'a pas de résonance dans leur langage atikamekw ;
- La communication des aînés avec leur centre de santé ;
- Visite à domicile ;

- Les personnes les mieux placées pour les rejoindre sont les gens du milieu ou des gens de l'extérieur qui ont créés des liens ;
 - Les dépliants sont peu consultés parce que même en Innu, le dialecte innu est plus différent écrit que parlé, favoriser les illustrations ;
 - La documentation sur la santé ou les aide-mémoire sont peu utilisés, l'essentiel des informations sur la santé doit être transmis de façon orale, ce qui entraîne la nécessité de répéter plus fréquemment ces informations que dans les milieux où le support écrit est facilement utilisable ;
 - Les intervenants du milieu ;
 - Travailler avec les aînés pour leur permettre de connaître les différentes formes de maltraitance ;
 - Que les aînés ont des recours ;
 - Développer un réseautage dans les autres organismes de la région ;
 - L'envoi communautaire aux résidents hors réserve ;
- **Mieux répondre à la problématique**
- Travailler avec les différents intervenants du milieu et de la région ;
 - Faire appel à des conférenciers ;
 - Planifier les étapes de sensibilisation, donner des exemples concrets - re : « la négligence est normalisée » ;
 - Avoir un représentant Première Nation à la table de concertation ;
 - Renseigner les aînés sur leurs droits ;
 - Formation offerte aux gens de la communauté, aux personnes qui travaillent au centre de santé ou à la maison des aînés ex : aux auxiliaires qui oeuvrent à domicile et à la maison des aînés car en plus elles parlent l'algonquin.
 - Sensibiliser le Conseil de bande i.e. conscientiser les décideurs ;
 - Faire de la sensibilisation auprès de la population en mettant en scène des exemples spécifiquement reliés à ce que les aînés vivent en utilisant différents médiums tels que le théâtre, court métrage à la télé communautaire, capsule de théâtre verbal à la radio communautaire, affiche. Actualiser des ateliers dans les écoles avec des aînés ayant le rôle de coanimateur. Faire prendre conscience à la population que certains actes commis envers les aînés sont de la maltraitance, amener les gens à réaliser que parfois certains de leurs comportements envers les aînés sont de la maltraitance et que la non-action peut aussi être une forme de maltraitance ;
 - Politique impliquant le Conseil de bande les invitant à être bien informés et à répondre aux besoins ;
 - Garder les aînés le plus longtemps possible chez eux ;

- Les services sociaux ;
- La sécurité publique ;
- Formation pour informer et dépister ;
- Ce qui est imagé ;
- Sous la tente, organiser des cercles de partage ;
- Préparer un thé pour réunir les gens ;
- Fonds de guérison ;
- Un souhait, un rêve : avoir une ressource spécifique dans la communauté mais les ressources financières à cette fin sont inexistantes ;
- Intégration dans un même plan des notions de bien-être à connotation culturelle ;
- Consultation pour recueillir leurs suggestions ou recommandations ;
- Plus de prévention.

INVENTAIRE DES POLITIQUES POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES AINES

- Peu de communautés sont dotées d'une telle politique mais certaines ont mentionné que dans le cadre d'élaboration de leur plan de santé communautaire, on retrouve qu'un code de vie sera élaboré et qu'il comporte un objectif de *Tolérance Zéro* d'ici quelques années. Par ailleurs, certains répondants ont souligné qu'au niveau des services sociaux, une évaluation est faite par l'infirmière de soins à domicile.
- Un répondant a précisé que leur communauté s'est dotée d'un *Engagement communautaire pour le bien-être des membres* et que sous « vandalisme et violence » le point 2 ne précise pas de catégorie ou d'âge mais il est inscrit : *Tout adulte témoin de violence doit intervenir immédiatement et donner suite auprès des personnes concernées selon les circonstances*. De plus, leur programme de maintien à domicile inclut dépistage et intervention de même que leur programme de soutien aux aînés.
- Un autre répondant a précisé qu'il y avait diverses responsabilités selon le champ d'intervention par exemple au niveau des :
 - Services sociaux : intervention ;
 - Services policiers : intervention ;
 - Infirmières : détection ;
 - CLSC : détection ;
 - Programme de soins communautaires et à domicile : détection ;
 - Maison des aînés : détection ;

- La politique sociale Atikamekw comprend un volet « politique des aînés » et actuellement le Conseil de la Nation Atikamekw entreprend des démarches afin d'actualiser concrètement cette politique.
- Entente avec le CSSS ;
- Dans le cadre du Programme FTSA (Fonds de transition en santé autochtone) le Centre de santé d'Ekuanitshit a obtenu du financement pour un projet : *Développement de protocoles de collaboration entre le CSSS et Ekuanitshit* ;
- Politique de connaissance des besoins ;
- Un répondant mentionne qu'à sa connaissance il n'y a pas de politique spécifique mais une philosophie, faire attention à nos aînés, les respecter. Ce qui est offert est plus en lien avec la prévention et le dépistage mais s'il y a identification ou suspicion de maltraitance la référence est faite à la responsable des auxiliaires pour intervention ;
- Dans le cadre du Programme FTSA : Développement d'un plan d'adaptation des services et harmonisation des protocoles de collaboration pour Nutashkuan ;
- Il n'y a pas de politique ou de programme concernant la lutte contre la maltraitance mais dans le cadre du plan de santé l'une des priorités en santé : la santé mentale et les dépendances. La définition de santé mentale doit être très inclusive de façon à prendre en compte les sentiments (colère, etc.), les processus (deuil, etc.), la violence et les abus sexuels qui affectent les gens, ainsi que la guérison traditionnelle qui permet de résoudre, pour les gens de la communauté, une part de ces problèmes. Les dépendances à l'alcool, aux drogues et au poker sont également problématiques dans la communauté, et une grande partie de la population fait un usage quotidien et non traditionnel du tabac; le Conseil de bande a donc signé une résolution visant à entériner ces priorités de santé.
- Dans le cadre du Programme FTSA (Fonds de transition en santé autochtone) le Centre de santé et services sociaux de Pessamit a reçu une subvention pour un projet : *Adaptation de services existants de soins intégrés.*

OBSERVATIONS

- La croyance veut que les « Elders » soient respectés pour leur savoir mais ce n'est pas nécessairement le cas. Certains le sont comme par exemple un ancien chef respecté pour son « aura » ;

- Apprécie que la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations soit impliquée ; «la Commission fait de bien belles choses» ;
- Les gens sont plus sensibles lors des visites ;
- D'après un directeur santé ce qu'il reste à faire entre autres :
 - communication entre génération : créer le pont entre les générations, les aînés sont ouverts à partager avec les jeunes ex : artisanat, apprêter la viande sauvage. La plupart des chasseurs nourrissent les aînés en produit de la chasse ;
 - favoriser la préservation de la langue : l'algonquin est enseigné de la 1^{ière} année jusqu'au secondaire II à raison de 2 cours sur 9 jours. Lorsque le dernier des 75 ans et plus sera décédé, la langue va se perdre;
- L'implantation d'une maison pour les aînés réglerait bien des problèmes quant à l'expatriation des aînés pour les rapprocher des services manquants dans la communauté.
- La politique de santé des Atikamekw est fondée sur la conviction qu'il existe plusieurs préalables indispensables à la santé et au développement social: La paix et la justice sociale, une alimentation nutritive, une eau propre, l'éducation et un logement décent, un rôle utile dans la société, un revenu suffisant, la conservation des ressources et la protection de l'écosystème. Notre politique préconise un développement communautaire et considère donc la santé individuelle comme partie d'un ensemble de facteurs d'ordre social.
- Une intervenante a dit : « Les occasions de formation et d'information sont rares. J'aimerais être mieux outillée, mieux *savoir comment parler*. »
- Souhais du milieu : un centre de jour pour que les aînés se côtoient.
 - Suggestion : une conférencière autochtone qui pourrait faire une présentation.
 - Le rôle de l'intervenante communautaire :
 - o Informer sur la prévention ;
 - o Sensibiliser à la maltraitance ;
 - o Planifier et proposer des activités multi-âges ;
 - o Initier un comité de femmes ;
 - o Suivi avec les aînés Ex : ceux qui ont vécu les pensionnats indiens ;
- Il arrive que des activités soient projetées ou souhaitées, par exemple :
 - En prévention :
 - o Activités en lien avec le programme pour contrer la violence familiale ;

- En dépistage :
 - o La vigilance en collaboration avec l'intervenante sociale, le travailleur de rue (ou travailleur de proximité), les auxiliaires familiales et/ou les policiers ;
- En intervention :
 - o De la formation pour mieux outiller ;
 - o Des pistes de collaboration ;
- Dans le cadre du Programme FTSA : Développement d'un outil de formation et de sensibilisation culturelle destiné au personnel du réseau de la santé de la région de la Côte-Nord ;
- Dans le cadre du Programme FTSA (Fonds de transition en santé autochtone) les Services de santé et communautaires de Gesgapegiag ont obtenu du financement pour leur Projet d'adaptation pour assurer la continuité des services avec l'Agence de la Santé et des Services sociaux (ASSS) de la Gaspésie.
- Dans le cadre du Programme FTSA (Fonds de transition en santé autochtone) la communauté de Kanesatake a reçu une subvention pour un projet : Créer une prise de conscience et une compréhension des programmes de santé de Kanesatake et des pratiques culturelles, dans le but d'améliorer les services de liaison avec l'hôpital et de créer de nouveaux liens de services par le biais du développement de protocoles pour les services pré-hospitaliers, à l'hôpital et post-hospitaliers ;
- Des contraintes budgétaires forcent le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire à opérer selon un horaire restreint avec des heures limitées ; service de relève à restructurer ;
- Lacunes entre ce qui est offert localement et au niveau de la province (re : tableau dans le rapport FTSA) ;
- Aînés en résidence : manque de services et de programmes disponibles à la résidence ;
- Absence d'établissement situé géographiquement proche qui répondraient aux besoins physiques, psychosociaux, culturels et spirituels des personnes âgées nécessitant des soins chroniques ;
- Absence de services en soins palliatifs ou d'infrastructures ;
- Lacune en lien avec les résidents âgés dont la condition change suite à leur admission à la résidence Riverside car à cet endroit les besoins en soins se limiteraient à 2.5 heures.
- En plus, la zone grise entre la juridiction fédérale et provinciale ou territoriale peut affecter une large gamme de services destinés aux Premières Nations, y compris les programmes de santé mentale, de soins à domicile et palliatifs, de même que les institutions communautaires de soins à long terme (Lemchuk-

Favel & Jock, 2004). (Rapport final *Conditions de vie des aînés des Premières Nations du Québec 2010* : 15)

- Lors de l'Enquête lorsque les interviewers ont demandé aux personnes âgées de 55 ans et plus, en excellente ou en très bonne santé quelles étaient les raisons justifiant cet état, le fait d'avoir un bon soutien social, un régime sain et d'être heureux et satisfaits ont été les principales raisons mentionnées.
- Chez ces mêmes personnes, interrogées au sujet du soutien social, 46,6% ont affirmé avoir 2 ou 3 agents de support surtout des amis ou des membres de la famille. Parmi eux 26,7% ont affirmé avoir 2 ou 3 agents de support au sein des professionnels de la santé en général et 77,8% ont mentionné qu'ils n'ont pas d'agent de support au sein des professionnels de la santé mentale ou des intervenants sociaux. D'ailleurs, dans les 12 mois précédant l'enquête, les aînés ont parlé de leur santé émotionnelle et mentale davantage aux membres de leur famille immédiate (51,8%) et à leurs amis (43,8%), viennent ensuite les autres membres de la famille, le médecin de famille, et les infirmières (iers). Plus de 80,0% des aînés n'ont pas parlé de leur santé émotionnelle et mentale aux représentants de santé communautaire, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, conseillers ou guérisseurs traditionnels et n'ont jamais utilisé une ligne d'écoute téléphonique.

SUGGESTIONS POUR CONTRER LA MALTRAITANCE ENVERS LES AINÉS

- Les personnes contact ont mentionné avoir besoin d'information sur :
 - Quoi regarder?
 - Quels sont les signes subtils de maltraitance?
 - Petits outils pour conscientiser ;
 - Comment approcher la personne si on suspecte de la maltraitance?
- À la lumière des consultations et recommandations d'études ou d'Enquêtes :
 - Privilégier d'abord la sensibilisation, veiller à la compréhension des termes, des comportements ;
 - Privilégier également une collaboration étroite avec les communautés, respect dans l'approche de chaque milieu ;
 - Proposer un contenu d'information qui prend en considération ce qui a été fait ou ce qui est en cours, s'il y a lieu ;
 - Favoriser les rencontres dans le milieu pour amorcer la sensibilisation, ce serait à recommander, selon les différentes consultations ;

- Adapter le contenu à chaque groupe cible quant à l'élaboration de la documentation pour répondre aux besoins et responsabilités ;
- Valider démarche et contenu avec le milieu ;
- Favoriser le lien avec le coordonnateur de la région ;
- Adapter la documentation écrite en langue autochtone, s'il y a lieu ;
- Utiliser les médias locaux pour les campagnes de sensibilisation et messages d'information – ex : radio communautaire et APTN.

En complément du portrait, il semble congruent de joindre les recommandations énumérées lors de la consultation « *Conditions de vie des Aînés des Premières Nations du Québec* ».

RECOMMANDATIONS SUITE A LA CONSULTATION « CONDITIONS DE VIE DES AINES DES PREMIERES NATIONS DU QUEBEC »

Recommandation 1 : Que l'on respecte l'autonomie des communautés des Premières Nations, notamment par la mise en place de mécanismes de concertation permettant aux intervenants des Premières Nations de participer à la définition des services destinés à leurs aînés.

Recommandation 2 : Que l'on reconnaisse la spécificité culturelle des Premières Nations, notamment par la mise en place de mesures d'adaptation appropriées dans les différents services destinés aux aînés.

Recommandation 3 : Que l'on consulte les Premières Nations pour toutes politiques concernant les aînés et qu'on les soutienne dans les projets de recherche menés selon les protocoles qu'elles ont développés.

Recommandation 4 : Que l'on harmonise par des ententes les programmes fédéraux et québécois ayant une incidence sur la condition des aînés des Premières Nations, afin de réduire les obstacles administratifs; qu'on assure la continuité des services fournis par les deux paliers de gouvernement, en collaboration avec les Premières Nations.

Recommandation 5 : Que l'on collabore à la mise en place de programmes de prévention auprès des aînés, au sein même des communautés des Premières Nations.

Recommandation 6 : Que l'on nomme au Conseil des aînés un représentant des Premières Nations, et ce, selon les recommandations des autorités des Premières Nations.

Recommandation 7 : Que l'on sensibilise les fonctionnaires gouvernementaux aux critères d'admissibilité des membres des Premières Nations dans les différents régimes de pension et d'aide du gouvernement du Québec, incluant ceux qui parmi eux ont travaillé aux États-Unis.

Recommandation 8 : Que le gouvernement du Québec assure un soutien administratif approprié aux communautés des Premières Nations pour faciliter l'accès complet de leurs aînés aux programmes de pension et d'aide gouvernementale du Québec. Une campagne de sensibilisation et d'information à cet effet devra être prévue et menée auprès de la population afin de rejoindre les aînés des Premières Nations. Cette campagne devra être effectuée en collaboration avec les instances appropriées des Premières Nations de l'ensemble du territoire.

Recommandation 9 : Que ce soutien du gouvernement du Québec permette d'assurer une formation adéquate et continue des conseillers dans les communautés, ainsi que l'accès à des ressources conseils bien identifiées au sein des ministères québécois concernés.

Recommandation 10 : Que soient indexées les prestations d'aide gouvernementale québécoise de façon à couvrir le coût de la vie plus élevé qui existe dans les régions éloignées.

Recommandation 11 : Que le gouvernement du Québec supporte la création d'un programme de formation et d'éducation destiné aux aidants naturels et aux personnes désireuses de participer à des groupes de répit. Les Centres de santé et de services sociaux, de même que les organisations des Premières Nations doivent pouvoir bénéficier du transfert des connaissances et de l'expertise du réseau afin d'assurer ensuite un suivi des besoins en formation des aidants naturels et des groupes de répit.

Recommandation 12 : Que chaque Agence de santé et de services sociaux concernée inclut la spécificité des Premières Nations dans son plan d'organisation des services (PROS) aux aînés, notamment en matière de prévention des abus. La régie doit prévoir dans son plan de services, un volet spécifique aux Premières Nations favorisant le transfert des connaissances et de l'expertise en faveur des intervenants oeuvrant dans les communautés des Premières Nations (services de santé et services sociaux, comité de soutien aux aînés, etc.). Les activités régionales (comités, tables de concertation, etc.) qui traitent de la *Consultation publique sur les conditions de vie des aînés : le cas des Premières Nations du Québec Nos Aînés...Notre identité* 21 problématique des aînés doivent inviter en permanence un représentant des communautés des Premières Nations.

Recommandation 13 : Que les CSSS travaillent en collaboration avec les communautés qu'ils desservent à la mise en place des protocoles inter organismes afin d'assurer la continuité des soins pour les aînés traités en établissement, de même que pour les aînés qui retournent et/ou résident dans leur communauté.

Recommandation 14 : Que le gouvernement du Québec soutienne financièrement les institutions de formation professionnelle qui désirent offrir aux communautés des Premières Nations la formation en *Assistance familiale et sociale aux personnes à domicile (aidants naturels)*; et, qu'il permette son adaptation en langue anglaise et en langue traditionnelle pour les communautés qui le demandent.

Recommandation 15 : Que le gouvernement du Québec appuie les communautés des Premières Nations dans leurs négociations pour la création et le maintien de centres de jours et de résidences de soins de longue durée communautaires ou privées dans les communautés. Qu'un mécanisme d'agrément de ce type de résidence soit développé conjointement par le MSSS et les communautés.

Recommandation 16 : Que le gouvernement du Québec soutienne financièrement les institutions de formation professionnelle qui désirent offrir aux intervenants des communautés des Premières Nations la formation agréée en soins infirmiers et auxiliaires; et, qu'il permette son adaptation en langue anglaise et en langue traditionnelle pour les communautés qui le demandent.

Recommandation 17 : Que les établissements des CSSS qui desservent les communautés des Premières Nations assouplissent leurs règles internes et organisent leurs services de façon à permettre les visites en groupe; ou encore, qu'ils désignent des lieux pouvant accueillir pendant une journée complète des groupes importants de visiteurs.

Recommandation 18 : Que le gouvernement du Québec adopte une approche plus ouverte envers les patients anglophones des Premières Nations en favorisant leur regroupement dans des établissements de leurs régions qui sont mieux adaptés à leurs besoins linguistiques et culturels.

REFERENCES / BIBLIOGRAPHIE :

- ¹ Santé Canada / Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones / Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada :
<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats-profil-atlant/index-fra.php#a7>
<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats-profil-atlant/index-fra.php#a2>
- ² <http://www.etatquebecois.enaq.ca/docs/ste/organisation/a-autochtones.pdf>
- ³ Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, *Registre des Indiens*, 31 déc. 2007.
Amérindiens et Inuits Portrait des Nations autochtones du Québec
http://www.autochtones.gouv.qc.ca/publications_documentation/publications/document_11_nations.pdf
- ⁴ http://www.sopfeu.qc.ca/imports/_uploaded/file/BC_Pour_comparer_un_hectare.pdf
- ⁵ Affaires autochtones développement du Nord Canada Manuel de classification des bandes :
<http://pse5-esd5.ainc-inac.gc.ca/fnp/Main/Definitions.aspx?lang=fra>
- ⁶ La question démographique (Québec) :
<http://www.tlfq.ulaval.ca/axl/amnord/quebecdemo.htm>
- ⁷ CSSSPNQL Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit. Rapport régional du Québec, Juillet 2006, p.30.
Katenies Research and Management Services. 2002, p.10.
<http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/Soinscontinus.pdf>
<http://64.26.129.156/cmslib/general/CCAP-f.pdf>
- ⁸ L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002. Rapport des Premières Nations vivant dans les communautés
<http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-Surcommunaute.pdf>
- ⁹ Affaires autochtones développement du Nord-Canada Profil des communautés : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100019337>

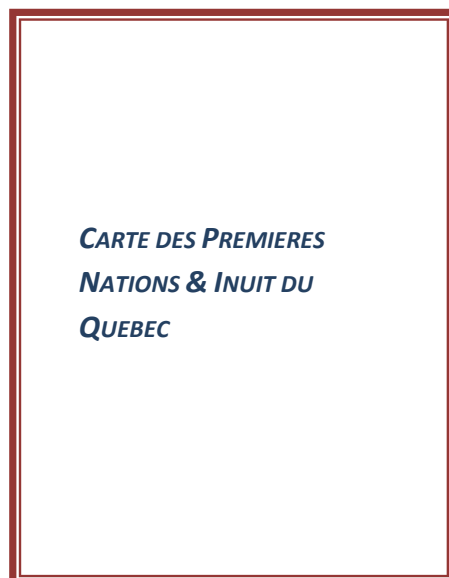
¹⁰ Portail des Autochtones au Canada :

<http://www.autochtonesaucanada.gc.ca/acp/site.nsf/fra/index.html>

¹¹ [http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-](http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-Surcommunaute.pdf)

[Surcommunaute.pdf](http://www.cssspnql.com/fr/recherche/documents/ERS2002-Surcommunaute.pdf)

Annexe 1



LES AUTOCHTONES DU QUÉBEC

QUÉBEC



LES 17 RÉGIONS ADMINISTRATIVES DU QUÉBEC

- 01 Bas-Saint-Laurent
- 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
- 03 Capitale-Nationale
- 04 Mauricie
- 05 Estrie
- 06 Montréal
- 07 Outaouais
- 08 Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Lével
- 14 Lanaudière
- 15 L'Assomption
- 16 Montérégie
- 17 Centre-du-Québec

www.autochtones.gouv.qc.ca

Québec

Annexe 2

**RECOMMANDATIONS DE
L'ÉVALUATION PILOTE :
« ÉVALUATION DES
EXIGENCES DES SOINS
CONTINUS DANS LES
COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES
INUIT »
CSSSPNQL, JUILLET 2006**

Évaluation pilote « Évaluation des exigences des soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit » - CSSSPNQL Juillet 2006.

Les buts de ce projet étaient :

- cerner les besoins en matière de soins continus (tels que déterminés par l'évaluation des niveaux de soins) des personnes vivant dans les communautés des Premières Nations et des Inuit ;
- dégager quels services de soins continus sont actuellement fournis dans les communautés des Premières Nations et des Inuit ;
- élaborer les options et les coûts de prestation des services de soins continus dans les communautés des Premières Nations et des Inuit.

L'objectif ultime des buts de cette recherche étant la mise en œuvre du Plan d'action des Premières Nations sur les soins continus de l'Assemblée des Premières Nations (APN), un plan reposant sur trois concepts clés :

- un financement durable ;
- une flexibilité en matière de conception des programmes ;
- une coordination dans le cadre d'une approche globale.

Recommandations :

En conclusion de nombreuses recommandations ont été formulées:

- Concernant les soins et les services actuellement offerts :
 - Considérant les besoins actuels et grandissants, les soins et les services disponibles dans les communautés doivent être maintenus.
 - Considérant la réalité des populations autochtones, l'adaptation culturelle doit être maintenue et renforcée.
- Concernant l'organisation des soins continus :
 - Considérant le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence de maladies invalidantes, qui font en sorte que les besoins en soins continus augmentent de façon significative et constante, une vision à long terme dans la planification des services est nécessaire afin de combler les besoins et d'assurer les services en soins continus.
 - Considérant le besoin d'intégrer les soins et les services et d'adopter une vision à long terme dans leur planification, une politique doit être élaborée afin d'établir les normes en matière de prestation des soins et des services et d'assurer la reconnaissance des besoins régionaux et communautaires.
 - Considérant les ambiguïtés relatives aux autorités gouvernementales en matière de soins continus, les responsabilités de chacune des parties impliquées doivent être clarifiées.

- Considérant la variabilité des services offerts d'une communauté à l'autre selon la taille et l'isolement géographique, des mesures doivent être mises en place afin que les communautés puissent avoir accès de manière équitable aux services dont leurs membres ont besoin et que le contexte de chaque communauté soit pris en compte.
 - Considérant les manques à gagner dans les ressources financières, humaines et matérielles, qui affectent la qualité des soins et des services dispensés, des indicateurs de performance doivent être développés au niveau régional afin d'assurer la qualité des soins et des services dans les communautés. Au niveau communautaire, les indicateurs de performance pourront être bonifiés et adaptés à la réalité de chaque communauté.
 - Considérant la lourdeur administrative entourant la gestion des soins et des services de santé dans les communautés, où les ressources sont déjà minimales, le cadre de gestion doit être revu afin d'assurer son efficacité et sa flexibilité.
 - Considérant le manque des ressources dans les communautés, la reddition de comptes s'avère complexe et sources de frustrations pour les administrateurs, ainsi :
 - les exigences fédérales en matière de reddition de comptes doivent être revues afin de simplifier et de réduire les exigences actuelles ;
 - les exigences fédérales en matière de reddition de comptes doivent être adaptées afin de refléter la réalité des services de santé dispensés.
 - Considérant la mobilité réduite des aînés vivant à domicile et les difficultés de ceux-ci à accéder aux informations concernant les soins et les services offerts, des stratégies régionales et/ou communautaires de communication doivent être développées afin que les personnes les plus isolées socialement ne soient pas exclues faute d'avoir eu accès aux informations.
 - Considérant la présence de clients âgés de 0 à 24 ans, ayant des incapacités importantes et nécessitant des soins à long terme et possiblement permanents, les besoins de ce groupe doivent être pris en compte dans la planification des services et des soins.
- Concernant le financement des soins continus :
 - Considérant la nécessité d'adopter une vision à long terme dans la planification des soins continus, le financement doit être récurrent, renouvelable et annexé.
 - Considérant les différents enjeux entourant le financement des soins continus dans les communautés, la gestion du financement doit être prise en charge par les communautés des Premières Nations elles-mêmes.
 - Considérant le fait que, dans un premier temps, le financement du programme du MAINC soit accordé uniquement pour les membres des communautés et celui de Santé Canada soit accordé pour tous les résidents (membres et non

- membres), et que, dans un deuxième temps, les communautés aient parfois à refuser des soins et des services aux résidents non membres faute de fonds, le financement doit être revu à la hausse afin que tous les résidents puissent avoir accès de manière équitable aux soins et aux services de santé de qualité et que les communautés n'aient pas à choisir entre les membres et les non membres.
- Considérant les besoins qui sont changeants d'une année à l'autre et les imprévus qui peuvent survenir dans la prestation des soins continus, Santé Canada et le MAINC doivent mettre en place des mesures permettant de maintenir les surplus d'une année pour l'année suivante.
 - Considérant le sous financement actuel et l'absence de plusieurs services dans les communautés, le financement des services de soins continus doit être revu à la hausse, notamment en ce qui concerne les services de santé mentale, les soins palliatifs, les ressources pour les aidants naturels et les services pour personnes handicapées.
 - Considérant l'importance de la famille et particulièrement le rôle des aînés au sein des communautés, et afin de respecter l'approche holistique de la santé autochtone, des mesures doivent permettre aux clients de demeurer dans leur communauté pour y recevoir des soins et des services jusqu'à la fin de leur vie.
 - Considérant la formule actuelle de financement per-capita et la grande variabilité des besoins, l'allocation des ressources doit être adaptée aux besoins de chacune des communautés et doit tenir compte de la réalité des petites communautés et des communautés isolées en vue d'assurer l'équité entre toutes les communautés.
 - Considérant les besoins actuels et grandissants et la volonté des clients de demeurer dans leur communauté pour recevoir des soins et des services, des ressources doivent être investies afin d'offrir les soins de types 3, 4 et 5, de l'échelle fédérale, dans les communautés.
- Concernant les bénéficiaires, leur famille et les aidants naturels :
 - Considérant le vieillissement de la population, l'augmentation de la prévalence de maladies invalidantes et la diminution des naissances, la demande en aidants naturels augmentera dans les années à venir alors que l'offre diminuera, ainsi :
 - des mesures doivent être mises en place afin d'assurer le support, la reconnaissance et l'accompagnement des aidants naturels ;
 - l'évaluation des besoins du client doit se faire en collaboration avec l'aidant naturel puisqu'il partage le quotidien de la personne aidée ;
 - des formations et des séances d'information doivent être offertes aux aidants naturels afin d'améliorer et de faciliter leur contribution auprès des clients ;

- des ressources supplémentaires doivent être investies dans les services d'appui aux aidants naturels afin d'assurer une gamme complète de services (gardiennage, répit, dépannage, appui aux tâches quotidiennes, services psychosociaux et services d'organisation communautaire).
 - Considérant les impacts de la maladie du bénéficiaire sur sa famille, des mesures doivent être mises en place afin d'assurer l'implication, la reconnaissance et le soutien de la famille tout au long du processus de soins continus.
 - Considérant le déséquilibre entre la contribution des aidants naturels et celle des soignants du système de soins officiel, des mesures doivent être mises en place afin de réduire la charge des aidants naturels et d'augmenter le nombre de soignants et d'heures fournies par ces derniers.
 - Considérant la grande proportion d'aidants naturels qui sont des femmes et le rôle important qu'elles jouent au sein de la famille, des mesures doivent être mises en place afin de réduire la charge de celles-ci et de leur assurer un support.
- Concernant les ressources humaines ;
 - Considérant le vieillissement de la population et la prévalence de maladies invalidantes, la demande en intervenants augmentera dans les années à venir, ainsi :
 - une formation adéquate et/ou complémentaire doit être dispensée aux intervenants, aux gestionnaires et aux administrateurs de programmes afin d'assurer l'efficacité des services et de la gestion ;
 - la promotion des emplois en santé et services sociaux en milieu autochtone doit être favorisée afin d'assurer la relève et de combler les besoins actuels et futurs en soins continus ;
 - une rémunération adéquate et des avantages marginaux doivent être offerts aux intervenants afin de promouvoir ces emplois et de réduire le roulement de personnel ;
 - les conditions de travail et de vie des intervenants doivent être améliorées afin de pallier aux difficultés de recrutement et au roulement important du personnel.
 - Considérant les difficultés rencontrées par les autochtones lors de leur séjour dans les établissements à l'extérieur des communautés, des formations doivent être dispensées aux intervenants afin de les conscientiser sur les réalités autochtones.

Ainsi que :

- Des pistes pour considérations futures :
 - Considérant les changements importants dans les années à venir, le gouvernement fédéral devrait investir dans des recherches sur les soins continus.
 - Considérant l'absence d'une définition claire et commune des soins continus et de la liste des soins et des services qui devraient y être inclus, les Premières Nations doivent faire cet exercice afin d'être en mesure de mieux négocier les services manquants ou sous financés avec les instances fédérales.
 - Considérant les disparités de la prestation des soins continus dans les différentes régions du Canada et le manque d'inventaire des soins et des services dispensés d'une région à l'autre, des études doivent être effectuées afin de faire des comparaisons régionales et ainsi situer la région du Québec par rapport aux autres régions.
 - Considérant l'impossibilité, dans cette recherche, d'estimer les coûts globaux des soins et des services qu'impliquent les soins continus, des recherches plus poussées devraient être menées.
 - Considérant l'impossibilité dans cette recherche, d'identifier les aidants naturels qui bénéficient d'une rémunération telle que dispensée par le MAINC et donc de connaître le nombre d'heures rémunérées et le nombre d'heures non rémunérées fournies par les aidants naturels, ces considérations devraient faire partie de recherches ultérieures.
 - Considérant l'absence du point de vue des soignants du système de soins officiel dans la collecte de données de cette recherche, le point de vue des soignants du système de soins officiel devrait être pris en compte dans les recherches ultérieures.