



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

LIGNES DIRECTRICES POUR L'ÉLABORATION DU MODÈLE DE GOUVERNANCE EFFECTIVE

FÉVRIER 2018



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

La deuxième phase du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec, débutée en avril 2016, avait pour objectif l'appropriation par les Premières Nations de leur gouvernance. En détenant toute l'information nécessaire, les Premières Nations pourront choisir leurs institutions et leur nouveau mode de gouvernance.

De l'information sur les fonctions et les responsabilités assumées par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et par Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) a été recueillie et présentée aux représentants de la santé et des services sociaux des Premières Nations¹. Les Premières Nations doivent donc définir les mécanismes et les structures qui guideront la planification en santé et en mieux-être, l'accompagnement en santé et en mieux-être ainsi que la prise de décisions.

Lors de trois rencontres régionales tenues en novembre 2016, en mars 2017 et en juin 2017², les Premières Nations se sont penchées sur la situation actuelle en lien avec ces responsabilités, ont déterminé les changements souhaités et ont élaboré quatre séries de lignes directrices qui guideront l'élaboration du modèle de gouvernance effective en santé et en services sociaux.

¹ La collecte d'information sur les fonctions et les responsabilités assumées par la DGSPNI et AANC ainsi que la présentation de cette information se sont réalisées avant la création du ministère des Services aux Autochtones Canada (SAC). Ce nouveau ministère regroupe les opérations régionales, les programmes et les partenariats en matière d'éducation et de développement social ainsi que la Direction de la santé des Premières Nations et des Inuits.

² Les rapports sommaires de ces rencontres se trouvent sur le site Web du processus de gouvernance : <http://cssspnql.com/champs-intervention/gouvernance>.

COORDINATION

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

RÉVISION

Chantale Picard, CSSSPNQL

GRAPHISME

Mireille Gagnon, CSSSPNQL
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 Web de la CSSSPNQL, au www.cssspnql.com.

Toute reproduction, totale ou partielle, doit être préalablement autorisée par la CSSSPNQL au moyen d'une demande envoyée par courrier ou par courriel aux coordonnées ci-dessous.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
250, place Chef-Michel-Laveau, bureau 102
Wendake (Québec) G0A 4V0
info@cssspnql.com

Crédit photos : 123rf, Tapiskwan, CSSSPNQL, Shutterstock

ISBN : 978-1-77315-138-0

Dépôt légal 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

© CSSSPNQL 2018

TABLE DES MATIÈRES

4

LIGNES DIRECTRICES
DE LA **PLANIFICATION**
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

8

LIGNES DIRECTRICES
DE L'**ACCOMPAGNEMENT**
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

12

LIGNES DIRECTRICES
DE LA **PRISE DE DÉCISIONS** ET DE L'**IMPUTABILITÉ**
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

16

LIGNES DIRECTRICES
DU **RÉSEAU DES DIRECTEURS**
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX



LIGNES DIRECTRICES
DE LA **PLANIFICATION**
EN SANTÉ ET
EN SERVICES SOCIAUX

NOVEMBRE 2016

- P1** La planification en santé et en services sociaux devrait se faire selon une approche holistique prenant en considération les aspects suivants :
- En harmonie avec la vision de la communauté ou de l'organisation.
 - En intégrant une analyse des besoins en santé et en services sociaux.
 - En intégrant une analyse des déterminants sociaux de la santé qui influencent les besoins en santé et en services sociaux afin d'améliorer l'offre de services.
- P2** La planification en santé et en services sociaux devrait permettre à toutes les parties prenantes, y compris la population, de promouvoir activement la vision de la communauté ou de l'organisation en matière de santé et de services sociaux et donner à la communauté ou à l'organisation des objectifs à atteindre pour améliorer le mieux-être.
- P3** Dans le but de promouvoir la vision de la communauté ou de l'organisation en matière de santé et de services sociaux, la planification en santé et en services sociaux devrait être conçue comme un outil d'amélioration continue des activités et des services permettant une révision en fonction de l'atteinte des objectifs.
- P4** La planification en santé et en services sociaux devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.
- P5** La responsabilité de la planification en santé et en services sociaux devrait être confiée à un comité de planification présidé et coordonné par le directeur de la santé et des services sociaux. Ce comité devrait aussi regrouper toutes les parties prenantes de la communauté ou de l'organisation impliquées dans les services et les activités de santé et de services sociaux connexes et celles dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé.
- P6** La planification en santé et en services sociaux devrait reposer sur des données recueillies, entre autres, à la suite de consultations auprès de la communauté et partagées avec celle-ci.
- P7** La planification en santé et en services sociaux devrait préférablement faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité de planification ou d'un autre type d'accord.

- P8** La planification en santé et en services sociaux devrait être approuvée par le conseil de bande ou une autorité déléguée afin de lui donner toute sa légitimité.
- P9** L'analyse des besoins en santé et en services sociaux devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
- P10** L'analyse des déterminants sociaux de la santé influençant les besoins en santé et en services sociaux devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
- P11** Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux de la santé devraient être intégrés dans les objectifs décrits dans la planification en santé et en services sociaux.
- P12** Ces facteurs devraient être pris en compte lors de la priorisation :
- La gravité des impacts sur les personnes et la communauté en l'absence d'intervention.
 - L'incidence, soit le nombre de personnes touchées.
 - La possibilité réelle d'atteindre les résultats souhaités.
 - Les coûts liés aux interventions nécessaires pour atteindre les résultats souhaités.
 - La perception de l'urgence de répondre à ces besoins par la communauté ou l'organisation.
 - La culture et les façons de faire communautaires.
 - Une stratégie de santé globale.
- P13** La programmation des activités et des services devrait être déterminée en fonction des objectifs précisés dans la priorisation, tout en donnant une marge de manœuvre.
- P14** Des indicateurs permettant d'évaluer l'atteinte des objectifs devraient être précisés pour chacun des objectifs afin de donner lieu à une évaluation des activités et des services en vue de l'amélioration continue.



LIGNES DIRECTRICES
DE L'**ACCOMPAGNEMENT**
EN SANTÉ ET
EN SERVICES SOCIAUX

MARS 2017

- A1** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit prendre en compte les différences, les réalités et les besoins des communautés et des organisations.
- A2** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit être adapté sur les plans de l'intensité, de la fréquence et de la proximité.
- A3** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit être culturellement pertinent et respectueux des communautés et des organisations, en plus d'être compatible avec les pratiques souhaitées (services sur le territoire, par exemple).
- A4** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit respecter les langues utilisées par les communautés et les organisations.
- A5** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit soutenir les pratiques, la médecine et les savoirs traditionnels.
- A6** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit favoriser et respecter les partenariats de services avec les institutions.
- A7** Le rôle de l'accompagnateur (l'agent de liaison) doit être redéfini en misant sur la proximité, la stabilité et l'expertise et en assurant l'accès à une compétence culturelle et à une mémoire organisationnelle.
- A8** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit prévoir du financement à la hauteur des besoins.
- A9** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit s'inscrire dans une perspective à long terme et soutenir les interventions sur différents plans, comme les déterminants sociaux de la santé.

- A10** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit adopter une approche misant sur le développement des connaissances et des compétences locales.
- A11** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit tenir compte de l'expertise des Premières Nations afin de pouvoir tirer profit de leurs forces locales et collectives. L'accompagnement doit reposer sur une approche axée sur les forces.
- A12** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit offrir et présenter toute l'information nécessaire aux communautés et aux organisations pour la prise de décisions, y compris une analyse de cette information.
- A13** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit viser la qualité des services dans une optique d'amélioration continue.
- A14** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit favoriser le réseautage et la communication.
- A15** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit permettre l'accès, le développement et le soutien des ressources spécialisées.
- A16** Dans une perspective de transition, l'accompagnement en santé et en services sociaux pourrait profiter des connaissances et de l'expérience des acteurs actuels du ministère des Services aux Autochtones Canada. Toutefois, idéalement, l'accompagnement doit être offert par des gens issus des communautés.
- A17** L'accompagnement en santé et en services sociaux doit être planifié, mis en œuvre et évalué conjointement.



LIGNES DIRECTRICES
DE LA **PRISE DE DÉCISIONS**
ET DE L'**IMPUTABILITÉ**
EN SANTÉ ET
EN SERVICES SOCIAUX

JUIN 2017

- D1** Dans une approche holistique, l'instance régionale doit s'approprier les responsabilités en santé et en services sociaux du ministère des Services aux Autochtones Canada et cela ne vient en rien diminuer la relation fiduciaire entre la Couronne et les Premières Nations au Québec.
- D2** L'instance régionale doit donner les grandes orientations, mais la prise de décisions finales doit revenir aux communautés et aux organisations locales.
- D3** La structure de gouvernance doit être horizontale. Les organisations locales et régionales doivent avoir des mandats clairs et viser un but commun.
- D4** La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue et légitimée par un « leadership » politique informé.
- D5** La prise de décisions doit refléter les pratiques traditionnelles propres aux Premières Nations.
- D6** La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue par des experts des Premières Nations provenant de différents domaines.

- D7** L'instance régionale doit offrir de l'accompagnement aux communautés et aux organisations pour la prise de décisions.
- D8** Dans le cas où une décision de l'instance régionale ne ferait pas consensus, des mécanismes de résolution de conflits doivent être mis au point.
- D9** La prise de décisions et l'imputabilité en santé et en services sociaux doivent répondre aux besoins locaux et respecter la diversité des communautés et des nations.
- D10** Les communautés et les organisations doivent d'abord être imputables à leur population. L'exercice de reddition de comptes doit être simplifié et axé sur l'atteinte des résultats visant à améliorer le mieux-être de la population.
- D11** Lors d'une situation de crise pouvant compromettre la prestation de services, l'instance régionale a la responsabilité d'intervenir en soutien aux communautés et aux organisations.



LIGNES DIRECTRICES
DU **RÉSEAU DES DIRECTEURS**
DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX

JUIN 2017

- R1** Le mandat du Réseau des directeurs de la santé existant doit être modifié plutôt que de créer une nouvelle structure.
- R2** La composition du Réseau des directeurs de la santé doit être revue afin d'inclure les directeurs des services sociaux. Il faut voir à mettre en place des mécanismes pour inclure les autres représentants en santé et en services sociaux, dont les directeurs des centres de traitement.
- R3** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être officiel et reconnu pour donner des avis techniques et des directions dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- R4** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit détenir un pouvoir décisionnel délégué par l'instance régionale.
- R5** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être stratégique et être orienté vers les besoins des communautés et des organisations.
- R6** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être une entité distincte de l'instance régionale.
- R7** Les responsabilités et les décisions du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doivent être définies par l'instance régionale.
- R8** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit agir comme expert-conseil pour l'instance régionale.

- R9** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit recommander à l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador le membership de l'instance régionale.
- R10** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux ne doit pas être une association professionnelle. Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être inclusif et permettre à tous les directeurs et à tous les gestionnaires de la santé et des services sociaux des communautés d'y participer.
- R11** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit jouer un rôle important pour soutenir les nouveaux directeurs de la santé et des services sociaux des communautés et des organisations et préparer la relève.
- R12** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit soutenir le renforcement des capacités et la formation.
- R13** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit mettre en place une structure qui reflète l'identité culturelle; la culture étant la force et le fondement qui différencie les Premières Nations.
- R14** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit intégrer les professionnels de la santé et des services sociaux et les guérisseurs des communautés pour leur expertise.
- R15** Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit poursuivre son partenariat avec l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations et voir à faire inclure le volet des services sociaux dans son offre de services.

UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION

Le processus de gouvernance en santé et en services sociaux fait partie d'une démarche visant à développer l'autonomie des Premières Nations.

Les communautés ont constaté que le modèle actuel de gouvernance en santé et en services sociaux ne répond pas aux besoins des Premières Nations au Québec. Ainsi, les chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador ont confié à la CSSSPNQL le mandat de coordonner l'élaboration d'un modèle de gouvernance adapté aux besoins et au contexte des Premières Nations au Québec, en plus d'être favorable à l'autodétermination. Celui-ci est appelé processus de gouvernance en santé et en services sociaux.

Le processus est guidé par la vision adoptée par les chefs de l'APNQL en 2014 :

Par notre autodétermination, une approche globale concertée et à l'engagement individuel et collectif, nous serons un peuple en santé lié à la Terre-Mère et notre mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel sera en harmonie.

Pour plus d'information, veuillez consulter le site Web au www.cssspnql.com/champs-intervention/gouvernance.

RÉSUMÉ

Lors de trois rencontres régionales tenues en 2016 et en 2017, des représentants en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec ont travaillé à la création de lignes directrices. Dans une optique d'appropriation par les Premières Nations de leur gouvernance, ces lignes directrices guideront l'élaboration du modèle de gouvernance effective en santé et en services sociaux.



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