



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

UNE GOUVERNANCE EFFECTIVE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS

RAPPORT PRODUIT PAR



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

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

UNE GOUVERNANCE
EFFECTIVE POUR
LE MIEUX-ÊTRE DES
PREMIÈRES NATIONS

RÉDACTION

Georges A. Legault, Université de Sherbrooke

DIRECTION DE LA RÉDACTION

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

COLLABORATION

Émilie Grantham, CSSSPNQL

Patrice K. Lacasse, CSSSPNQL

Jean Levasseur-Moreau, CSSSPNQL

Suzie Nepton, CSSSPNQL

Marjolaine Sioui, CSSSPNQL

RÉVISION

France Chouinard

Edgar

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

Toute reproduction, totale ou partielle, doit 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 photo: 123rf, CSSSPNQL, Shutterstock et Tapiskwan

ISBN: 978-1-77315-264-6

Dépôt légal – 2019

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

© CSSSPNQL 2019

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	1
Introduction	3
Présentation du présent rapport	5
1 Comprendre le choix des Premières Nations au Québec en matière de gouvernance en santé et en services sociaux des communautés	7
1.1 Contexte : le post-colonialisme	7
1.2 Les transformations du droit	10
1.2.1 Les caractéristiques du droit positif	11
1.2.2 Le droit de la gouvernance	13
1.2.3 Les défis du droit de la gouvernance	14
1.3 Choisir un mode de gouvernance : la gouvernance des Premières Nations selon le droit positif et l'ouverture au droit de la gouvernance	15
1.3.1 Droits ancestraux et traités modernes	15
1.3.2 Ententes à l'intérieur des règles législatives fédérales et provinciales	17
Conclusion	21
2 La gouvernance effective : un modèle de gouvernance co-élaboré par et pour les Premières Nations en matière de santé et de services sociaux	22
2.1 La gouvernance : quelle approche retenir ?	22
2.2 La gouvernance effective : le modèle général	25
Conclusion	30

3	La co-élaboration du modèle de la gouvernance effective pour le mieux-être des communautés	32
3.1	Le processus d'élaboration d'un modèle opérationnel de gouvernance effective par et pour les Premières Nations au Québec	32
3.2	La gouvernance locale (communautaire)	33
3.3	La gouvernance régionale : processus d'intervention d'accompagnement	36
3.4	La gouvernance régionale (planification et gestion des ententes)	37
3.5	Le modèle de gouvernance des Premières Nations de la Colombie-Britannique	37
3.6	Structure de la gouvernance en santé dans l'entente tripartite (processus de planification et processus d'intervention)	41
3.7	First Nations Health Directors Association (FNHDA)	43
3.8	Comité tripartite sur la santé des Premières Nations	44
4	La co-élaboration du modèle global et concret de la gouvernance effective pour le mieux-être des communautés	50
4.1	La gouvernance locale (communautaire)	50
4.2	La gouvernance régionale en santé et en mieux-être	53
	Conclusion	55

ANNEXES

A	Schémas de la gouvernance locale (communautaire)	57
B	Schémas de gouvernance régionale	60

LISTE DES ACRONYMES

AANC: Affaires autochtones et du Nord Canada

ASPN: Autorité sanitaire des Premières Nations

BCAFN: British Columbia Assembly of First Nations

CCSSSBJ: Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

CISSS: Centres intégrés de santé et de services sociaux

CSSSPNQL: Commission de santé et de services sociaux, des Premières Nations
du Québec et du Labrador

DGSPNI: Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits

FNHA: First Nations Health Authority

FNHC: First Nation Health Council

FNHDA: First Nations Health Directors Association

FNHS: First Nations Health Society

FNLC: First Nations Leadership Council

FNS: First Nations Summit

NCFNG: National Center for First Nations Governance

RCAANC: Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada

SAC: Services aux Autochtones du Canada

UBCIC: Union of British Columbia Indian Chiefs

AVANT-PROPOS

Au départ, ce rapport avait pour objectif de proposer des pistes de réflexion et de questionnement sur les moyens permettant aux Premières Nations d'obtenir plus d'autonomie et de faire en sorte que la qualité des services sociaux et de santé offerts aux communautés soit améliorée.

Ce rapport devait notamment montrer en quoi les choix auxquels sont confrontées les Premières Nations au Québec pouvaient s'orienter soit dans la perspective du droit canadien, soit dans la perspective plus contemporaine du droit de la gouvernance. En effet, l'expertise de l'équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke sur les transformations du droit et l'émergence du droit de la gouvernance pouvait être un atout pour le processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec.

Le troisième rapport avait initialement pour objectif de mettre en perspective les données des rapports pour les deux volets juridiques, soit *Portrait des droits, des lois, des politiques et des ententes sur les services de santé et les services sociaux auprès des Autochtones au Canada* et *Encadrement juridique de l'organisation et de la prestation de services de santé offerts aux Premières Nations au Québec*, au regard des travaux menés sur la gouvernance des Premières Nations pour le mieux-être des communautés.

Pour mieux comprendre le choix des Premières Nations au Québec en matière de gouvernance en santé et en services sociaux, il apparaissait important de distinguer deux approches fondamentalement différentes : celle des revendications selon les règles juridiques sur les droits ancestraux ou l'autonomie gouvernementale, et celle d'une approche nouvelle en droit de la gouvernance. Pour comprendre les différences fondamentales entre ces deux approches, le présent rapport devait clarifier les transformations du droit qui sont au cœur des débats théoriques en droit. Le rapport produit par Louise Lalonde et Stéphane Bernatchez sur la présentation des enjeux théoriques du droit de la gouvernance, et plus précisément le droit de la gouvernance ou les enjeux de gouvernance posés quant au droit, démontre non seulement les particularités des nouveaux modes de gouvernance, mais aussi leur complexité. Pour rendre plus accessibles ces réflexions théoriques sur les nouveaux modes de gouvernance, le rapport devait présenter un modèle de gouvernance général et soulever les différents enjeux à débattre pour que les Premières Nations puissent prendre position par rapport à un modèle éventuel. Au départ, la recherche sur la gouvernance devait présenter l'analyse théorique de la transformation du droit et la gouvernance par le droit afin de dégager des pistes pour l'élaboration d'un modèle général de gouvernance et pour amorcer des débats sur le processus de gouvernance.

Dans le cadre de ce processus, l'équipe de coordination a choisi une approche participative centrée sur l'apprentissage collectif en vue de dégager des pistes de convergence dans l'élaboration du modèle de gouvernance. Cette approche nécessaire à l'appropriation collective a modifié l'apport de l'équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke. Ainsi, la recherche initiale s'est transformée en projet de recherche-action avec le passage de la théorie de la gouvernance à la co-élaboration d'un modèle de gouvernance, qui s'est fait au fur et à mesure des rencontres régionales.

Du projet initial, le présent rapport sur la gouvernance effective conserve l'objectif de bien montrer les choix possibles des Premières Nations en matière de gouvernance, que ce soit par le biais du droit ou du droit de la gouvernance. Cependant, la section sur le modèle de gouvernance effective vise à montrer la co-élaboration qui s'est déroulée aux phases I et II du processus, et qui permet de passer de la théorie de la gouvernance à l'élaboration d'un modèle de gouvernance effective.

Les travaux des phases I et II du processus ont été réalisés avant l'annonce effectuée en août 2017 concernant la dissolution du ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) et la création de deux nouveaux ministères : Services aux Autochtones Canada (SAC) et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC). Puisque la transformation sera effectuée graduellement, ces changements devront être pris en compte dans la phase III du processus.

INTRODUCTION

L'objectif général du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec est précisé dans le résumé du projet (juin 2013, p. 2) :

« Le projet a pour objectif global l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de santé au niveau local et régional à travers la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance adapté aux réalités et besoins des Premières Nations au Québec.

Pour arriver à cet objectif à long terme, le projet poursuivra deux objectifs à moyen terme :

1. Capacité de prise de décision renforcée en matière de gouvernance en santé, aux niveaux local et régional chez les communautés et organisations des Premières Nations sur les programmes, services et initiatives existants dans les secteurs de la santé et des services sociaux et le financement qui y est rattaché.
2. Partenariats renforcés entre les Premières Nations et les institutions gouvernementales, selon un modèle de gouvernance adapté aux réalités et besoins des Premières Nations du Québec ainsi que les coûts et bénéfices qui y sont associés. »

L'hypothèse d'arrière-plan du projet pourrait s'énoncer ainsi : un mode de « gouvernance Premières Nations » accordant une plus grande capacité de prise de décision en matière de santé et de services sociaux sur le plan local et régional et construit en partenariat avec les instances gouvernementales serait un facteur déterminant dans l'amélioration du mieux-être des Premières Nations.

Il ne faut pas oublier tout le contexte historique qui est à la base de ce désir de changement. Pour les Premières Nations au Québec, ce projet s'inscrit dans le contexte précis de la période postcoloniale. Comme plusieurs travaux l'ont montré, la *Loi sur les Indiens*¹, souvent considérée comme une loi paternaliste visant à assimiler les Autochtones, a défait les modes traditionnels de gouvernance autochtone qui étaient axés sur la coutume et les façons de faire éprouvées au cours du temps pour leur substituer une gouvernance par le droit qui impose des conduites et une conformité. Depuis 1989, le gouvernement fédéral a instauré un programme de transfert du contrôle des programmes de santé vers les communautés autochtones. Le bilan de 1999, intitulé *Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières Nations et des Inuits*², rappelle la volonté de favoriser l'autonomie des communautés en matière de santé. « Le transfert est devenu l'étendard de la relation entre Santé Canada et les communautés des Premières nations et des Inuits. Les ententes de transfert des services de santé entre Santé Canada et les organismes des Premières nations et inuit permettent maintenant aux communautés et organismes des Premières nations et inuit de gérer leurs propres programmes et services de santé³. » Outre les différentes formes d'ententes de transfert négociées entre la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) et les communautés, le gouvernement fédéral annonçait en 1995 sa Politique

¹ *Loi sur les Indiens* (L.R.C. (1985), ch. I-5)

² http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-fra.php

³ http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-fra.php#a3

relative au droit inhérent à l'autonomie gouvernementale. « Par cette politique, le gouvernement reconnaissait le droit constitutionnel des Premières nations et des Inuits d'adopter une forme de gouvernance adaptée à leurs circonstances historiques, culturelles, politiques et économiques. Cette politique introduit donc une [...] approche pour accroître le contrôle des Premières nations et des communautés inuites sur les programmes et services de santé. L'autonomie gouvernementale permet aux bandes de définir des priorités

de programmes reflétant leur réalité plutôt que les objectifs fédéraux. Grâce à elles, les bandes peuvent élargir, affermir et créer des programmes qui amélioreront les services dans leurs communautés et passer certaines lois touchant la santé⁴ ».

Le Processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec s'inscrit donc dans la visée des négociations entre Services aux Autochtones Canada (SAC) et les Premières Nations afin d'accroître le contrôle des Premières Nations sur les programmes de santé et de services sociaux dans le but d'améliorer les services de santé et sociaux pour le mieux-être des populations. Évidemment, plusieurs questions difficiles se posent : doit-on négocier dans le cadre du droit à partir des revendications traditionnelles, ou doit-on négocier de nouvelles ententes de dévolution des responsabilités de la DGSPNI et des opérations régionales de SAC ?

En effet, plusieurs Premières Nations visent la négociation de nouveaux traités en matière d'autonomie gouvernementale. Cette négociation se fait dans le cadre fixé par le droit (traités et décisions judiciaires). De plus, il existe une autre voie pour améliorer le mieux-être des communautés qui consiste à obtenir plus de pouvoir en matière de santé et de services sociaux. Autrement dit, la délégation des pouvoirs de SAC favoriserait une plus grande prise en charge par les Premières Nations en santé et en services sociaux. Si l'on opte pour la délégation, le choix du mode de gouvernance que pourraient se donner les Premières Nations se pose avec acuité. L'objectif général de ce rapport est d'éclairer les choix possibles en matière de gouvernance en santé et en services sociaux pour les Premières Nations au Québec, et pour ce faire, un cadre de référence sur le droit actuel et les transformations du droit de la gouvernance permet de mieux comprendre comment une approche Première Nation de la gouvernance pourrait s'inscrire dans les transformations du droit de la gouvernance.

4 Ibid.

PRÉSENTATION DU PRÉSENT RAPPORT

La première partie du rapport (« Comprendre les choix des Premières Nations au Québec en matière de gouvernance en santé et en services sociaux des communautés ») vise à présenter, dans le contexte postcolonial, la différence entre choisir un mode de gouvernance selon les règles imposées par le droit actuel et choisir un nouveau mode de gouvernance des Premières Nations axé sur la nécessité de surmonter collectivement les nombreux obstacles au mieux-être des Premières Nations au Québec⁵. La section 1.1 situe le contexte post-colonialiste dans lequel se posent les choix de gouvernance. En effet, il est impossible de penser améliorer le mieux-être des Premières Nations au Québec sans tenir compte de l'influence de ce contexte sur les choix. La section 1.2 présente un autre contexte tout aussi important : celui de la transformation du droit. Une grande confusion entoure la notion de gouvernance. Pour plusieurs, elle est soit imposée par le droit, soit associée à la reddition de comptes (la « bonne gouvernance »). Pour d'autres, la notion de gouvernance s'inscrit plutôt dans les modifications actuelles du droit qui intègrent la gouvernance et est désignée sous le nom de « droit de la gouvernance ». En tenant compte de ces deux visions du droit, la section 1.3 montre comment le choix d'améliorer le mieux-être des communautés par des revendications traditionnelles en droit (droits ancestraux et traités modernes) ou par des ententes particulières avec les gouvernements se situe dans la vision du droit, alors qu'il existe une ouverture au droit de la gouvernance depuis l'entente tripartite en Colombie-Britannique et la création du First Nations Health Authority (FNHA) (Autorité sanitaire des Premières Nations [ASPN]).

La première partie permet donc de situer les options actuelles des Premières Nations dans le contexte de la transformation du droit, et jette les bases pour mettre au point un modèle de gouvernance Premières Nations basé sur le droit de la gouvernance.

Les autres parties du rapport expliquent le processus de co-élaboration d'un modèle de gouvernance effective s'inscrivant dans le droit de la gouvernance qui s'est déroulé aux phases I et II du projet. La deuxième partie présente la démarche qui a permis de dégager un fort consensus sur la définition de l'approche de gouvernance à retenir d'une part, et de dégager les grandes composantes du modèle général de gouvernance effective d'autre part. Tout au long de ce processus, la distinction entre l'actuelle gouvernance juridique et comptable de SAC et la gouvernance effective des Premières Nations a été clarifiée.

Enfin, la troisième partie présente la suite de l'élaboration conjointe du modèle de gouvernance effective. La démarche consistait à préciser le modèle général afin de le rendre plus opérationnel en vue de répondre aux besoins des communautés. Pour cette phase d'élaboration conjointe, la démarche orientée vers la résolution de problèmes a été adoptée, et la première étape consistait à déterminer les composantes problématiques de la situation. À cette étape, les travaux ont porté sur les limites du mode actuel de gouvernance de SAC. À partir de ce diagnostic, il a été possible de tracer les changements souhaités et d'élaborer des lignes directrices pour réaliser ces changements. Cette

⁵ Ce rapport ne vise pas les communautés crie, inuit et naskapie.

approche a été utilisée pour élaborer conjointement la gouvernance locale ou communautaire au moyen de la planification en santé et en services sociaux, de la gouvernance régionale en matière d'accompagnement et de la gouvernance régionale en matière de gestion des ententes de financement.

La quatrième partie présente le modèle global et concret construit à partir des lignes directrices proposées aux étapes précédentes et approuvé par les représentants du domaine de la santé et des services sociaux des Premières Nations aux fins des analyses d'opportunité et de faisabilité en vue des pourparlers et de la pré-négociation.

1 COMPRENDRE LE CHOIX DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DES COMMUNAUTÉS

1.1 CONTEXTE : LE POST-COLONIALISME

Lors de sa conférence⁶ présentée dans le cadre du colloque tenu à l'Université Carleton, intitulée *Rooting Aboriginal health and wellness in the rich soil of culture*, Simon Brascoupé a posé dès le départ le cadre qu'il propose d'utiliser pour aborder les problématiques touchant la santé et le mieux-être des communautés autochtones. Lorsqu'elle est appliquée à des communautés, l'approche en matière de sécurité culturelle («cultural safety»), apparue en Nouvelle-Zélande dans les années 1980 pour répondre aux lacunes du système de santé dans le traitement des Maoris, requiert une prise de conscience des répercussions de la colonisation et des traumatismes subis pour pouvoir ouvrir la voie à la décolonisation, à l'autodétermination et à la revitalisation de la culture.

Revenir sur la colonisation n'a pas pour objectif de trouver des coupables et de les blâmer pour ce qu'ils ont fait, et surtout pas de «se victimiser» face au passé, mais plutôt de prendre acte des effets déstructurants afin de pouvoir chercher des moyens pour reconstruire. C'est en tenant compte de ce contexte particulier qu'il faut situer les choix relatifs à la gouvernance des Premières Nations en santé et en services sociaux des communautés.

Plusieurs études sur la colonisation des Premières Nations ont contribué à déterminer son incidence sur les modes de vie traditionnels, ainsi que les défis qui se posent selon le choix du mode de gouvernance en santé et en services sociaux des communautés. La création de «réserves indiennes» a été la première grande transformation imposée par la colonisation en vue d'assimiler les «Indiens». La visée est triple : rendre cette population sédentaire, faire des chasseurs des agriculteurs et faire des «sauvages» des hommes civilisés. Cette approche, inspirée de la colonisation du Paraguay par les Espagnols, a été appliquée au Canada⁷; elle consiste essentiellement à sédentariser les personnes et à les instruire dans la religion du conquérant. L'élimination des terrains de chasse des Autochtones avait pour but de les amener à pratiquer l'agriculture comme les Blancs autour d'eux⁸, et de donner ces terrains aux nouveaux colons afin d'éviter les conflits de territoire⁹.

6 BRASCOUPÉ, Simon. *Cultural Safety: A tool for advancing Aboriginal health and community wellness*, Carleton University, 2 juin 2014.

7 <https://www.britannica.com/place/Paraguay/Colonial-period>

8 BEAULIEU, Alain (2007). «Des grands espaces aux réserves : le cas des Autochtones de l'Est du Canada», *Études canadiennes/Canadian Studies*, n° 62, p. 249 et 255.

9 FORTIN, Gérard L. et Jacques Frenette (1989). «L'acte de 1851 et la création de nouvelles réserves indiennes au Bas-Canada en 1853», *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. XIX, n° 1, p. 32.

D'un point de vue idéologique, les réserves, pensées selon le modèle des réductions jésuites, devaient permettre une meilleure assimilation des Indiens à la vie des conquérants. Les Indiens étant perçus comme étant des « sauvages », c'est-à-dire « un peuple qui vit hors civilisation¹⁰ », on comprend pourquoi l'Indien n'est pas reconnu comme un égal. Les Indiens – tout comme les femmes de l'époque – n'ont aucune reconnaissance sur le plan juridique, comme en témoigne la loi de 1857.

« QUELQUES ANNÉES PLUS TARD, LE PARLEMENT DU CANADA-UNI FRANCHISSAIT UNE AUTRE ÉTAPE, EN ADOPTANT L'ACTE POUR ENCOURAGER LA CIVILISATION GRADUELLE DES TRIBUS SAUVAGES DANS LES CANADA. CETTE LOI DÉFINISSAIT POUR LA PREMIÈRE FOIS LE STATUT JURIDIQUE INFÉRIEUR DES INDIENS, UN STATUT QUI S'APPARENTAIT À CELUI DES MINEURS. [...] TOUT EN AYANT ÉTABLI QUE LES AUTOCHTONES ÉTAIENT DES MINEURS, LE LÉGISLATEUR PRÉVOYAIT LES MÉCANISMES POUR QU'ILS PUISSENT S'ÉMANCIPER : EN VERTU DES DISPOSITIONS DE L'ACTE DE 1857, TOUT INDIEN INSTRUIT, LIBRE DE DETTES ET DE BONNES MŒURS POUVAIT EN EFFET DEMANDER SON "ÉMANCIPATION", QUI POUVAIT LUI ÊTRE ACCORDÉE (OU REFUSÉE) APRÈS EXAMEN DE SON CAS PAR UN COMITÉ SPÉCIAL. S'IL RÉPONDAIT AUX CRITÈRES, LE DEMANDEUR CESSAIT D'ÊTRE INDIEN AU SENS DE LA LOI¹¹. »

Pour les missionnaires, la perception des Indiens n'est pas différente. « Les missionnaires désiraient ardemment protéger "les enfants des bois". Considérer les Amérindiens comme des enfants n'étaient pas seulement le fruit des mentalités du XIX^e siècle et de la première moitié du XX^e siècle¹². » La triste suite logique de cette perception a été la stratégie des pensionnats indiens.

La stratégie colonisatrice impose non seulement un changement de mode de vie, mais aussi un changement dans la gouvernance des Premières Nations par l'imposition du conseil de bande. L'objectif est simple : briser toute résistance des chefs traditionnels en imposant une nouvelle structure^{13,14}. Chaque Première Nation structurait sa vie sociale autour de la notion de « chef ». Dans la tradition européenne, le terme « chef » véhicule un tout autre sens que celui que leur donnent les Premières Nations. Dans la tradition européenne, le « chef » est celui qui a l'autorité de commander aux autres, et les autres doivent obéir sans questionner l'autorité du chef. Cette vision est essentiellement axée sur le commandement, et l'efficacité sociale dépend de l'obéissance aux commandements. Or, c'est cette vision de l'autorité et du chef que l'obligation du conseil de bande impose.

Cette vision est étrangère à la culture des Premières Nations, comme le démontre la structure perméable des groupes de chasse et des bandes non structurales. En effet, les bandes non structurales étaient gouvernées par deux principes : l'autonomie des familles et la liberté de circuler¹⁵. Toutefois, cette autonomie des familles est radicalement à l'opposé des modes de gouvernance axée sur l'obéissance. Ainsi, au lieu de commander,

10 <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/sauvage/>

11 BEAULIEU, Alain, Stéphanie Béreau et Jean Tanguay (2013). *Les Wendats du Québec : Territoire, économie et identité, 1650-1930*, Québec, Éditions GID, p. 189.

12 MORISSETTE, Anny (2013). *Le leadership interstitiel, le champ d'action des Amérindiens ou le pouvoir dans la marge : l'exemple de la communauté algonquaine de Kitigan Zibi (Québec)*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, p. 98.

13 BEAULIEU, Alain (2000). *Les Autochtones du Québec. Des premières alliances aux revendications contemporaines*, Saint-Laurent, Musée de la civilisation et Éditions Fides, p. 73.

14 Ibid., p. 74.

15 MORISSETTE, Anny (2007). « Composer avec un système imposé. La tradition et le conseil de bande à Manawan », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. XXXVII, n° 2-3, p. 127-128.

le chef devait avoir une autorité morale de guide et devait convaincre de la justesse de ses recommandations¹⁶. À l'instantanéité du commandement s'oppose le temps nécessaire à la délibération collective. Cette caractéristique fondamentale de la participation démocratique est au cœur de la vie politique autochtone¹⁷.

Les finalités de la gouvernance des Premières Nations se résument à assurer la qualité de vie des membres de la communauté, tant sur le plan physique que relationnel et spirituel. Dans les communautés où la structure repose sur le respect de l'autonomie des familles, le ou les chefs (ou Grand chef) sont choisis par la communauté selon que ces personnes possèdent les qualités jugées nécessaires pour bien remplir leur fonction. Ainsi, les chefs de chasse seront reconnus non seulement pour leur adresse, mais aussi pour la connaissance du terrain. Dans certaines communautés, les chefs de guerre seront choisis en fonction de leur courage et de leurs habiletés stratégiques. Enfin, le chef civil ou capitaine de paix doit avoir tous les talents pour régler les différends qui surviennent au quotidien dans la communauté. Le choix final repose donc sur la reconnaissance par la communauté des qualités du chef¹⁸. L'effectivité de ce mode de gouvernance dépend en fait de la force des coutumes et des mœurs qui, étant partagée par tous, permet d'assurer par la pression sociale la conformité des actions en fonction des règles et du sens qu'elles portent. La clé de voûte de la gouvernance demeure la dimension spirituelle partagée de la Nature.

L'imposition du conseil de bande selon la notion européenne du droit comme commandement aura plusieurs conséquences dévastatrices sur la gouvernance autochtone, notamment l'avènement de chefs répondant davantage aux enjeux de négociation avec les instances gouvernementales¹⁹, la transformation du rôle des femmes dans les communautés²⁰ et l'émergence de la « famille régnante » au sein des communautés²¹.

En 1979, Noel Starblanket résume éloquemment l'effet cumulatif sur les Premières Nations des conséquences engendrées par la colonisation :

« SE VOIR IMPOSER UNE VIE DONT LE CONTRÔLE NOUS ÉCHAPPE COMPLÈTEMENT, C'EST UNE SOURCE CONSTANTE DE STRESS QUI PEUT AFFAIBLIR ET DÉMORALISER UNE PERSONNE, ET UNE COMMUNAUTÉ TOUT ENTIÈRE. NOUS, LES PEUPLES AUTOCHTONES, NOUS SOMMES RETROUVÉS MALGRÉ NOUS SOUS LE JOUG DE POLITIQUES FÉDÉRALES PATERNALISTES QUI NE CESSAIENT D'ÊTRE MODIFIÉES, CE QUI A GRANDEMENT CONTRIBUÉ AUX PROBLÈMES DE SANTÉ SOCIALE QU'ON DÉPLORE AUJOURD'HUI DANS NOS RANGS (ALCOOLISME ET TOXICOMANIE, ÉCLATEMENT DES FAMILLES, SUICIDES, ACCIDENTS ET MORTS VIOLENTES). DES DONNÉES DE PLUS EN PLUS ABONDANTES INDIQUENT QUE LE STRESS QUE CAUSENT LA DÉPENDANCE ET L'INCERTITUDE ENTRAÎNE ÉGALEMENT DES MALADIES ET AFFECTIONS PHYSIQUES [...]»²². » [TRADUCTION LIBRE]

16 THERRIEN, Jean-Marie (2007). *Parole et pouvoir : Figure du chef amérindien en Nouvelle-France*, Montréal, Liber, p. 27.

17 MORISSETTE, Anny (2013). *Le leadership interstitiel, le champ d'action des Amérindiens ou le pouvoir dans la marge : l'exemple de la communauté algonquienne de Kitigan Zibi (Québec)*, thèse de doctorat, Montréal, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, p. 57.

18 Ibid.

19 MORISSETTE, Anny (2007). « Composer avec un système imposé. La tradition et le conseil de bande à Manawan », *Recherches amérindiennes au Québec*, vol. XXXVII, p. 127, 129-130.

20 LAMONTAGNE, Manon, Nathalie MOREAU, Joanne OTTEREYES et Évelyne JEAN-BOUCHARD (2008). « Les femmes autochtones au Québec », *Canadian Woman Studies*, vol. 26, p. 59.

21 OTIS, Ghislain (2003-2004). « Élection, gouvernance traditionnelle et droits fondamentaux chez les peuples autochtones du Canada », *Revue de droit de McGill*, vol. 49, n° 2, p. 393-406.

22 STARBLANKET, Noel (1979). « National Indian Brotherhood », cité dans Angela Rose Mashford-Pringle (2013), *Self-Determination in Health Care: A Multiple Case Study of Four First Nations Communities in Canada*.

C'est dans ce contexte postcolonial que s'inscrivent les enjeux liés au choix de meilleurs modes de gouvernance Premières Nations pour assurer l'amélioration du mieux-être des communautés.

1.2 LES TRANSFORMATIONS DU DROIT

Les discussions en vue d'établir les meilleurs moyens d'action permettant d'assurer une gouvernance par les Premières Nations au Québec en santé et en services sociaux des communautés mettent en évidence deux approches. La première est axée sur les revendications de droits ancestraux et de l'autonomie gouvernementale selon les règles imposées par les Traités, la Constitution et l'interprétation des tribunaux, et la seconde est axée sur la négociation d'un mode de gouvernance en santé et en services sociaux des communautés donnant une place importante aux Premières Nations dans a) l'élaboration des politiques et de la régulation, b) l'application de celles-ci, c) le choix des modalités pour assurer la qualité des services octroyés et d) l'implication citoyenne nécessaire à son effectivité. Bien que les approches soient envisagées conjointement par les Premières Nations, elles soulèvent des enjeux particuliers puisque chaque approche s'inscrit dans une vision particulière du droit.

Pourquoi est-il nécessaire de comprendre la différence entre ces visions du droit lorsqu'il s'agit de choisir un mode de gouvernance ? Tout simplement parce que chaque approche a ses forces et ses limites, et que celles-ci découlent de la vision du droit que chacune incarne. Autrement dit, si la gouvernance repose sur une vision du droit axée sur le commandement et l'obéissance, la gouvernance effective souhaitée ne pourra probablement pas se concrétiser. C'est ce à quoi Lalonde et Bernatchez font référence dans leur rapport : « Ainsi, afin que des modèles de gouvernance soient effectifs et efficaces, une transformation non seulement du droit, mais aussi de la conception du droit qu'en ont ses principaux acteurs est [...] nécessaire. Tant les acteurs publics (législateurs, juges, fonctionnaires) que les acteurs privés et la société civile doivent modifier leur vision du droit et de ses usages²³. »

L'analyse des points suivants devrait permettre de mieux comprendre la différence entre ces deux visions du droit. En premier lieu, il faut préciser les caractéristiques du droit dans la tradition européenne afin de les distinguer de celles du droit de la gouvernance, approche qui se dégage de plus en plus dans les transformations actuelles du droit. De plus, une attention particulière doit être portée au rôle de l'interprétation de la loi dans son application afin de mieux cerner les particularités de ces deux visions du droit. Enfin, nous concluons avec les défis que pose l'adoption du droit de la gouvernance.

Il est important de comprendre la différence entre ces deux visions du droit parce que chacune d'elle impose un cadre et des modalités particuliers au mode de gouvernance choisi. Ainsi, les revendications de droits ancestraux et de l'autonomie gouvernementale selon les règles imposées par les Traités, la Constitution et l'interprétation des tribunaux s'inscrivent dans la logique du droit traditionnel européen, alors que l'élaboration d'un modèle de gouvernance effective s'inscrit dans la vision du droit de gouvernance.

23 LALONDE, Louise et Stéphane Bernatchez (2015), *Présentation des enjeux théoriques du droit de la gouvernance : Le droit de la gouvernance ou les enjeux que la gouvernance pose au droit*, Document inédit, p. 2.

1.2.1 Les caractéristiques du droit positif

Pour les juristes, ce qu'on appelle communément le droit est en fait le droit positif. Pourquoi cette expression, sinon pour distinguer ce type de droit d'un autre qui ne serait pas positif? En effet, le droit est dit « positif » parce qu'il est posé par quelqu'un. Il se distingue alors du droit « naturel » qui, selon diverses traditions, s'impose de lui-même. On pourrait illustrer ce droit non posé avec l'exemple de lois qui seraient inscrites dans la Nature et que l'humain devrait respecter en tout temps et, surtout, lorsqu'il élabore les siennes. Cette tradition existe encore aujourd'hui dans certaines démocraties et dans la culture des Premières Nations. Puisque le droit positif est posé, cela doit se faire par certaines institutions. Le droit positif est dicté par le pouvoir législatif qui a l'autorité de créer les lois, et qui est interprété par le pouvoir judiciaire lorsqu'il y a conflit dans la façon de l'appliquer à une situation. Enfin, le pouvoir gouvernemental a la responsabilité de gérer l'administration publique en conformité avec les lois.

Le droit positif, par le pouvoir législatif, est conçu selon la logique du commandement; en effet, une personne d'autorité commande aux autres d'agir sous peine de sanction. Le droit positif devient dès lors un système clos sur lui-même. Certes, il incorpore des valeurs et des principes véhiculés dans la société, mais les valeurs et principes reconnus dans une société qui ne sont pas intégrés dans le droit n'auront aucune force légale. Comme le précisent Lalonde et Bernathez, « [b]ien que nul ne remette en cause que des valeurs et des principes soient intégrés au droit, les valeurs et principes non avalisés par le droit ne peuvent être revendiqués et reconnus par le droit²⁴. » Par exemple, le débat juridique autour de l'existence d'une obligation de fiduciaire entre la Couronne et les Premières Nations illustre bien comment les juges interprètent cette notion à la lumière de valeurs et principes. Dans l'affaire *Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et al. c. Procureur général du Canada (pour le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)* (2016, TCDP 2), toute une section du jugement est réservée à cette notion. Plusieurs questions et interprétations sont soulevées à partir du contexte historique de la création des réserves. Même si le tribunal reconnaît qu'il y a une « politique fiduciaire », il ne conclut pas à une obligation fiduciaire générale de la Couronne; il faut donc y aller au cas par cas. Depuis plusieurs années, les divers jugements établissent pour chaque situation s'il y a ou non une obligation fiduciaire relativement à un droit particulier. Seules les obligations fiduciaires reconnues par les tribunaux ont une force légale et peuvent obliger la Couronne à agir. Si nul ne conteste le principe général d'une relation fiduciaire, il n'en demeure pas moins que les tribunaux ont surtout reconnu une obligation de fiducie en matière de questions foncières. Cependant, la question est ouverte et continue de faire l'objet de débats dans des domaines autres que juridiques et économiques. Dans la présente cause, malgré une ouverture à la possibilité d'une obligation de fiducie en matière de services à l'enfance, les juges ont conclu qu'ils n'avaient pas besoin de trancher cette question dans cette affaire.

En plus d'être fermé sur lui-même, le droit se caractérise par le fait qu'il impose une contrainte d'action sous peine de sanction. « Non seulement le droit émane-t-il de la seule autorité publique étatique, mais son discours est un discours contraignant et assorti de sanctions, d'où sa filiation à la régulation par le *command and control*²⁵. » Autrement

24 Id., p. 7.

25 Ibid.

dit, sa force légale tient au fait qu'il oblige des personnes à se conformer à une règle, et dans le cas contraire, une sanction est appliquée. Puisque le droit exige la conformité, il impose un mode binaire : la personne se trouve en conformité ou en non-conformité avec la règle de droit. C'est ce qui explique pourquoi, dans certaines circonstances, le droit produit des effets surprenants. Par exemple, la réglementation autorise le financement du transport d'une personne malade à l'hôpital. Cependant, si la personne malade décède, le rapatriement du corps n'est pas possible. Une telle situation se justifie par des règles selon lesquelles les personnes décédées ne sont pas admissibles au programme des services de santé non assurés. La logique binaire de la règle de droit conduit quelquefois à des situations difficiles à vivre pour les personnes impliquées.

Pour qu'une règle s'applique à une situation, il faut un jugement. En droit, ce sont les juges qui ont le dernier mot, comme l'illustre la question d'une obligation de fiduciaire entre la Couronne et les Premières Nations. « Cela étant, traditionnellement, le rôle de donner sens à la norme, que ce soit en l'interprétant sinon parfois en le créant, sens auquel le texte ne peut être assimilé, relève de la fonction judiciaire, et des diverses autorités publiques qui appliquent le droit, et ce, à l'exclusion des acteurs non autorisés par le système juridique²⁶. » Appliquer une loi générale à une situation particulière exige de définir le sens des mots de la loi d'une part, et d'autre part, de repérer les faits pertinents dans le contexte qui permettent de poser le jugement de conformité ou de non-conformité. Dans les décisions judiciaires, il y a souvent des décisions prises par la majorité des juges, car les juges ne donnent pas le même sens aux mots de la loi ou encore ne reconnaissent pas les mêmes faits comme étant pertinents. C'est ce pouvoir d'interprétation qui donne aux juges de la Cour suprême du Canada des pouvoirs importants dans la définition de la portée des droits des Premières Nations.

L'approche du commandement sur laquelle repose le droit suppose aussi que l'obéissance est le meilleur mode pour assurer l'efficacité du système. Le fait de commander, d'obéir et de sanctionner devrait en principe assurer le bon fonctionnement de la société. « Dans cette perspective, chez les positivistes²⁷ en général, le seul rôle attribué au citoyen dans le système juridique demeure celui de leur obéissance, alors que la légitimité du système est assurée par une certaine efficacité générale de cette pratique²⁸. »

Or, c'est précisément le manque d'efficacité du droit positif à régler les problèmes actuels, comme l'environnement ou le développement technologique, où maints acteurs font fi des sanctions, qui a imposé la nécessité de repenser le droit par le droit de la gouvernance. « Pour le dire autrement, c'est précisément le constat du manque d'efficacité des politiques et des normes juridiques telles que conçues dans le modèle traditionnel de *command and control* qui a favorisé le passage du gouvernement à la gouvernance, de la réglementation à la régulation²⁹. » Dans le droit de la gouvernance, c'est principalement le rôle du citoyen qui change et qui donne une autre vision du droit.

26 Id., p.8.

27 Le sens de « positivistes » : les tenants de droit positif.

28 Louise Lalonde et Stéphane Bernatchez, *op.cit.*, p. 9.

29 Id., p.22.

1.2.2 Le droit de la gouvernance

Envisager le droit comme un mode de gouvernance modifie plusieurs des caractéristiques du droit positif tel que résumé. En effet, dès que l'on prend pour cible l'efficacité du droit, on interroge le rôle des acteurs. Est-ce que les acteurs vont se conformer davantage s'ils sont à l'origine des règles énoncées, de leur application et de leur évaluation? C'est ce que suppose ce nouveau droit de la gouvernance.

Tout système de droit dépend de procédures. Comme mentionné précédemment, le droit positif est pyramidal et prévoit, au moyen de la Constitution, les procédures d'élection permettant l'énonciation des lois à l'Assemblée nationale du Québec ou au Parlement canadien, ainsi que les dispositifs d'application des lois par le gouvernement et les juges. La procédure du droit de la gouvernance est moins formelle; elle implique dès le départ les citoyens dans l'énonciation du contenu des lois, de leur application, et surtout, de l'évaluation de celles-ci en fonction des objectifs précisés: « Un continuum peut rendre compte de ces différents niveaux de convocation et de participation des citoyens qui va de la prise en charge de l'application de normes préexistantes à l'énonciation et l'effectuation de normes, en passant par la mise en place de processus dans l'atteinte d'objectifs³⁰. » Le droit de la gouvernance apporte ainsi un changement important. Il ne suffit pas de mesurer la conformité des acteurs aux règles pour juger si le droit est effectif; il faut aussi vérifier si le droit atteint ses objectifs dans la vie sociale. En effet, tant que l'incidence de la règle sur la vie en société n'est pas pris en compte, on ne peut pas évaluer la portée réelle du droit.

Dans la littérature juridique, on distingue généralement deux formes de droit: le droit dur (*hard law*), qui correspond à l'idée du droit contraignant, et le droit souple (*soft law*), qui n'est pas contraignable par le juge. Le droit dur correspond au droit positif tel que décrit. Le droit de la gouvernance, puisqu'il dépend des acteurs, n'a pas la même force, c'est pourquoi certains juristes parlent de droit souple ou mou parce qu'un juge ne peut pas l'imposer. Ce droit par contre, puisqu'il provient des acteurs, possède souvent une forme normative plus grande que le droit positif. Alors que la norme juridique en droit positif est une norme généralement contraignante et assortie de sanctions, le droit de la gouvernance offre des normes souples, floues et douces. « Or, tout l'intérêt du droit souple réside justement dans la perspective de la gouvernance, dans cette souplesse qui le caractérise et qui permet aux acteurs de s'approprier leur contenu normatif et de participer, à divers niveaux, à la régulation que ce type de norme offre. Le droit souple est effectif, il présente une grande portée normative pour les acteurs, mais il est peu "reçu" par le système juridique. La force du droit souple est souvent celle de son effectivité³¹. » Comme tout droit, le droit de la gouvernance doit être interprété pour être appliqué dans des situations concrètes. Ici encore, l'interprétation du droit souple se distingue de l'interprétation classique du droit positif. Dans le droit positif, les juges interprètent les lois et règlements à partir du sens des mots et de leur sens usuel. Cette clarification du sens de la loi ou du règlement leur permet de vérifier comment, dans la situation, les actions sont ou non en conformité avec le sens dégagé. Lorsque le sens des mots n'est pas suffisamment clair, les juges ont alors recours à leur perception de l'intention du législateur lorsqu'il a énoncé

³⁰ Id., p. 12.

³¹ Id., p. 15.

la norme. On peut voir que les juges suivent encore le modèle du commandement puisqu'ils cherchent à déterminer les intentions de l'autorité au moment de l'adoption de la loi. C'est ce qui explique que l'application du droit ne tient pas compte du contexte actuel.

Le droit de la gouvernance étant lié aux acteurs, il exige une autre forme d'interprétation. C'est ce que Lalonde et Bernatchez désignent par « l'interprétation contextuelle du droit ». Une telle interprétation a un objectif fondamental : s'assurer que l'interprétation donnée favorise l'atteinte des objectifs inscrits par les acteurs dans l'énoncé des normes. « L'effectuation du droit exige la mise en place d'une action coopérative entre les acteurs concernés afin qu'ils transforment leur forme de vie, qu'ils révisent leurs croyances et leurs comportements, le juge renvoyant la décision aux parties concernées et se limitant à contrôler le respect des conditions propres à une telle action coopérative³². » Comme on peut le constater, le jugement en droit de la gouvernance doit tenir compte de l'incidence de l'interprétation des ententes conclues dans la vie des gens. Il ne suffit plus d'interpréter uniquement en fonction du sens des mots. En élargissant ainsi la fonction de juger, on donne plus de pouvoir et de responsabilités aux juges face aux choix faits pour assurer le vivre-ensemble.

1.2.3 *Les défis du droit de la gouvernance*

Dans le monde juridique actuel, il n'est pas évident de faire place au droit de la gouvernance compte tenu des forces et des limites de ce type de droit. En effet, ce droit laisse beaucoup de place à l'interprétation des acteurs et à leur implication. Or, dans une instance communautaire, cela suppose que les acteurs font confiance aux processus d'énonciation, d'application et d'évaluation qu'ils se sont donnés. Le droit de la gouvernance repose sur cette confiance dans les autres et sur l'implication citoyenne de tous les acteurs. Ainsi, le droit de la gouvernance repose sur la capacité des acteurs à assurer l'action collective, seul moyen pour atteindre les objectifs. Jusqu'où peut-on faire confiance aux acteurs? Comment s'assurer de la participation nécessaire pour que les objectifs soient atteints? Comment concilier cette forme de droit de la gouvernance avec l'autorité politique? Tous ces défis doivent être relevés au fur et à mesure de la mise en place du mode de gouvernance.

Lalonde et Bernatchez soulèvent un autre défi, et non le moindre : la nécessité de la transformation des acteurs. « Il ne faut pas supposer que la coopération pourra automatiquement advenir. Le choix d'une norme implique un retour réflexif sur les modes de vie existants, sur le contexte dans lequel la norme s'inscrit; sans connaissance de ce mode de vie existant, jamais le mode de vie potentialisant, c'est-à-dire celui souhaité par le choix de cette nouvelle norme, ne pourra se réaliser effectivement. Les acteurs doivent, au départ de cette connaissance qu'ils possèdent et qui doit être mise en commun, construire ensemble le problème à résoudre et imaginer des solutions possibles. Ce travail réflexif exige que les formes de vie envisagées puissent recevoir une acceptation pratique de la part des acteurs³³. » Autrement dit, pour que le droit de gouvernance soit une véritable réponse aux défis soulevés, il faut un processus d'apprentissage collectif continu qui permet aux acteurs de développer leurs capacités et de construire des façons de faire collectives pour assurer l'atteinte des objectifs.

³² Id., p. 21.

³³ Id., p. 29.

Ces deux visions du droit, soit le droit positif et le droit de la gouvernance, permettent une meilleure compréhension des différentes stratégies d'action qui sont au cœur du dialogue des Premières Nations au Québec visant à améliorer le mieux-être des Premières Nations.

1.3 CHOISIR UN MODE DE GOUVERNANCE : LA GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS SELON LE DROIT POSITIF ET L'OUVERTURE AU DROIT DE LA GOUVERNANCE

Les analyses menées lors du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec pour éclairer le choix des Premières Nations ont porté sur les deux modes de gouvernance : celui du droit positif et celui de la gouvernance par le droit. Afin de mieux comprendre les forces et les limites de chacun de ces modes, nous présenterons dans un premier temps les conclusions des analyses qui portaient sur diverses voies de solution, dans le contexte du droit, pour répondre au désir d'améliorer le mieux-être des Premières Nations : *Portrait des droits, des lois, des politiques et des ententes sur les services de santé et les services sociaux auprès des Autochtones au Canada et Encadrement juridique de l'organisation et de la prestation de services de santé offerts aux Premières Nations au Québec*.

Nous présentons ici les choix qui peuvent se faire dans le cadre du droit actuel : la revendication des droits ancestraux et des traités modernes ainsi que la négociation d'ententes à l'intérieur du cadre réglementaire fédéral et du droit provincial.

1.3.1 Droits ancestraux et traités modernes

La première difficulté rencontrée en matière de droits des autochtones est celle de la reconnaissance des Premières Nations dans l'univers juridique canadien. Il n'est pas rare d'entendre les Premières Nations au Québec reconnaître leurs nations et discuter d'égal à égal avec la nation canadienne. La reconnaissance des Premières Nations remonte ainsi aux divers traités qui ont été signés par les Premières Nations et la nation canadienne. Cependant, comme le souligne Angela Mashford-Pringle dans sa thèse de doctorat, l'idée que nous nous faisons d'un gouvernement d'une Première Nation est celle imposée par le droit canadien :

« LA DÉFINITION D'UN GOUVERNEMENT D'UNE PREMIÈRE NATION NE FAIT PAS L'UNANIMITÉ. CERTAINS DE CES GOUVERNEMENTS ONT ÉTÉ CRÉÉS PAR LE FÉDÉRAL EN VERTU DE LA LOI SUR LES INDIENS. CETTE DERNIÈRE, BIEN QUE NOMBRE DE FONCTIONNAIRES ET D'UNIVERSITAIRES S'ENTENDENT POUR DIRE QU'ELLE EST HONTEUSEMENT DÉPASSÉE, DEMEURE LE PRINCIPAL OUTIL LÉGISLATIF RÉGISSANT LES PREMIÈRES NATIONS ET LEURS COMMUNAUTÉS (ALFRED, 2009; ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, 2001; BORROWS, 2010; GIBSON, 2009; STONECHILD, 2006). UNE STRUCTURE DE CHEF ET DE CONSEIL DE BANDE ÉLUS À LA MAJORITÉ - RESSEMBLANT ÉTRANGEMENT AU SYSTÈME ÉLECTORAL DÉMOCRATIQUE DU CANADA - A D'AILLEURS ÉTÉ MISE EN PLACE EN VERTU DE LA LOI SUR LES INDIENS, REMPLAÇANT LES STRUCTURES DE GOUVERNANCE TRADITIONNELLES DANS DE NOMBREUSES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS. C'EST DURANT LES ANNÉES 1950 QUE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL A COMMENCÉ À « FORCER » LES BANDES À ABANDONNER LEURS STRUCTURES TRADITIONNELLES AU PROFIT D'UN MODÈLE DANS LEQUEL LES DIRIGEANTS SONT « ÉLUS ». CERTAINS ESTIMENT QUE LE GOUVERNEMENT TENTAIT AINSI DE GAGNER DE L'ASCENDANT SUR LES PREMIÈRES

NATIONS (ALFRED, 2009; COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES, 1996B; D. TURNER, 2006). ON NOTE AUJOURD'HUI CERTAINS CAS OÙ CHEFS ÉLUS ET CHEFS HÉRÉDITAIRES TRADITIONNELS COEXISTENT, MAIS CES DERNIERS N'ONT ALORS AUCUN POUVOIR POLITIQUE OU ADMINISTRATIF³⁴. » [TRADUCTION LIBRE]

Ainsi, lorsqu'on cherche à déterminer les droits des Autochtones et à reconnaître un gouvernement autochtone, ce sont les qualifications offertes par la Constitution canadienne, les lois canadiennes et l'interprétation judiciaire qui dessinent les contours de ces droits et de l'autonomie gouvernementale.

Comme le précise le premier rapport, « [s]elon la Cour suprême dans Van Der Peet³⁵, les droits ancestraux découlent du fait que les peuples autochtones étaient des entités autonomes et souveraines avant l'arrivée des Européens. Ainsi, par cette "autonomie gouvernementale" antérieure et cette mainmise sur le territoire, ces peuples sont titulaires de droits ancestraux. Les droits ancestraux sont divisés en deux sous-catégories, soit le titre aborigène et les droits-activités³⁶. »

Or, ces droits sont reconnus dans la Constitution de 1982: « Depuis 1982, l'article 35(1) de la *Loi constitutionnelle de 1982* prévoit que "les droits existants, ancestraux ou issus de traités des peuples autochtones du Canada sont reconnus et confirmés". Cette constitutionnalisation des droits ancestraux implique que les peuples autochtones bénéficient d'une protection particulière à l'égard d'éventuelles modifications ou abrogations³⁷. »

La distinction entre le titre aborigène et les droits-activités est importante, car seul le titre aborigène confère des droits sur le territoire.

« TOUT D'ABORD, LE TITRE ABORIGÈNE EST UN DROIT *SUI GENERIS* QUI PERMET À UNE COLLECTIVITÉ D'AVOIR LA MAÎTRISE D'UN ESPACE TERRITORIAL. AINSI, LE PEUPLE AUTOCHTONE TITULAIRE D'UN TITRE ABORIGÈNE SERA DÉTENTEUR DE DROITS SUR LES TERRES, MAIS AUSSI SUR TOUT CE QUI S'ÉTEND SUR ET SOUS CELLES-CI. CELA COMPRENDRAIT LES DROITS MINIERS ET LE LIT DES COURS D'EAU, PAR EXEMPLE. DE PLUS, CONTRAIREMENT AUX DROITS-ACTIVITÉS, LE TITRE ABORIGÈNE COMPORTE UNE LIMITE INTRINSÈQUE QUI SE CARACTÉRISE PAR LE FAIT QUE LA COMMUNAUTÉ TITULAIRE DU TITRE NE PEUT POSER DE GESTES OU FAIRE UNE UTILISATION DU TERRITOIRE QUI SERAIT INCOMPATIBLE AVEC LA NATURE DE CE TITRE. UN DROIT-ACTIVITÉ EST AUSSI, DE PAR SA NATURE, UN DROIT *SUI GENERIS*. LA PRATIQUE D'UNE ACTIVITÉ EST UN DROIT COLLECTIF ET COMMUNAUTAIRE, ET CETTE PRATIQUE PEUT OU NON SE RATTACHER AU TERRITOIRE. ENFIN, CONTRAIREMENT AU TITRE ABORIGÈNE DONT LE CONTENU EST PLUS GÉNÉRIQUE, LE TITRE DES DROITS-ACTIVITÉS EST PLUS SPÉCIFIQUE ET SERA DÉTERMINÉ AU CAS PAR CAS³⁸. »

34 Angela Rose Mashford-Pringle, *Self-Determination in Health Care: A Multiple Case Study of Four First Nation Communities in Canada*. University of Toronto, 2015, p.17.

35 Pour simplifier la lecture, toutes les notes de référence des auteurs ont été supprimées des citations des deux rapports.

36 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2015). *Portrait des droits, des lois, des politiques et des ententes sur les services de santé et les services sociaux auprès des Autochtones au Canada*. Récupéré de http://www.cssspnql.com/docs/default-source/Publications-Gouvernance/gouv_constitution_bloc-a_web_fra.pdf?sfvrsn=2.

37 Ibid.

38 Id., p. 5-6.

Retenons donc, comme le précise le deuxième rapport, que l'aboutissement des négociations de l'autonomie gouvernementale conduit à l'élaboration d'un traité moderne ou de toute autre entente qui permet à une communauté de gérer ses programmes :

« EN SOMME, LA SPHÈRE NORMATIVE FÉDÉRALE EST MUNIE DE PLUSIEURS POLITIQUES FAVORISANT LA SIGNATURE D'ENTENTES QUI CONFÈRENT AUX PREMIÈRES NATIONS SIGNATAIRES DE PLUS OU MOINS GRANDS POUVOIRS D'AGIR EN SANTÉ. LES ENTENTES D'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE SONT CERTAINEMENT CELLES QUI CONCÈDENT LE PLUS GRAND POUVOIR D'AGIR AUX PREMIÈRES NATIONS, PUISQU'ELLES LEUR OCTROIENT LE POUVOIR DE LÉGISFÉRER EN SANTÉ. ELLES PERMETTENT EN OUTRE AU CONSEIL DE BANDE SIGNATAIRE DE RÉGLEMENTER EN MATIÈRE DE SANTÉ, DE GESTION ET DE CONCEPTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE GESTION DES RESSOURCES FINANCIÈRES. QUANT AUX ENTENTES DE TRANSFERT DES SERVICES DE SANTÉ, ELLES ACCORDENT AUX PREMIÈRES NATIONS LE POUVOIR DE GESTION ET DE CONCEPTION DES PROGRAMMES DE SANTÉ AINSI QUE CELUI DE GÉRER LES FONDS ALLOUÉS PAR SANTÉ CANADA. CE DERNIER POUVOIR EST CEPENDANT ASSUJETTI À UNE REDDITION DE COMPTES AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL. DE SURCROÎT, TOUTES LES NATIONS NE SONT PAS SIGNATAIRES DE TELLES ENTENTES³⁹. »

La voie de la revendication de l'autonomie gouvernementale peut donc permettre une plus grande autonomie dans la prise en charge de la santé et des services sociaux des communautés selon ce qui sera reconnu dans le traité moderne. Cependant, on doit reconnaître que le processus de négociation des traités modernes est très long et qu'il est peut-être souhaitable, selon le cas, de trouver des solutions à l'intérieur du cadre juridique existant.

1.3.2 *Ententes à l'intérieur des règles législatives fédérales et provinciales*

a) Ententes provinciales

Les communautés des Premières Nations sont assujetties à deux niveaux de juridictions. Pour rappel, la Constitution canadienne garantit des droits aux Autochtones, et les tribunaux canadiens ont précisé au cours du temps les responsabilités du gouvernement canadien à leur égard. Cependant, au Québec, les membres des communautés sont aussi des résidents de la province, et ils ont conséquemment droit aux mêmes services de santé que tous les résidents. Le deuxième rapport précise en ces termes la place reconnue aux Autochtones dans les services de santé du Québec.

« DE MANIÈRE GÉNÉRALE, LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ÉLABORE, ORGANISE ET ASSURE LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ À TOUS LES QUÉBÉCOIS, Y COMPRIS LES PREMIÈRES NATIONS, EN RAISON DE LA COMPÉTENCE CONSTITUTIONNELLE QUE LUI CONFÈRE LA *LOI CONSTITUTIONNELLE DE 1867*. DE CE FAIT, LE PARLEMENT DU QUÉBEC, D'UNE PART, DONNE À TOUT QUÉBÉCOIS L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ OFFERTS PAR LE SYSTÈME DE SANTÉ DE LA PROVINCE ET, D'AUTRE PART, DÉFINIT LE MODE D'ORGANISATION DU RÉSEAU DE

39 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2015). *Encadrement juridique de l'organisation et de la prestation de services de santé offerts aux Premières Nations au Québec*. Récupéré du site http://www.cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/bloc-b_fra_web.pdf?sfvrsn=0.

LA SANTÉ DU QUÉBEC. [COMME] MENTIONNÉ, LES PREMIÈRES NATIONS HORS COMMUNAUTÉ REÇOIVENT, AU MÊME TITRE QUE TOUS LES QUÉBÉCOIS, LES SOINS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS OFFERTS PAR LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. EN EFFET, DES DISPOSITIONS DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE*, DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION* AINSI QUE DU *RÈGLEMENT D'APPLICATION DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-HOSPITALISATION* PRÉVOIENT QUE LES SOINS MÉDICAUX ET HOSPITALIERS DISPENSÉS AUX PREMIÈRES NATIONS AU SEIN DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS SONT FINANCÉS PAR LA RÉGIE DE L'ASSURANCE MALADIE DU QUÉBEC (RAMQ). CETTE DERNIÈRE FINANCE LES SERVICES MÉDICAUX ASSURÉS, C'EST-À-DIRE FOURNIS PAR UN MÉDECIN ET REQUIS DU POINT DE VUE MÉDICAL POUR LES PERSONNES RÉSIDANT AU QUÉBEC. OR, AU SENS DU PARAGRAPHE 5(3) DE LA *LOI SUR L'ASSURANCE MALADIE*, LES INDIENS INSCRITS EN VERTU DE LA *LOI SUR LES INDIENS* SONT CONSIDÉRÉS COMME DES RÉSIDENTS DU QUÉBEC⁴⁰. »

La source de la complexité des rapports entre les communautés des Premières Nations et le gouvernement du Québec réside essentiellement dans le statut des « réserves canadiennes ». Ces territoires occupent une superficie variable selon les communautés dans les provinces, mais ils relèvent de la juridiction fédérale en vertu de la *Loi sur les Indiens* et ils sont gérés à la fois par les conseils de bande et SAC. Le gouvernement fédéral, par le truchement de Santé Canada, a investi en vertu de son pouvoir constitutionnel de dépenser, des sommes pour assurer des programmes en santé, le tout géré avec SAC-DGSPNI.

La première difficulté qui surgit est d'ordre politique. Le problème se pose ainsi : comment concilier le fait que sur la « réserve », une personne issue d'une Première Nation relève du gouvernement fédéral, et que dès qu'il en sort pour recevoir des soins, il devient comme les autres résidents du Québec ? Le problème est celui de la « reconnaissance » des Autochtones par le droit québécois, et donc de la possibilité pour les Premières Nations de se voir attribuer un statut différent des autres Québécois en matière de santé et de services sociaux.

Comme le précise le deuxième rapport, la reconnaissance de droits des Autochtones a été affirmée au moyen de principes adoptés par le Conseil des ministres de l'Assemblée nationale du Québec :

« EN 1983, LE CONSEIL DES MINISTRES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC ADOPTAIT QUINZE PRINCIPES CONSTITUANT LE FONDEMENT DE L'ACTION GOUVERNEMENTALE ENVERS LES PREMIÈRES NATIONS. L'UN D'ENTRE EUX PRÉVOIT NOTAMMENT QUE LES "NATIONS AUTOCHTONES ONT LE DROIT D'AVOIR ET DE CONTRÔLER, DANS LE CADRE D'ENTENTES AVEC LE GOUVERNEMENT, DES INSTITUTIONS QUI CORRESPONDENT À LEURS BESOINS DANS LES DOMAINES DE (...) LA SANTÉ."

DEUX ANS PLUS TARD, LA *RÉSOLUTION DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC SUR LA RECONNAISSANCE DES DROITS DES AUTOCHTONES* EST ADOPTÉE DANS CETTE OPTIQUE. SELON CETTE RÉSOLUTION, LE GOUVERNEMENT QUÉBÉCOIS DOIT CONCLURE DES ENTENTES AVEC LES PREMIÈRES NATIONS QUI LE DÉSIRENT AFIN D'ASSURER L'EXERCICE DE LEUR AUTONOMIE, IMPLICITE AUX QUINZE PRINCIPES.

⁴⁰ Id., p. 8.

EN 1998, LE GOUVERNEMENT DU QUÉBEC ANNONCE DE NOUVELLES ORIENTATIONS CONCERNANT LES AFFAIRES DES PREMIÈRES NATIONS DONT LES TROIS OBJECTIFS SONT DE “DÉVELOPPER DES RAPPORTS HARMONIEUX FONDÉS SUR LA CONFIANCE ET LE RESPECT MUTUEL ENTRE LES AUTOCHTONES ET LES NON-AUTOCHTONES, ACCROÎTRE L'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE ET ACCROÎTRE L'AUTONOMIE FINANCIÈRE DES AUTOCHTONES⁴¹.” »

Si ces principes ont été mobilisés dans le contexte de la reconnaissance de l'autonomie gouvernementale des Premières Nations et des Inuits, et des traités modernes qui en ont découlé, il n'en demeure pas moins qu'il n'y a qu'une Première Nation qui a signé une entente avec le Québec en matière d'autonomie de services en santé. « Cependant, à ce jour, l'entente Québec-Kahnawake d'avril 1984 est la seule entente conclue. Signée entre le gouvernement du Québec et le conseil de bande des Mohawks de Kahnawake, elle octroie à ce dernier le pouvoir de construire et d'exploiter un centre hospitalier sur son territoire⁴². »

Sur le plan provincial, il ne faut pas oublier que le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a choisi, en principe, une approche populationnelle. Comme le résume le deuxième rapport, cette approche populationnelle devrait, selon une interprétation de l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et services sociaux*, favoriser des rapprochements entre les centres de services et les communautés :

« [EN CE QUI CONCERNE] LE MODE D'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ, L'ARTICLE 100 DE LA *LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX* (CI-APRÈS “LSSSS”) POSE COMME PRINCIPE FONDAMENTAL LE RESPECT DES DROITS DES USAGERS (CULTURE, CONTINUITÉ DES SERVICES ET ACCÈS AUX SOINS NÉCESSAIRES) PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ. CELA SIGNIFIE QU'EN TANT QUE RÉSIDENTS QUÉBÉCOIS, LES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS PEUVENT FAIRE VALOIR LE RESPECT DE LEURS BESOINS SPIRITUELS LORSQU'ILS REÇOIVENT DES SOINS AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ DE LA PROVINCE. OR, LA CSSSPNQL FAIT RESSORTIR CE MANQUE D'ACCÈS ET DE RESPECT DE LA CULTURE DANS LES SERVICES DE SANTÉ OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS. CETTE DISPOSITION AJOUTE ÉGALEMENT QUE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DOIVENT “COLLABORER AVEC LES AUTRES INTERVENANTS DU MILIEU, INCLUANT LE MILIEU COMMUNAUTAIRE, EN VUE D'AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX ET D'AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICES À RENDRE À LA POPULATION”. À CE TITRE, L'ÉTABLISSEMENT DOIT “VEILLER À CE QUE LES SERVICES QU'IL DISPENSE LE SOIENT EN CONTINUITÉ ET EN COMPLÉMENTARITÉ AVEC CEUX DISPENSÉS PAR LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS ET LES AUTRES RESSOURCES DE LA RÉGION ET QUE L'ORGANISATION DE CES SERVICES TIENNE COMPTE DES BESOINS DE LA POPULATION À DESSERVIR”[.] PAR CONSÉQUENT, DES LIENS DE COLLABORATION ENTRE LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET LES NATIONS DES PREMIÈRES NATIONS DEVRAIENT EXISTER⁴³. »

Cette situation explique très bien pourquoi les ententes entre certaines communautés et les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) sont variables puisqu'elles dépendent de la capacité des communautés de négocier avec les Centres et de l'ouverture des administrations des Centres face aux communautés. Toutefois, l'ouverture aux communautés des Premières Nations semble différente selon les divers secteurs

41 Id., p. 10.

42 Id., p. 10-11.

43 Id., p. 9.

du Québec. Outre la non-reconnaissance du statut des Premières Nations, il y a nécessairement des répercussions budgétaires liées à la reconnaissance de services auprès de résidents des « réserves ».

b) Ententes fédérales

Rappelons que les engagements du Canada à l'égard des Premières Nations relèvent de SAC (DGSPNI et opérations régionales). Toutefois, il existe une différence importante entre ces deux administrations. En vertu de l'article 35 (1) de la *Loi constitutionnelle de 1982*, ce qui relève de la DGSPNI n'est pas reconnu comme une responsabilité fédérale. Depuis 1979, plusieurs rapports ont été rédigés et des modifications ont été apportées à la Politique en matière de santé des Autochtones :

« EN 1980, UN PREMIER RAPPORT, INTITULÉ *RAPPORT DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA CONSULTATION SANITAIRE AVEC LES INDIENS ET LES INUITS* (CI-APRÈS LE “RAPPORT BERGER”) RECOMMANDAIT UNE PARTICIPATION ACCRUE DES PREMIÈRES NATIONS DANS LA GESTION, LA CONSULTATION ET LE CONTRÔLE DES SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES. PUIS EN 1983, UN SECOND RAPPORT, CELUI DU COMITÉ SPÉCIAL SUR L'AUTONOMIE POLITIQUE DES INDIENS (CI-APRÈS LE “RAPPORT PENNER”) ALLAIT PLUS LOIN EN RECOMMANDANT UNE PLUS GRANDE AUTONOMIE DES PREMIÈRES NATIONS EN MATIÈRE DE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ PAR LE BIAIS D'UNE NOUVELLE RELATION AVEC LES NATIONS AXÉE SUR L'AUTONOMIE. CE CONTEXTE PRÉPARAIT LE TERRAIN POUR L'ÉLABORATION D'UNE POLITIQUE GOUVERNEMENTALE FÉDÉRALE IMPORTANTE, SOIT LA POLITIQUE DE TRANSFERT DES SERVICES DE SANTÉ DE 1989 (CI-APRÈS LA “POLITIQUE DE 1989”), QUI S'APPLIQUE ENCORE AUJOURD'HUI AUX NATIONS DES PREMIÈRES NATIONS DU PAYS.

L'OBJECTIF DE LA POLITIQUE DE 1989 EST DE TRANSFÉRER L'ADMINISTRATION DES SERVICES DE SANTÉ DESTINÉS AUX PREMIÈRES NATIONS, ASSURÉE EN PRINCIPE PAR SANTÉ CANADA, AUX NATIONS QUI LE SOUHAITENT. AUTREMENT DIT, CETTE POLITIQUE A POUR FONCTION DE DÉLÉGUER LA GESTION DES SERVICES DE SANTÉ AUX PREMIÈRES NATIONS ET DE LEUR DONNER UN CONTRÔLE ACCRU DE LEURS PROPRES PROGRAMMES DE SANTÉ. ELLE SE FONDE SUR PLUSIEURS DOCUMENTS ADMINISTRATIFS, NOTAMMENT LA *POLITIQUE DE 1979 SUR LA SANTÉ DES INDIENS* (CI-APRÈS LA “POLITIQUE DE 1979”), DONT L'OBJECTIF ÉTAIT “D'AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ DES INDIENS PAR DES MOYENS CONÇUS ET MIS EN ŒUVRE PAR LES NATIONS INDIENNES ELLES-MÊMES”. CETTE ANCIENNE POLITIQUE REPOSAIT SUR TROIS PILIERS, À SAVOIR :

- 1. L'AMÉLIORATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS GRÂCE À DES MOYENS MIS EN ŒUVRE PAR LES NATIONS;**
 - 2. LA SOLIDIFICATION DE LA RELATION DE CONFIANCE ENTRE LES PREMIÈRES NATIONS, LE GOUVERNEMENT PROVINCIAL ET LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL;**
 - 3. LE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ DES PREMIÈRES NATIONS À PARTICIPER AUX DÉCISIONS CONCERNANT LEUR SANTÉ⁴⁴. »**
-

44 Id., p. 15-16.

Une ouverture se profile dans ce contexte de transferts en matière de santé. Des ententes avec le gouvernement fédéral permettraient d'envisager d'autres transferts octroyant aux Premières Nations plus d'autonomie en matière de santé et de services sociaux. L'entente tripartite entre le fédéral, le provincial et les Premières Nations de la Colombie-Britannique est un cas unique qui permet de mieux comprendre dans quelle mesure de nouvelles ententes différentes de la reconnaissance de l'autonomie gouvernementale seraient possibles :

« EN 2011, LES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE ONT ADOPTÉ UN MODÈLE DE GOUVERNANCE NOVATEUR ET CENTRALISÉ AUTOUR D'UNE RÉGIE DE LA SANTÉ INDÉPENDANTE ET SANS BUT LUCRATIF, LA RÉGIE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS (FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, FNHA). TOUTEFOIS, CE MODÈLE NE SE BASE PAS SUR UNE ENTENTE D'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE, MAIS SUR UN ACCORD DE PARTENARIAT TRIPARTITE - L'ACCORD-CADRE TRIPARTITE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SUR LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS (CI-APRÈS "L'ACCORD TRIPARTITE") - SIGNÉ PAR LE CONSEIL DE LEADERSHIP REPRÉSENTANT LES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ PROVINCIAL ET LA DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (DGSPNI) DE SANTÉ CANADA AU FÉDÉRAL⁴⁵. »

Comme son nom l'indique, cette entente tripartite est un accord portant exclusivement sur le mode de gouvernance en santé et non un traité moderne. Ce type d'entente s'inscrit davantage dans la vision du droit de la gouvernance que dans le droit positif interprété par les tribunaux en matière de droits ancestraux et de traités modernes, ou encore de lois spéciales résultant d'ententes provinciales.

CONCLUSION

Le choix d'améliorer le mieux-être des communautés par la voie du droit positif passe par des négociations selon une vision européenne du droit positif. C'est ce qui explique l'importance des décisions de la Cour Suprême du Canada, qui est l'arbitre final en ce qui concerne la portée juridique des droits ancestraux. Toutefois, on ne peut sous-estimer l'écart entre la vision des Premières Nations par rapport à leurs droits ancestraux, fondés sur leur mode de gouvernance avant l'arrivée des colons, et la vision du droit positif qui découle de l'interprétation des traités dans une vision du droit positif. Seule la conception issue du droit positif a force de loi et limite considérablement la négociation des traités modernes.

Le choix d'améliorer le mieux-être des communautés par la voie d'une entente tripartite, comme l'ont fait les Premières Nations en Colombie-Britannique, s'inscrit dans la visée du droit de la gouvernance. Cette approche accorde aux acteurs un rôle majeur dans l'élaboration, l'application et la révision continue des ententes, et propose d'axer le mode de gouvernance sur les objectifs à atteindre.

⁴⁵ Id., p. 28-29.

2 LA GOUVERNANCE EFFECTIVE : UN MODÈLE DE GOUVERNANCE CO-ÉLABORÉ PAR ET POUR LES PREMIÈRES NATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Le Processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec a pour objectif global « (...) l'amélioration de l'offre et de l'accès aux services de santé aux niveaux local et régional à travers la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance adapté aux réalités et besoins des Premières Nations du Québec⁴⁶. » La démarche adoptée pour atteindre cet objectif a été axée sur l'élaboration collective et participative plutôt que sur une approche traditionnelle où les modèles sont pensés par des experts et imposés aux communautés. Une telle démarche est un processus d'apprentissage collectif où les participants, au fur et à mesure des discussions, développent leur capacité de réflexion sur les pratiques actuelles afin de pouvoir proposer des changements souhaités et se projeter vers un avenir à créer.

Le mécanisme qui a conduit à la co-élaboration du modèle de gouvernance par les participants aux phases I et II du processus⁴⁷ est aussi important que le résultat de la démarche. Expliciter les grandes étapes de ce processus permet de donner aux personnes qui l'ont déjà vécu un résumé de l'expérience collective, et offre à celles qui ne l'ont pas vécu un aperçu des étapes franchies ainsi que la possibilité de s'approprier la démarche en cours.

La partie 2 portant sur le modèle de gouvernance effective présente les grandes étapes de la démarche d'apprentissage collectif et les résultats obtenus.

2.1 LA GOUVERNANCE : QUELLE APPROCHE RETENIR ?

Le premier enjeu rencontré dans le cadre de la démarche de co-élaboration a été la clarification de l'approche de gouvernance qui serait au cœur du projet. Autrement dit, il s'avérerait essentiel de répondre aux questions suivantes : « Qu'est-ce qu'un mode de gouvernance ? » et « Quelle est la différence entre la gouvernance actuelle et une gouvernance Premières Nations en santé et en services sociaux ? » Comment arriver collectivement à répondre à ces questions, surtout qu'au quotidien, le mode juridique et comptable de gouvernance en santé et en services sociaux est le seul modèle de référence des communautés ? Dès le départ, nous étions confrontés au modèle de gouvernance du

46 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2015). *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec. Descriptif du projet*. Récupéré du site http://www.cssspnql.com/docs/default-source/Publications-Gouvernance/css_1509_gouvern_descriptif_fr_webf.pdf?sfvrsn=2.

47 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2016). *Descriptif de la phase II*. Récupéré du site <http://cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/descriptif-phase-ii.pdf?sfvrsn=0>.

droit positif et à son omniprésence au quotidien. Rappelons les éléments centraux qui caractérisent la gouvernance dans le droit. La gouvernance par le droit, héritée avec la colonisation, est essentiellement axée sur l'autorité et, corrélativement, l'obéissance des acteurs. Dans cette approche, l'autorité étatique énonce les lois et les règles qui sont en quelque sorte des commandements, et ce, dans le but d'assurer les objectifs de régulation de l'État. Dans cette voie traditionnelle, tout repose sur la logique du commandement et de son obéissance par les citoyens. La légitimité de l'action publique ne se pose habituellement qu'en termes de légalité des actions étatique. Puisque la force du droit repose sur l'obéissance, la gouvernance juridique va mettre en place toute une série de mesures de reddition de comptes pour s'assurer du respect des obligations. C'est cette vision du droit qui traverse l'approche de SAC avec les Premières Nations, notamment dans les ententes de financement. Les services de santé et les services sociaux doivent être livrés conformément à la planification proposée par les communautés et approuvée par leurs autorités. Ces ententes de financement obligent les communautés à fournir les services conformément à l'entente. Tout écart doit être justifié, sinon il y a manquement de conformité à l'entente. Lorsqu'une communauté ne peut pas remplir ses obligations financières, alors elle peut, à la limite, être mise sous séquestre. Enfin, à ce mode de gouvernance s'est greffée une approche comptable de reddition de comptes. En effet, afin de s'assurer qu'il y a eu respect des obligations, on demande de documenter toutes les activités fournies. Toute cette approche de gouvernance juridique et comptable est désignée par l'expression « commander et contrôler ».

Dès les premiers travaux sur la notion de gouvernance, l'utilisation de ce terme est loin de faire l'unanimité, comme l'ont montré les discussions sur la gouvernance des Premières Nations lors de la journée précédant l'Assemblée générale annuelle (pré-AGA) de la CSSSPNQL en juillet 2014. Certains considèrent que la gouvernance n'a pas de sens différent de celui de gouvernement, alors que d'autres considèrent que la gouvernance fait référence aux procédures de reddition de comptes de la « bonne gouvernance » en gestion. Ces propos reflètent bien le sens hérité de la gouvernance juridique et comptable, et montrent qu'il est difficile de voir sous cette expression une autre réalité.

La première étape des discussions visait à explorer dans quelle mesure il était possible de penser un modèle de gouvernance autre que l'approche juridique et comptable. Pour amorcer cette démarche, une définition de la gouvernance des Premières Nations a été soumise aux ateliers de la pré-AGA 2014 à des fins de réflexion et de discussion. Cette définition se base sur les travaux portant sur la gouvernance autochtone du *National Center for First Nations Governance* (NCFNG), qui formulait en 2008 des principes pour appuyer une gouvernance efficace⁴⁸.

« LE CENTRE DÉFINIT LA GOUVERNANCE COMME ÉTANT LES TRADITIONS (NORMES, VALEURS, CULTURE ET LANGUE) ET LES INSTITUTIONS (STRUCTURES FORMELLES, ORGANISATION ET PRATIQUES) QUI SOUS-TENDENT LE PROCESSUS DÉCISIONNEL ET LA RÉALISATION DES OBJECTIFS D'UNE COMMUNAUTÉ. LA NOTION DE GOUVERNANCE REPOSE SUR LA CRÉATION DE SYSTÈMES ET DE PROCESSUS EFFICACES, RESPONSABLES ET LÉGITIMES QUI PERMETTENT AUX CITOYENS D'EXPRIMER LEURS INTÉRÊTS, D'EXERCER LEURS DROITS, DE S'ACQUITTER DE LEURS OBLIGATIONS ET DE CONCILIER LEURS DIFFÉRENCES. »

⁴⁸ National Centre for First Nations Governance (2008). *Principles to Support Effective Governance*. Récupéré du site http://fngovernance.org/publication_docs/Governance_Principles2008.pdf.

DANS LE TEXTE ANGLAIS, LE CENTRE PRÉCISE QUE CETTE DÉFINITION DE LA GOUVERNANCE EST PROPRE AUX AUTOCHTONES, ET CE, PARCE QU'ELLE FUSIONNE DEUX TRADITIONS : « LE CENTRE A PUISÉ DANS LE SAVOIR DE DIVERS GROUPES ET DANS LES TRADITIONS, VALEURS ET CONNAISSANCES DES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES POUR RÉDIGER SA PROPRE DÉFINITION DE LA GOUVERNANCE. » [TRADUCTION LIBRE]

Le choix de cette définition pour amorcer les discussions n'est pas neutre. Cette définition a été choisie aux fins de discussions parce qu'elle propose une vision autochtone et alternative à la gouvernance juridique et comptable. Ce qui caractérise d'abord ce mode de gouvernance, c'est que tout est orienté vers une finalité : la réalisation des objectifs d'une communauté. Alors que le « gouvernement » se définit comme un organe légitime qui émet des lois et des directives, la gouvernance autochtone se définit comme un processus collectif par lequel une communauté de personnes prend des décisions, mais des décisions qui ne visent qu'une chose : le mieux-être de la communauté. Dans un gouvernement, ce sont les structures d'autorité qui sont importantes, comme le démontrent les organigrammes précisant le mandat de chacun, alors que dans la gouvernance, ce sont les buts fixés qui sont déterminants. Le processus de décision doit d'abord fixer des buts précis et s'assurer de mettre en place des moyens qui permettront de les atteindre.

Cette façon de voir la gouvernance traduit bien l'idée que pour atteindre l'objectif du mieux-être de la communauté, il faut que toutes les personnes coordonnent leurs actions vers l'objectif. Par conséquent, ce qui sera mis en place dans la communauté pourra être analysé en tant que moyen de coordination des acteurs pour atteindre les objectifs fixés.

La gouvernance repose sur la mise en place de dispositifs précis pour prendre les décisions et réaliser les objectifs : les institutions (structures formelles, organisation et pratiques). Dans sa définition, le NCFNG utilise le mot « institutions » pour englober tous les dispositifs qu'une communauté peut mettre en place pour coordonner les actions des membres. Ces dispositifs peuvent être formels, c'est-à-dire créés avec des chartes, des politiques, etc., mais il existe aussi d'autres formes de regroupement, comme les organismes communautaires. De plus, la coordination des acteurs repose sur des pratiques et des savoir-faire qui sont partagés, ce qui facilite la prise de décisions, mais surtout les actions concrètes exercées au quotidien pour atteindre les objectifs.

Dans les structures formelles gouvernementales, les organigrammes reflètent ce qui a été mis en place de façon hiérarchique pour atteindre les objectifs. Ces organigrammes présentent, comme nous avons pu le constater dans certaines communautés, les personnes qui sont en place dans chacun des services de santé ou de services sociaux ainsi que leurs responsabilités. Les organigrammes des structures formelles reflètent davantage les liens hiérarchiques d'autorité du modèle de gouvernement qu'un organigramme de finalités, comme on pourrait le faire dans l'approche de gouvernance des Premières Nations. Cependant, pour préciser la gouvernance communautaire, il faudrait clarifier et intégrer dans les communautés tous les dispositifs formels et informels afin de saisir leurs rôles dans l'atteinte des objectifs. Enfin, la gouvernance repose sur le partage de sens : les traditions (normes, valeurs, culture et langue). L'importance accordée aux traditions dans la gouvernance des Premières Nations la distingue nettement non seulement du modèle de « gouvernement », mais aussi des autres approches récentes en gouvernance où l'enjeu

du sens partagé est peu développé. Pourquoi cette insistance sur les traditions des Premières Nations comme composante de la gouvernance ? Tout simplement parce que les Premières Nations reconnaissent qu'il ne suffit pas d'avoir des structures formelles ou informelles en place pour que celles-ci soient effectives. Pour atteindre les objectifs fixés, il faut que les membres de la communauté soient motivés à participer et à agir puisqu'ils font partie de la gouvernance. Or, il ne faut pas oublier que la motivation des personnes à s'engager est liée directement aux valeurs qui donnent sens à tout ce qui est mis en place. Toute vie collective doit concilier des intérêts personnels en vue d'assurer des valeurs collectives partagées. De plus, fixer des intérêts collectifs exige de réconcilier différents points de vue. Comme le précise le National Center, « la notion de gouvernance repose sur la création de systèmes et de processus efficaces, responsables et légitimes qui permettent aux citoyens d'exprimer leurs intérêts, d'exercer leurs droits, de s'acquitter de leurs obligations et de concilier leurs différences ». L'atteinte des objectifs fixés est rattachée directement à la participation des membres aux instances décisionnelles, ainsi qu'aux dispositifs mis en place pour y parvenir. L'intégration d'une culture partagée à travers les traditions des Premières Nations est nécessaire pour assurer que ce qui est mis en place dans la gouvernance motive les personnes à y participer. L'expérience démontre que dans la gouvernance effective, il ne suffit pas que l'autorité gouvernementale dicte quelque chose pour que cela soit légitime; il faut aussi que ce qui est mis en place soit conforme aux valeurs de la culture partagée.

Cette définition de la gouvernance effective s'inscrit dans le mouvement esquissé dans la première partie de ce rapport, c'est-à-dire la transformation du droit de la gouvernance, qui se manifeste notamment par l'élaboration d'ententes et de normes par les acteurs afin de résoudre des problèmes sociaux en se fondant sur la coopération plutôt que sur l'application d'une solution imposée par l'autorité gouvernementale. Pour bien comprendre le passage d'une autorité qui dicte à elle seule les solutions à des modèles préconisant la coopération des acteurs, il importe de saisir que la coopération n'est possible qu'en fonction d'objectifs partagés visant à apporter une solution à un problème commun.

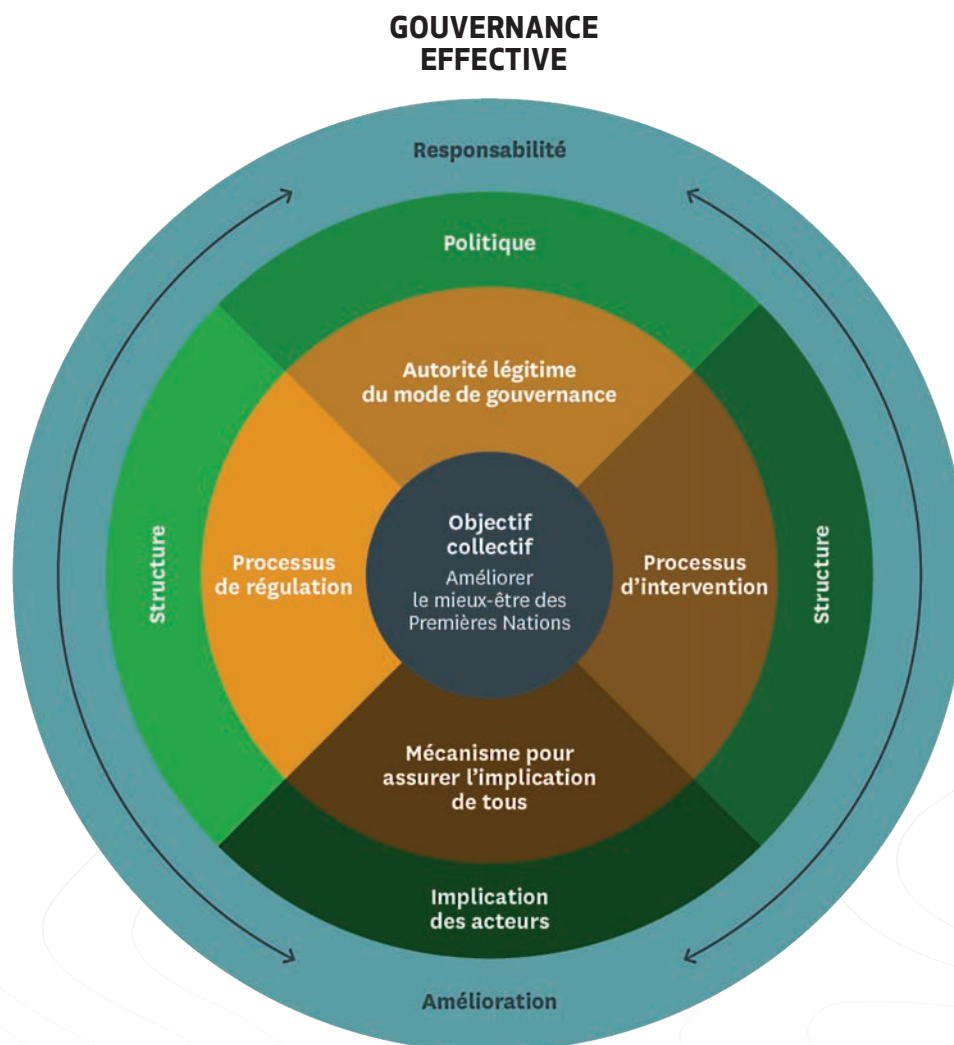
2.2 LA GOUVERNANCE EFFECTIVE : LE MODÈLE GÉNÉRAL

Les discussions relatives à la définition du modèle de gouvernance autochtone amorcées lors de la pré-AGA 2014 ont ouvert la voie à l'élaboration d'un modèle général de gouvernance qualifiée d'effective pour la distinguer de la gouvernance juridique et comptable. Le modèle général de la gouvernance effective est comme un dessin d'architecture qui esquisse la maison à construire sans encore avoir tracé le plan détaillé de chacune des pièces selon leur destination, et sans préciser tout ce qui assurera le confort des habitants; ce modèle développe les caractéristiques de la définition de départ. La première étape consiste à comprendre ce dessin général et les particularités de chacune des composantes. La seconde étape consiste à définir, pour chacune des composantes, les institutions (structures formelles, organisations, pratiques) qui permettront d'atteindre l'objectif d'améliorer le mieux-être des communautés.

Pourquoi parler de gouvernance effective ? Il existe une pluralité de définitions qui distinguent l'efficacité, l'efficience et l'effectivité. L'efficacité est la notion la plus simple puisqu'elle renvoie à l'idée que ce qui a été mis en place produit l'effet attendu. Lorsqu'on

cherche à établir l'efficacité, on vérifie jusqu'où le moyen choisi a permis d'atteindre les objectifs. Autrement dit, il y a des choix plus efficaces que d'autres pour atteindre les objectifs : c'est l'efficacité du moyen. L'efficacité est démontrée par le bilan final des résultats obtenus par les moyens mis en place pour les atteindre, ce qui signifie qu'on ne peut avoir une gouvernance efficace que si les conditions nécessaires sont mises en place pour assurer l'efficacité.

Comme tout mode de gouvernance, le modèle général de la gouvernance efficace comporte quatre grandes composantes englobant l'ensemble des acteurs impliqués. Le schéma suivant met en évidence que le mode de gouvernance est dynamique dans la mesure où son efficacité dépend de l'efficacité, c'est-à-dire de la capacité des acteurs à améliorer leur pratique et à être responsables face à l'atteinte de l'objectif collectif. Toutefois, ce qui distingue fondamentalement la gouvernance efficace de la gouvernance juridique et comptable, c'est le rôle que joue la finalité. Dans le modèle de gouvernance efficace, la finalité consiste à améliorer le mieux-être des Premières Nations. Tout ce qui est mis en place doit être jugé en fonction de son efficacité, c'est-à-dire sa capacité à atteindre l'objectif. Dans la gouvernance juridique et comptable, améliorer le mieux-être des Premières Nations n'est pas un critère d'efficacité : il est uniquement un résultat attendu par lequel on mesure l'efficacité.



Pour mieux comprendre chacune des composantes ainsi que le défi particulier que pose le problème de concilier les intérêts légitimes des acteurs dans chacune d'elles, nous établirons le caractère particulier de chaque composante en regard du mode actuel tel qu'il est assuré par SAC. Cela devrait permettre de clarifier la démarche de co-construction d'un modèle de gouvernance effective pour les Premières Nations.

i. Autorité légitime du mode de gouvernance : le politique

Dans le mode actuel axé sur le droit positif, c'est la dimension politique qui a le rôle principal pour déterminer l'autorité légitime. Contrairement à la circularité de l'approche de la gouvernance effective, le mode juridique et comptable actuel repose essentiellement sur la *Loi sur les Indiens* et sur les ententes de transfert, comme cela est résumé à la section 1.3.2. Sur le plan politique, le gouvernement fédéral, avec la *Loi sur les Indiens* et les engagements constitutionnels, est l'acteur principal sur le plan de la santé et des services sociaux dans les communautés puisqu'il gère l'ensemble des programmes. Au niveau provincial, le gouvernement du Québec est responsable de l'administration et de la prestation des services de santé sur son territoire. Enfin, avec les politiques de transfert du fédéral aux communautés, les conseils de bande sont responsables envers leur population des ententes de transfert. Dans la situation actuelle, chaque acteur occupe, conformément au droit positif, une place dans la hiérarchie. Le fédéral a la pleine autorité législative sur les Autochtones qui sont sur les réserves. Le pouvoir des conseils de bande est quant à lui prévu dans la *Loi sur les Indiens*. Pour la province, la compétence est uniquement rattachée à l'administration et à la prestation des services de santé, comme le prévoit le partage des compétences énoncé dans la Constitution canadienne, ce qui explique que les établissements de santé et de services sociaux dans les communautés doivent répondre aux normes provinciales.

Le mode actuel repose donc sur l'autorité du gouvernement fédéral, qui fait appel à deux instances pour la prestation des services aux Premières Nations, soit la DGSPNI et les opérations régionales de SAC. Ces instances font partie de la structure actuellement en place.

Pour arriver à l'adoption d'un nouveau modèle de gouvernance ou une entente similaire à celle survenue en Colombie-Britannique, l'implication du gouvernement du Canada, du gouvernement du Québec et de l'ensemble des Premières Nations serait nécessaire. Une telle entente serait le fondement juridique du mode de gouvernance, et l'autorité légitime du mode de gouvernance serait alors tripartite.

ii. Processus de régulation et iii. processus d'intervention

Dans le schéma de gouvernance effective, on distingue deux types de structures : les structures responsables des processus de régulation et celles qui prennent en charge les processus d'intervention. Cette distinction correspond aux deux grands volets de toute organisation, soit la planification et l'exécution. On oublie souvent que le mot « gouvernance » vient du mot « gouvernail ». Lorsqu'on part en excursion en canot, on doit d'abord planifier l'excursion et déterminer le chemin à prendre pour arriver à destination. Il faut donc prévoir, dans la mesure du possible, certains éléments, comme les

obstacles à franchir et le portage à faire, mais aussi les personnes qui participeront à l'excursion et les capacités de chacune, notamment la capacité d'avironner. La réussite de l'excursion dépend des capacités de chacun à exécuter ce qui doit être fait au bon moment, et c'est le travail de tous qui va mener le canot à bon port. Il suffit de regarder n'importe quelle organisation pour s'apercevoir que son fonctionnement repose sur les mêmes bases. En effet, une organisation ne peut pas atteindre ses objectifs sans une bonne planification, et celle-ci repose sur des textes – comme une charte d'incorporation – qui définissent le mandat de l'organisation en question, mais aussi sur la mise en place d'un conseil d'administration qui approuve les politiques et les normes visant l'atteinte des objectifs de l'organisation. Ces textes imposent des règles à suivre dans l'intervention, et c'est pourquoi la structure de planification se nomme processus de régulation. La planification permet d'assurer, au moyen de règles, une exécution qui devrait atteindre les objectifs. La structure d'exécution prévoit les processus qui regroupent tous les services offerts à la population conformément à la planification. Ainsi, le processus de régulation (celle qui établit l'ensemble des textes normatifs) occupe une place importante dans le développement et la mise en place de stratégies concrètes.

Dans le contexte actuel, ce sont la DGSPNI et les opérations régionales de SAC qui ont le pouvoir de régulation. On peut distinguer quatre principaux champs de régulation. D'abord, celui touchant les objectifs pour améliorer le mieux-être des communautés. Ces objectifs sont habituellement énoncés dans une politique de santé et de services sociaux des communautés et établis selon une autre politique prévoyant des dispositifs de collecte de l'information sur les besoins en santé et en services sociaux ainsi que les modalités de participation des communautés à l'élaboration des finalités. Une fois les finalités fixées, la régulation précise clairement les programmes de santé et de services sociaux à mettre en place dans les communautés.

Le deuxième champ est celui des programmes de santé et de services sociaux qui seront mis en place dans les communautés qui définissent la stratégie d'intervention dans les communautés. Puisque les programmes doivent être financés, le troisième champ sera celui du financement. Dans ce secteur, la régulation doit prévoir les dispositifs pour obtenir le financement auprès des autorités et les modalités de transfert des montants aux différentes communautés. Puisque les ressources sont limitées, la procédure doit permettre de connaître les critères pour assurer l'équité dans l'acceptation et le refus de demandes provenant des communautés.

Enfin, pour s'assurer de l'atteinte des objectifs d'amélioration du mieux-être, il faut prévoir des mécanismes de reddition de comptes et des dispositions pour soutenir les communautés qui auraient de la difficulté à atteindre les objectifs énoncés. Ce quatrième champ concerne l'ensemble des règles de reddition de comptes qui visent à contrôler les interventions dans le milieu.

Dans le mode de gouvernance actuel, toutes les fonctions de régulation échappent aux Premières Nations. La responsabilité du gouvernement fédéral en regard des Autochtones se traduit par une politique nationale canadienne dans le domaine et par une centralisation des services rendus aux communautés pour administrer les programmes nationaux. C'est pourquoi la DGSPNI et les opérations régionales de SAC se voient confier le rôle d'élaborer l'ensemble de la régulation et de l'intervention dans les communautés. Avec la

politique de transfert, une partie de la gestion des programmes et des modes d'intervention a été déléguée aux communautés. C'est donc au niveau de la composante « structure d'intervention » que les communautés ont obtenu des responsabilités. La composante du processus d'intervention renvoie donc à tout ce qui est mis en place pour intervenir dans les communautés en matière de santé et de services sociaux. Actuellement, les processus d'intervention sont partagés entre plusieurs instances : SAC, la CSSSPNQL, les conseils de bande, les centres de santé et de services sociaux des communautés et d'autres organisations Premières Nations (p. ex. les conseils tribaux, les centres de traitements, etc.).

iv. Implication des acteurs

La gouvernance juridique et comptable s'inscrit dans la visée du droit européen : commander et contrôler. Dans cette vision du droit, la population n'a pas d'autre choix que d'obéir aux règles. Comme mentionné à la partie 1.2, c'est justement ce manque d'implication des acteurs dans la solution qui est au cœur de l'émergence du droit de la gouvernance. En effet, dans le droit de la gouvernance, des processus de coordination sont mis en place afin d'assurer l'implication de tous les acteurs afin d'atteindre les résultats visés. Par conséquent, l'effectivité de la gouvernance est directement liée à la capacité des acteurs de coordonner leurs actions.

L'amélioration du mieux-être des communautés dépend de l'implication de tous les acteurs concernés, et ce, sur tous les plans. Sur le plan politique, il faut que toutes les nations – soit le fédéral, le provincial et les Premières Nations au Québec – s'impliquent, mais il faut aussi que toutes les Premières Nations au Québec coordonnent leurs actions pour choisir le meilleur mode de gouvernance. Dans les communautés, on doit s'assurer qu'il existe des mécanismes pour assurer la participation de tous. Cette quatrième composante est fondamentale dans un mode de gouvernance en santé et en services sociaux pour deux raisons. L'amélioration du mieux-être des communautés est dépendante des membres de la communauté. Tout comme une personne ne guérit pas si elle ne suit pas les consignes médicales, aucun programme ne peut avoir d'effet sur le mieux-être si les membres ne participent pas pleinement aux mesures et s'ils ne font pas l'effort pour modifier leur environnement et leur manière de vivre. C'est pourquoi il est nécessaire de mettre en place des structures participatives dans les communautés afin que l'implication des membres soit prise en charge à l'échelle communautaire. La seconde raison touche davantage la perception commune des enjeux de santé et de services sociaux dans la communauté. En effet, pour que la gouvernance soit effective, elle doit reposer sur la connaissance très fiable des besoins de la communauté et des forces dont elle dispose pour y répondre. Grâce aux instances des communautés, il sera possible de fournir l'information nécessaire pour adapter les programmes et les interventions selon les besoins de la communauté.

CONCLUSION

De toute évidence, le mode actuel est pyramidal et hiérarchique, conformément à l'approche du droit dans une vision positiviste. Plusieurs ateliers portant sur la gouvernance ont permis entre autres aux directeurs généraux, aux directeurs de la santé et des services sociaux des communautés et à d'autres représentants en santé et en services sociaux des Premières Nations de porter un diagnostic sur les insuffisances du mode actuel. En 2015, un document intitulé *Abrégé des enjeux en santé et services sociaux* a été publié par la CSSSPNQL. Devant ce diagnostic, deux options sont possibles : la première serait de travailler dans le cadre actuel afin de bonifier des éléments qui permettraient de résoudre certains enjeux, alors que la seconde consisterait à ouvrir des négociations afin de créer un mode de gouvernance effective en santé et en services sociaux pour les Premières Nations au Québec. Comme l'ont soulevé les discussions en atelier menées lors des rencontres régionales du processus de gouvernance, le passage du mode actuel à celui d'une gouvernance effective exige de gérer le changement dans les pratiques. Pour assurer cette transition, des défis particuliers se posent pour chaque composante du modèle de gouvernance effective.

Dans le mode actuel, le gouvernement fédéral est l'acteur clé ayant les responsabilités constitutionnelles face aux Premières Nations. Avec la *Loi sur les Indiens*, les conseils de bande sont les interlocuteurs des communautés auprès du gouvernement fédéral. Le gouvernement provincial est impliqué notamment en matière de santé et de services sociaux pour assurer la prestation des soins dans les établissements de santé financés par le réseau québécois de la santé et des services sociaux. Chacun de ces acteurs clés a un intérêt politique légitime à défendre dans toute négociation d'une entente tripartite. Le gouvernement fédéral ne peut se soustraire aux garanties constitutionnelles face aux Autochtones. Puisqu'il ne s'agit pas de négocier un traité moderne qui conduirait à renoncer à des garanties constitutionnelles, le gouvernement fédéral doit s'assurer que les structures formelles mises en place en substitution des structures existantes contribueront à améliorer le mieux-être des communautés en étant efficaces, responsables et légitimes. Il en va de même pour le gouvernement provincial, qui veut s'assurer que toute forme d'intervention dans la communauté corresponde aux exigences en matière de santé et de services sociaux prévues pour la province. Enfin, dans la mesure où l'entente prévoit non seulement des transferts de fonds, mais aussi de compétences dans la détermination des besoins de santé et de services sociaux – autrement dit, des transferts du pouvoir de réguler – chaque communauté aura à préciser l'étendue de son pouvoir dans le processus.

Le défi majeur sur le plan politique sera certainement de déterminer comment se feront les négociations avec le fédéral et le provincial. Autrement dit, est-ce que le fédéral et le provincial seront prêts à négocier autant d'ententes qu'il y a de communautés, ou bien voudront-ils négocier avec des représentants dûment nommés et mandatés par l'ensemble des communautés pour négocier une entente globale liant chacune des communautés ? L'enjeu est de concilier les différences entre les acteurs qui ont chacun un intérêt politique légitime, mais l'approche de la coordination des acteurs exige que chacun puisse combler

en partie son intérêt légitime, et en partie seulement parce que si chacun exige le respect total de cet intérêt politique, il sera impossible de passer d'un modèle d'autorité à un modèle de coordination des acteurs.

En ce qui concerne la structure de régulation, le processus actuel est assumé par la DGSPNI et les opérations régionales de SAC. Cette structure est nationale puisqu'elle est établie en fonction du respect des obligations et responsabilités du gouvernement fédéral envers les Premières Nations. Plus une structure de régulation est nationale, plus elle est loin de la base des communautés et plus les chances sont grandes que les politiques nationales soient inefficaces auprès des communautés, comme le démontre le bilan des insatisfactions. Par contre, plus une structure de régulation sera intégrée à une communauté, plus il sera difficile de concilier les choix de chaque communauté avec les structures et responsabilités provinciales et canadiennes.

Le défi majeur que soulève la composante de la structure prévoyant le processus de régulation peut se résumer par la question suivante : quel type de structure régionale pourrait hériter des pouvoirs de régulation de SAC et être reconnu comme légitime par les communautés ? Il ne faut pas sous-estimer ce défi de légitimité, car si les communautés ne reconnaissent pas la structure régionale comme étant une entité issue des Premières Nations, ils la considéreront comme une structure étrangère à leur communauté et des rapports d'opposition plutôt que de coopération pourront alors apparaître.

Un organisme régional soulève un autre enjeu : celui de l'effectivité. En effet, pour que cet organisme soit effectif, il sera important de prévoir par quels processus il assurera la régulation élaborée dans chaque secteur : objectifs, programme, financement, reddition de comptes tenant compte des besoins réels de chaque communauté. De plus, il faudra aussi prévoir comment cet organisme va pouvoir appuyer les communautés dans leurs interventions et dans l'atteinte de leurs objectifs. Enfin, pour que l'organisme régional puisse remplir sa mission et être axé sur l'atteinte des objectifs, il devra exister un filet de sécurité contre toute ingérence politique.

À l'échelle locale, le défi sera de trouver des façons de mobiliser l'ensemble des membres de la communauté afin qu'ils puissent prendre part activement à la définition des besoins de santé et de services sociaux, à la recherche de solutions et à la transformation des pratiques concrètes dans la communauté. Sans l'implication active des membres de la communauté, il sera impossible de s'attaquer aux problèmes chroniques de santé et aux déterminants sociaux qui affectent le mieux-être des membres de la communauté. Le défi est majeur, car il consiste à passer d'une perspective de consommateur de services de santé et de services sociaux à une perspective d'autonomisation quant à sa santé personnelle et au mieux-être de sa communauté.

3 LA CO-ÉLABORATION DU MODÈLE DE LA GOUVERNANCE EFFECTIVE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES COMMUNAUTÉS

3.1 LE PROCESSUS D'ÉLABORATION D'UN MODÈLE OPÉRATIONNEL DE GOUVERNANCE EFFECTIVE PAR ET POUR LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

En 2016, la deuxième phase des travaux du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec⁴⁹ a été amorcée. Dans la première phase (2012-2016), les travaux étaient axés sur l'émergence d'un bilan collectif des difficultés rencontrées par rapport à la gouvernance de SAC, et sur une volonté collective d'assumer une plus grande autodétermination pour assurer le mieux-être des populations. Dans le cadre d'une approche d'apprentissage collectif, les travaux portaient sur la notion de gouvernance en santé et en services sociaux des communautés et l'enjeu était de construire ensemble une vision de la gouvernance propre aux Premières Nations au Québec. Le développement du modèle-cadre de gouvernance effective a été l'aboutissement de la phase I.

Les travaux de la phase II ont été amorcés sous le thème de l'appropriation. S'approprier quelque chose, c'est rendre quelque chose conforme à soi. La démarche d'appropriation proposée voulait impliquer les acteurs dans la définition des problèmes afin de dégager des solutions collectives. Concrètement, cela s'est traduit par une approche en trois temps : dresser le bilan de la situation actuelle, déterminer les changements souhaités et élaborer des lignes directrices que les organisations mettraient en place. Cette démarche d'appropriation permettait de voir comment la transition d'un mode de gouvernance juridique et comptable à un mode de gouvernance effective pourrait être effectuée.

Pour atteindre cet objectif, il a été proposé d'évaluer le mode de gouvernance de SAC à partir de l'expérience vécue sur le terrain. Les rencontres préalables avec SAC ont permis de dégager trois grandes fonctions assumées par la gouvernance actuelle, soit la planification en santé et en services sociaux, l'accompagnement auprès des communautés et la gestion des ententes de contribution (imputabilité/conformité). Le bilan de la situation actuelle a d'abord été effectué à l'échelle régionale afin de déterminer les forces et les limites du mode de gouvernance régionale. Évidemment, un tel bilan ne peut se faire qu'à la lumière de la gouvernance en santé et en services sociaux dans les communautés, c'est-à-dire à l'échelle locale plutôt que régionale. La démarche d'appropriation exigeait de faire le bilan du plan régional et du plan local (communautaire).

49 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2016). *Descriptif de la phase II*. Récupéré du site <http://cssspnql.com/docs/default-source/default-document-library/descriptif-phase-ii.pdf?sfvrsn=0>.

La planification en santé et en services sociaux est au cœur même de la gouvernance communautaire, car c'est d'elle que dépend la distribution de services de qualité à la communauté. C'est pourquoi la réflexion critique sur la planification actuelle a permis de tracer les grandes lignes de la gouvernance effective au niveau communautaire. En tant qu'organismes régionaux, la DGSPNI et les opérations régionales de SAC ont accompagné les communautés dans la réalisation de leur planification en assurant la qualité des services. La réflexion critique sur les formes et procédés d'accompagnement offerts par SAC a permis d'élaborer les lignes directrices pour l'accompagnement souhaité dans le nouveau modèle.

Enfin, la gestion des ententes de contribution soulève toute la question de la prise de décision en ce qui a trait à la définition des programmes et à leur financement, aux interventions dans les communautés et à l'imputabilité. La réflexion critique par rapport à cette question ouvrait la voie au choix d'améliorer le mode actuel ou de changer complètement le modèle de gouvernance.

La rencontre régionale de novembre 2016 portait sur la planification, donc sur la gouvernance communautaire, celle de mars 2017 portait sur l'accompagnement que pourrait offrir une instance régionale, et celle de juin 2017 portait sur la prise de décision et le modèle de gestion régional du nouveau modèle de gouvernance.

3.2 LA GOUVERNANCE LOCALE (COMMUNAUTAIRE)

Lors des rencontres préalables avec la DGSPNI, il a souvent été mentionné que la Direction travaillait à la mise en œuvre de processus visant à faire de la planification en santé des communautés non pas une simple opération comptable en vue du financement, mais bien une démarche importante pour améliorer les services offerts aux Premières Nations. À la suite du bilan sur les limites du mode actuel et les changements souhaités, des lignes directrices sur la planification ont été discutées et adoptées au cours de ce processus d'appropriation.

Les lignes directrices relatives à la planification en santé et en services sociaux des communautés élaborées lors des ateliers sur l'appropriation de la planification apportent des orientations plus précises sur la gouvernance communautaire. La planification est un élément central du processus de régulation, car son but est de fixer les balises pour la réalisation des activités dans les processus d'intervention et de permettre leur évaluation dans l'atteinte des objectifs.

Dans le **processus de régulation** de la gouvernance communautaire, les lignes directrices suivantes ont été retenues⁵⁰.

1. Éléments généraux à prendre en compte lors de la planification conforme à la culture des Premières Nations en santé
 - La planification en santé et en services sociaux devrait se faire selon une approche holistique :
 - › En harmonie avec la vision de la communauté.
 - › En intégrant une analyse des besoins en santé.
 - › En intégrant une analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services.
 - La planification en santé et en services sociaux devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.
2. Éléments particuliers à prendre en compte dans la planification
 - L'analyse des besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
 - L'analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
3. Critères pour la priorisation des activités lors de la planification et des interventions
 - Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la priorisation :
 - › La gravité des répercussions 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.
 - › La culture et les façons de faire communautaires.
 - › Une stratégie de santé globale.

50 Les rapports sommaires de chacune de ces rencontres sont disponibles à l'adresse <http://www.cssspnql.com/champs-intervention/gouvernance>.

4. Importance des objectifs dans la programmation

- Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux devraient être intégrés dans les objectifs décrits dans la planification en santé et en services sociaux.
- La programmation des activités et des services devrait être déterminée par les objectifs précisés dans la priorisation, tout en donnant une marge de manœuvre.

5. Gouvernance effective axée sur l'amélioration continue

- 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.
- Dans le but de promouvoir la vision de la communauté 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 en santé et en services sociaux permettant une révision en fonction de l'atteinte des objectifs.

Dans la composante autorité et **légitimité**, les lignes directrices suivantes ont été retenues :

- 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.
- La responsabilité de la planification en santé et en services sociaux devrait être confiée à un comité présidé et coordonné par le directeur de la santé. Ce comité devrait aussi regrouper toutes les parties prenantes de la communauté impliquées dans les services et les activités de santé connexes et celles dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé dans la communauté.
- La planification en santé et en services sociaux devrait préférablement faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité ou d'un autre type d'accord.

Dans la composante **implication communautaire**, les lignes directrices suivantes ont été retenues :

- 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 en matière de santé et de services sociaux et donner à la communauté des objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le mieux-être.
- 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.

3.3 LA GOUVERNANCE RÉGIONALE : PROCESSUS D'INTERVENTION D'ACCOMPAGNEMENT

Dans une gouvernance effective, l'accompagnement est un élément clé de réussite. En effet, pour assurer l'effectivité des processus d'intervention, les personnes doivent être accompagnées pour pouvoir développer des compétences dans leur domaine et améliorer leurs pratiques. L'appropriation des formes d'accompagnement offertes par la DGSPNI portait sur le rôle de l'agent de liaison, les services infirmiers, les services professionnels ainsi que la formation et le développement des compétences. Les lignes directrices dégagées des discussions en atelier permettent de préciser les attentes face aux contenus et à la manière d'accompagner. Les lignes directrices sur le processus d'intervention d'accompagnement peuvent être utilisées pour redéfinir le processus actuel de la DGSPNI et d'opérations régionales de SAC, tout comme elles peuvent s'intégrer dans une nouvelle structure régionale selon le choix des pouvoirs rapatriés par l'instance régionale.

Dans le cadre du **processus d'intervention**, une instance régionale devrait offrir de l'accompagnement en accord avec les lignes directrices suivantes.

1. Éléments à prendre en compte lors de l'accompagnement :

- Prendre en compte les différences, les réalités et les besoins des communautés et des organisations.
- 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).
- Respecter les langues utilisées par les communautés et les organisations.
- Soutenir les pratiques, la médecine et les savoirs traditionnels.

2. Agent de liaison (rôle et intervention) :

- Redéfinir le rôle de l'accompagnateur (agent de liaison) en misant sur la proximité, la stabilité et l'expertise et en assurant l'accès à une compétence culturelle et une mémoire organisationnelle.
- Offrir et présenter toute l'information nécessaire aux communautés et aux organisations pour la prise de décisions, y compris une analyse de cette information.
- Favoriser le réseautage et la communication.
- Favoriser et respecter les partenariats de services avec les institutions.

3. Offre de service d'accompagnement :

- Être adapté sur les plans de l'intensité, de la fréquence et de la proximité.
- Prévoir du financement à la hauteur des besoins.
- Viser la qualité des services dans une optique d'amélioration continue.
- S'inscrire dans une perspective à long terme et soutenir les interventions sur différents plans, comme les déterminants sociaux de la santé.
- Être planifié, mis en œuvre et évalué conjointement.

4. Compétences professionnelles au service des communautés :

- Adopter une approche misant sur le développement des connaissances et des compétences locales.
- Permettre l'accès, le développement et le soutien des ressources spécialisées.
- Tenir compte de l'expertise des Premières Nations afin de pouvoir tirer profit de leurs forces locales et collectives.
- Dans une perspective de transition, l'accompagnement en santé et en services sociaux pourrait se servir des connaissances et des expériences des acteurs actuels (DGSPNI, AANC et autres).

3.4 LA GOUVERNANCE RÉGIONALE (PLANIFICATION ET GESTION DES ENTENTES)

En juin 2017, les travaux d'appropriation portaient sur le type d'organisation souhaité pour planifier les programmes de santé et de services sociaux, ainsi que la gestion des ententes de financement. Trois modèles ont été présentés pour permettre une réflexion sur les changements souhaités et élaborer en conséquence des lignes directrices. Les deux premiers modèles s'inscrivent dans le droit actuel; il s'agit du modèle du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ)⁵¹, qui consiste à intégrer les services de santé des Cris dans le système québécois grâce à un traité moderne, et du modèle de cogestion des Premières Nations de l'Alberta⁵², qui améliore la gestion actuelle de la DGSPNI par une participation des Premières Nations sans toutefois en transformer le processus. Finalement, le modèle de gouvernance de la Colombie-Britannique⁵³ a été présenté pour illustrer un modèle de gouvernance axé sur l'appropriation par les Premières Nations des pouvoirs de régulation et d'intervention en santé. Étant donné que le modèle de gouvernance en santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique est le seul modèle de dévolution des rôles et responsabilités de la DGSPNI à une autorité des Premières Nations, il était important de comprendre en quoi ce modèle peut nous aider collectivement à définir la gouvernance effective.

3.5 LE MODÈLE DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

1. La composante politique de la gouvernance en Colombie-Britannique

L'entente finale est l'aboutissement d'un long processus que l'Assemblée des Premières Nations de la Colombie-Britannique a résumé dans un récit intitulé *Our Story: The Made-in-BC Tripartite Health Transformation Journey*⁵⁴. Les défis qui furent cernés au départ en Colombie-Britannique sont presque identiques à ceux posés par les Premières Nations au Québec :

51 <https://www.creehealth.org/fr>

52 [http://www.treaty8.ca/Health-Co-Management-/](http://www.treaty8.ca/Health-Co-Management/)

53 <http://www.fnha.ca/>

54 First Nations Health Authority (2013). *The Made-in-BC Tripartite Health Transformation Journey*. Récupéré du site http://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Our_Story.pdf.

« LES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SE HEURTENT À DES DÉFIS PARTICULIERS EN CE QUI CONCERNE LE SYSTÈME ET LES SERVICES DE SANTÉ. NOTONS ENTRE AUTRES LES SÉQUELLES DU COLONIALISME AUX ÉCHELLES INDIVIDUELLE ET COMMUNAUTAIRE, L'ÉLOIGNEMENT GÉOGRAPHIQUE, LES OBSTACLES ET LACUNES LIÉS AUX CHAMPS DE COMPÉTENCE ET L'ABSENCE D'INTÉGRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ ET DES FOURNISSEURS DE SOINS. CES DIFFICULTÉS COMPLIQUENT L'ACCÈS AUX SOINS ET CREUSENT L'ÉCART ENTRE L'ÉTAT DE SANTÉ DES MEMBRES DES PREMIÈRES NATIONS ET CELUI DU RESTE DE LA POPULATION. CHEFS, DIRIGEANTS, COMMUNAUTÉS ET REPRÉSENTANTS GOUVERNEMENTAUX S'ENTENDAIENT POUR DIRE QU'IL EST NÉCESSAIRE D'AMÉLIORER LE SYSTÈME DE SANTÉ POUR TOUTES LES PREMIÈRES NATIONS DE LA PROVINCE⁵⁵. »

[TRADUCTION LIBRE]

Pour relever collectivement ces défis initiaux, il était nécessaire que l'ensemble des Premières Nations en Colombie-Britannique unissent leurs forces. Cela s'est concrétisé en 2005 avec le *Leadership Accord* entre les trois regroupements d'Autochtones en Colombie-Britannique : l'Assembly of First Nations BC Region, le First Nations Summit et l'Union of British Columbia Indian Chiefs⁵⁶. Pourquoi un tel accord donne-t-il naissance au First Nations Leadership Council (FNLC)⁵⁷ ?

« **1.1** *L'Accord a pour but :*

- a. *d'affirmer le respect mutuel entre les parties, la reconnaissance et l'appui réciproque;*
- b. *d'officialiser la relation de travail entre les parties, qui vise à défendre dans la sphère politique les intérêts des Premières Nations de la Colombie-Britannique et à mettre sur pied des stratégies et des mesures qui entraîneront des changements notables aux politiques, au profit de toutes les Premières Nations de la province;*
- c. *de travailler plus particulièrement sur des dossiers et des initiatives choisis de façon concertée, notamment :*
 - i. *collaborer avec les gouvernements fédéral et provincial quant à l'honorable devoir de la Couronne de consulter les Premières Nations et de répondre à leurs besoins,*
 - ii. *faire valoir les intérêts des Premières Nations de la Colombie-Britannique à l'échelle nationale, comme dans le cadre de la Table ronde Canada-Peuples autochtones du premier ministre,*
 - iii. *aborder les problèmes sociaux et économiques touchant les programmes et services avec le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien pour la région de la Colombie-Britannique et du Yukon .⁵⁸» [Traduction libre]*

55 First Nations Health Authority (2013). *The Made-in-BC Tripartite Health Transformation Journey*. Récupéré du site http://www.fnha.ca/Documents/FNHA_Our_Story.pdf.

56 <http://bcafn.ca/wp-content/uploads/2016/10/leadership-accord2005.pdf>

57 <http://www.bcafn.ca/bcafn/>

58 <http://bcafn.ca/wp-content/uploads/2016/10/leadership-accord2005.pdf>

Sans volonté politique de tous les acteurs dès le départ, ce projet n'aurait pas été possible. Les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont accepté de relever le défi de la solidarité en créant le *First Nations Leadership Council (FNLC)*:

LE FNLC SE VEUT UN PROCESSUS POLITIQUE, ET NON UNE NOUVELLE ENTITÉ. IL VISE À GÉNÉRER UN POUVOIR POLITIQUE GRÂCE À LA COOPÉRATION ET À LA COLLABORATION ENTRE LES ORGANISATIONS PROVINCIALES DES PREMIÈRES NATIONS. SON MANDAT PASSE PAR LES MANDATS DISTINCTS DES ORGANISATIONS QUI EN FONT PARTIE - LA BCAFN, LE FNS ET LA UBCIC -, MANDATS ADOPTÉS PAR DES RÉSOLUTIONS VOTÉES PAR LES MEMBRES. [TRADUCTION LIBRE]

Le FNLC considère donc que pour maximiser les chances d'obtenir plus d'autonomie en matière de santé et de mieux-être des communautés, il est préférable d'avoir une perspective provinciale et de réunir toutes les forces politiques autour de ce projet. Cette entente entre les Premières Nations de la Colombie-Britannique est le fondement politique qui ouvrira la voie à la négociation avec le fédéral et le provincial pour trouver une solution aux enjeux de santé des Premières Nations.

La seconde étape a été la signature d'une entente entre le fédéral, le provincial et les Premières Nations visant à réduire les écarts entre les conditions sociales et économiques des Premières Nations et celles des autres résidents de la province. Cette entente de 2005 s'intitule Transformative Change Accord et son but est le suivant :

« En novembre 2005, le First Nations Leadership Council et les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada ont signé une entente historique intitulée The Transformative Change Accord. Le document met de l'avant la nécessité de solidifier les relations intergouvernementales et fait état de l'engagement des parties à l'égard de trois objectifs :

- 1. Réduire d'ici 10 ans l'écart entre les membres des Premières Nations et le reste de la population britanno-colombienne en matière d'éducation, de santé, de logement et de possibilités économiques.*
- 2. Concilier les droits et titres ancestraux et ceux de la Couronne*
- 3. Établir une nouvelle relation basée sur le respect et la reconnaissance mutuels⁵⁹. »*
[Traduction libre]

Cette entente prévoit plusieurs chantiers qui devront être abordés au cours des dix années suivantes, dont celui de la santé et du mieux-être des communautés. D'ailleurs, les Premières Nations de la Colombie-Britannique se sont dotées, à la même période, d'un projet de santé intitulé First Nations Health Blueprint for British Columbia⁶⁰. Afin de s'assurer que les travaux puissent aboutir, les parties impliquées ont convenu d'une

59 https://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2006/first_nations_health_implementation_plan.pdf

60 <http://www.fnha.ca/Documents/HBprintBC150705.pdf>

entente de collaboration : le First Nations Health Plan Memorandum of Understanding⁶¹. Comme on peut le constater en examinant les conditions de l'entente, il s'agit d'une collaboration entre toutes les parties dont le but est le suivant :

« **1.1** *Le but de l'Entente de collaboration est de :*

- a. *reconnaître le fait que le statu quo n'aidera pas à réduire l'écart entre les membres des Premières Nations et le reste de la population britanno-colombienne, et que les parties doivent donc améliorer les programmes et services de santé en place;*
- b. *conclure et définir un partenariat tripartite visant l'amélioration de la santé des peuples et des communautés des Premières Nations dans la province;*
- c. *rédiger un cadre provisoire de plan tripartite sur la santé des Premières Nations. »*
[Traduction libre]

Les travaux menés pour concrétiser ce projet conduiront à l'entente de 2007 intitulée *Tripartite First Nation Health Plan*. Ce plan trace les grandes lignes du chantier, dont la création de nouvelles instances :

« *Le Tripartite First Nations Health Plan (TFNHP) recommande la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance des services de santé britanno-colombiens, structure qui reposerait sur quatre éléments essentiels :*

1. *Instance dirigeante des Premières Nations*
2. *Conseil de santé des Premières Nations*
3. *Comité consultatif des Premières Nations sur la santé*
4. *Association de directeurs de la santé et d'autres professionnels de la santé*⁶² »
[Traduction libre]

En 2008, le First Nations Interim Health governance committee a entrepris les travaux de création de modèles, et comme la province est divisée en régions, il a organisé des caucus régionaux pour piloter le dossier de la gouvernance. En 2009, le forum des directeurs de santé et les discussions dans les communautés ont fait avancer le projet, et en 2010, l'esquisse du projet final a été complétée. Tout au long du processus, il y a eu des consultations avec les communautés et un forum conclusif au titre évocateur : *Gathering Wisdom for a Shared Journey*.

À la suite de ce processus, l'instance régionale en santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN), a été créée. Sur le plan politique, l'esprit du droit de la gouvernance est au cœur du modèle, car les acteurs décident de prendre en mains la situation et de faire émerger un nouveau mode de gouvernance en santé et en mieux-être des communautés. De plus, l'approche de

61 http://www.fnha.ca/Documents/TFNHP_MOU.pdf

62 http://www.fnhc.ca/pdf/Terms_of_Reference_FNIHGC.pdf

gouvernance effective qui traverse l'entente ne se limite pas uniquement à ses clauses puisqu'elle englobe la perspective de la coordination de tous les acteurs. Lorsqu'il s'agit des chefs, voici comment on présente les attentes :

- Participer aux caucus régionaux et aux forums Gathering Wisdom, et appuyer les décisions qui y sont prises.
- Exercer son droit de vote aux échelons régional et provincial, et ce, de façon éclairée et dans l'intérêt supérieur des membres de la communauté.
- Diffuser dans un contexte politique de l'information sur les intérêts de santé de la communauté.
- Faire le point sur les rencontres et transmettre l'information à la communauté.
- Interagir de façon respectueuse avec ses pairs, et adopter une attitude orientée sur les solutions et sur la recherche d'un consensus.
- Nouer des relations de travail constructives avec les organismes de santé de la communauté.
- Se faire un champion de la santé et du mieux-être⁶³. [Traduction libre]

On peut résumer ces attentes en disant que la réussite du processus de gouvernance dépend du leadership politique dans la communauté. C'est en étant un champion dans leur communauté et en travaillant en étroite collaboration avec les organismes de la communauté que les chefs contribueront à l'amélioration de la santé. Cette implication dans la communauté permettra aux différentes instances régionales de travailler avec les pairs pour trouver des solutions aux problèmes et faire remonter les revendications jusqu'au FNHC.

Dans le cadre d'une approche de gouvernance effective, l'autorité, qu'elle soit celle du ministre fédéral, du ministre provincial ou des chefs des Premières Nations, se traduit par le leadership et la volonté de trouver des solutions communes aux problèmes.

3.6 STRUCTURE DE LA GOUVERNANCE EN SANTÉ DANS L'ENTENTE TRIPARTITE⁶⁴ (PROCESSUS DE PLANIFICATION ET PROCESSUS D'INTERVENTION)

Trois institutions ayant chacune un mandat particulier⁶⁵ collaborent à la prise en charge des pouvoirs de la DGSPNI en vue d'améliorer le mieux-être des communautés. Sur le plan politique, il s'agit du First Nation Health Council (FNHC), qui regroupe trois représentants des Premières Nations de chacune des cinq régions de la province. Le FNHC a pour mandat de défendre les droits des Premières Nations en matière de santé et d'assurer, entre autres, le leadership politique dans les transformations en cours⁶⁶. En ce qui concerne la livraison des services, c'est l'ASPN qui assume toutes les responsabilités de la DGSPNI au chapitre de la planification, de la gestion, de la prestation des services et du financement des programmes de santé. Sur le plan des services professionnels et du conseil technique,

63 http://www.fnha.ca/Documents/HG_Placemat.pdf

64 <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/tripartite/framework-accord-cadre-eng.php>

65 First Nations Health Authority (2013). *The Made-in-BC Tripartite Health Transformation Journey*. Récupéré du site

66 <http://fnhc.ca>

la First Nations Health Directors Association (FNHDA) est une association qui regroupe les directeurs de santé et qui a pour but d'assurer, entre autres, le développement des compétences de ses membres et d'offrir du soutien technique à l'ASPN.

L'entente définit le mandat de chacune de ces institutions. Elle prévoit la création de l'ASPN, à qui ont été délégués les pouvoirs de la DGSPNI en ce qui a trait au processus de régulation (national) et au processus de soutien à l'intervention dans les communautés (régional). L'article 4.2 précise la nature et les fonctions de cette autorité sanitaire :

« (1) La FNHS devra, aussitôt que possible après la signature de cet Accord, prendre les mesures nécessaires pour mettre sur pied l'ASPN, une personne morale sans but lucratif, représentant les Premières Nations de la C.-B. et relevant de ces dernières, qui tiendra compte d'une structure à élaborer par les Premières nations de la C.-B. à l'aide d'un exercice d'engagement de la collectivité. Elle devra être établie selon la bonne gouvernance, la responsabilisation, la transparence et les normes de transparence qui sont établies à l'annexe 4, ou selon d'autres normes conformes à ces normes ou qui les dépassent.

(2) L'ASPN devra, entre autres, effectuer ce qui suit :

- a. planifier, concevoir, gérer, fournir et financer l'exécution des programmes de santé des PN;
- b. recevoir un financement fédéral, provincial et lié à la santé aux fins de la planification, de la conception, de la gestion et de l'exécution de programmes de santé des PN, et remplir d'autres fonctions liées à la santé et au mieux-être;
- c. collaborer avec le Ministry of Health de la C.-B. et les Health Authorities de la C.-B. afin de coordonner et d'intégrer leurs programmes et services de santé respectifs en vue de réaliser de meilleurs résultats pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique;
- d. incorporer et promouvoir les connaissances, les croyances, les valeurs, les pratiques, les médicaments et les modèles de santé et de guérison aux programmes de santé des PN, tout en reconnaissant que ces aspects peuvent avoir une représentation différente dans différentes régions de la C.-B.;
- e. établir des normes pour les programmes de santé des PN qui respectent ou qui dépassent les normes généralement reconnues;
- f. recueillir et tenir à jour des renseignements cliniques ainsi que des dossiers des patients, et élaborer des protocoles avec le Ministry of Health de la C.-B. et les Health Authorities de la C.-B. pour la transmission de dossiers et de renseignements liés aux patients, conformément à la loi;
- g. avec le temps, modifier et restructurer les programmes et services de santé qui remplacent les programmes fédéraux de santé dans le cadre d'un processus collaboratif et transparent avec les Premières nations de la C.-B. afin de mieux satisfaire aux besoins liés à la santé et au mieux-être;

- h. concevoir et mettre en œuvre des mécanismes pour que les Premières Nations de la C.-B. s'occupent des intérêts et des besoins en soins de santé de la collectivité;
- i. améliorer la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé des Premières Nations et d'autres fournisseurs de soins de santé afin d'aborder les enjeux liés aux économies d'échelle en matière de prestation de services en vue d'améliorer les économies et l'accès aux soins de santé;
- j. entreprendre la recherche et l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé et du mieux-être des Premières Nations;
- k. tenir à jour les dossiers financiers et préparer des états financiers conformément aux normes comptables généralement reconnues dans la province de la C.-B.;
- l. faire l'objet d'une vérification chaque année par un vérificateur indépendant reconnu dans la province de la C.-B.;
- m. mettre ses dossiers de comptabilité et ses rapports de vérification à la disposition de ses membres, du Canada, de la Colombie-Britannique, du vérificateur général du Canada et du vérificateur général de la Colombie-Britannique sur demande afin de mener une vérification financière ou de rendement ou de donner lieu à ces vérifications. »

Le début de cet article de l'entente souligne l'importance que l'ASPN soit un organisme qui représente les Premières Nations et qui doit rendre des comptes aux Premières Nations. Cet organisme régional permet aux Premières Nations d'exercer les pouvoirs de régulation et d'intervention qu'avait le fédéral sur les programmes offerts aux communautés.

Le Conseil d'administration de l'ASPN est composé de neuf membres, soit un représentant de chacune des cinq régions, chargé d'assurer une meilleure vision régionale, ainsi que quatre autres membres choisis sans critères précis⁶⁷.

Afin d'assurer l'effectivité de la gouvernance par l'implication des acteurs, les Premières Nations ont choisi de créer un autre organisme, la FNHDA. Dans l'entente, cette association de directeurs est définie comme suit :

3.7 FIRST NATIONS HEALTH DIRECTORS ASSOCIATION (FNHDA)

« (1) La FNHDA est une société régie par la *Society Act* de la C.-B., dont les membres représentent les régions côtières de Vancouver, de l'Île de Vancouver, de Fraser, de l'intérieur et du Nord de la Colombie-Britannique.

(2) La FNHDA a un mandat qui consiste, notamment, à accomplir ce qui suit :

- a. représenter les directeurs et les gestionnaires de la santé qui travaillent dans les collectivités des Premières Nations;

⁶⁷ <http://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/fnha-recruiting-board-of-director-director-at-large>

- b. appuyer l'éducation, le transfert de connaissances, le perfectionnement professionnel et les pratiques exemplaires pour les directeurs et les gestionnaires de la santé des fournisseurs de services de santé des Premières Nations;
- c. agir à titre d'organisme consultatif pour le CSPN et l'ASPN aux fins de la recherche, des politiques, de la planification et de la conception de programmes liées à l'administration et à la prestation de services de santé dans les collectivités des Premières Nations. »

Par la création d'une association de directeurs de santé qui travaillent dans les communautés, le mode de gouvernance veut assurer le maximum d'effectivité en professionnalisant les fonctions des directeurs de santé. La qualité des services dans les communautés repose notamment sur les compétences des directeurs en place. Par conséquent, en professionnalisant les fonctions de directeur de santé, on favorise le transfert des connaissances entre les communautés et le développement professionnel, ce qui permet d'harmoniser les pratiques et favorise un plus grand effet dans les communautés. De plus, cette association donne des avis à la fois au FNHC et à l'ASPN sur l'état des lieux dans les communautés afin de permettre à l'ASPN de planifier et d'opérer avec une meilleure connaissance du milieu. Une telle association est une structure qui favorise l'implication des acteurs, ce qui permet d'assurer la qualité des services dans les communautés.

L'entente ne prévoit pas d'autres structures participatives. Cependant, il est important de rappeler que l'amélioration de la santé ne peut pas se faire sans l'implication de tous. L'ASPN reconnaît ceci lorsqu'elle indique les rôles et responsabilités des citoyens :

- Promouvoir la santé et le mieux-être individuels.
- Participer aux démarches de santé communautaire.
- Se tenir informé.
- Respecter les valeurs établies⁶⁸. [Traduction libre]

L'entente tripartite de l'ASPN entre le fédéral, le provincial et l'ensemble des Premières Nations en Colombie-Britannique a permis de mettre en place un comité national regroupant les principaux acteurs afin d'assurer la réussite du processus dans son ensemble.

3.8 COMITÉ TRIPARTITE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

« (1) Un comité tripartite sera mis sur pied et sera coprésidé par les personnes suivantes : le sous-ministre du Ministry of Health de la C.-B., le sous-ministre adjoint de la DGSPNI de SAC, et le président du Conseil de l'ASPN. Les membres du comité tripartite incluront également les personnes suivantes ou leurs délégués :

- a. le président et les premiers dirigeants de chacune des Health Authorities de la C.-B.;

68 http://www.fnha.ca/Documents/HG_Placemat.pdf

- b. l'agent provincial de santé en vertu de la *Loi sur la santé publique* et le médecin-conseil en santé autochtone;
- c. le président et le vice-président du CSPN;
- d. un représentant de chacune des 5 tables régionales des Premières nations;
- e. le premier dirigeant de l'ASPN;
- f. le président de la FNHDA;
- g. le sous-ministre délégué et le sous-ministre adjoint appropriés du Ministry of Health de la C.-B.;
- h. h. tout autre membre sans droit de vote, observateur ou membre à part entière, tel qu'il a été convenu par le comité tripartite.

(2) Les parties devront s'assurer que le comité tripartite exécute les fonctions suivantes :

- a. se rencontrer au moins deux fois par année;
- b. coordonner et harmoniser la planification, la programmation et la prestation de services entre l'ASPN, les Health Authorities et le Ministry of Health de la C.-B., y compris l'examen des PPAS de l'ASPN et des plans de santé des Autochtones des Regional Health Authorities de la C.-B. respectifs, conformément aux objectifs du présent Accord;
- c. favoriser les discussions et coordonner la planification et la programmation entre les Premières nations de la C.-B., la Colombie-Britannique et le Canada relativement à toutes les questions liées à la santé et au mieux-être des Premières Nations;
- d. fournir un forum aux fins de discussion sur les progrès et la mise en œuvre de cet Accord et d'autres accords liés à la santé, y compris le Transformative Change Accord : *First Nations Health Plan* (2006), le *First Nations Health Plan MOU* (2006), le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* (2007) et l'Accord de partenariat en matière de santé;
- e. préparer et rendre public un rapport d'étape annuel à l'intention du Minister of Health (C.-B.), de la ministre de la Santé (Canada) et du CSPN sur les progrès relatifs à l'intégration et à l'amélioration des services de santé pour les Premières nations en Colombie-Britannique;
- f. entreprendre d'autres fonctions, dont les membres du comité tripartite peuvent de temps à autre convenir, qui correspondent aux objectifs et à l'intention du présent Accord et de son mandat.

Une fois de plus, on constate que les principaux objectifs du comité ne sont pas de surveiller et de contrôler ce qui se fait pour assurer la conformité à l'entente, mais bien d'appuyer l'ensemble du processus afin d'améliorer graduellement la santé des Premières Nations.

L'entente tripartite est un très bon exemple de passage d'un modèle vertical axé exclusivement sur l'autorité et la conformité du droit positif à un modèle de gouvernance axé sur la coordination des acteurs dans des institutions leur permettant d'améliorer la santé des Premières Nations. D'ailleurs, la section 3 est particulièrement significative, car il y est clairement indiqué que l'entente ne peut en aucun cas être considérée comme une renonciation des droits des Autochtones.

(3) Accord – Sous réserve de tous droits

« (1) Cet Accord n'a pas pour effet ce qui suit, ni ne doit être interprété de la manière suivante :

- a. reconnaître, confirmer ou nier tout droit autochtone ou issu des traités des Premières Nations;
- b. annuler (i) tout droit autochtone ou issu de traités des Premières Nations, ou (ii) l'application de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, ni déroger à de tels droits;
- c. terminer ou modifier la relation fiduciaire en évolution entre la Couronne et les Premières Nations de la C.-B.;
- d. modifier toute responsabilité du Canada et de la Colombie-Britannique en ce qui concerne la santé des Premières nations, sauf dans la mesure où les moyens de se dégager de ces responsabilités peuvent changer, conformément à la loi, relativement à la planification, à la conception, à la gestion[, à] l'exécution et à la prestation de programmes et services de soins de santé pour le compte des membres des Premières Nations de la C.-B. en vertu ou en raison de cet Accord;
- e. modifier tout traité ou créer un nouveau traité selon le sens de la *Loi constitutionnelle de 1982*;
- f. être préjudiciable à toute demande, poursuite en justice, négociation ou à tout règlement concernant les revendications territoriales ou les droits fonciers qui touchent les Premières nations de la C.-B.;
- g. être préjudiciable à la mise en œuvre de tout droit inhérent d'autonomie gouvernementale ou de toute entente qui pourrait être négociée relativement à l'autonomie gouvernementale avec les Premières nations de la C.-B. ou venant de ces dernières.

(2) Les parties reconnaissent que les accords acceptés en vertu de cet Accord ne visent pas à déterminer, à délimiter, ni à définir ce qui suit :

- a. la répartition des pouvoirs entre le Canada et la Colombie-Britannique en ce qui concerne la santé;
- b. la portée de la compétence fédérale en vertu du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*. »

(3) Appropriation du modèle de gouvernance régionale des Premières Nations

a. L'autorité en santé et en services sociaux.

Les discussions en ateliers menées lors de la rencontre régionale de juin 2017 ont conduit au choix d'une approche de gouvernance effective avec dévolution des responsabilités de la DGSPNI et d'opérations régionales de SAC comme l'indique la première ligne directrice :

- Dans une approche holistique, l'organisation régionale doit s'approprier les responsabilités [de la DGSPNI et d'opérations régionales de SAC] et cela ne vient en rien diminuer la relation fiduciaire entre la Couronne et les Premières Nations au Québec.

D'autres lignes directrices indiquent clairement comment les communautés entendent le rôle de l'instance régionale. Puisque l'effectivité de la gouvernance en santé repose sur la qualité des interventions dans les communautés, il est important que l'instance régionale soit conçue essentiellement comme un organisme de soutien aux communautés et organisations :

- L'instance régionale doit donner les grandes orientations, mais la prise de décisions finales doit revenir aux communautés et aux organisations locales.
- La structure de gouvernance doit être horizontale. Les organisations doivent avoir des mandats clairs et viser un but commun.
- L'instance régionale doit offrir de l'accompagnement aux communautés et aux organisations pour la prise de décisions.
- 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.
- Les organisations locales 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.

Enfin, certaines lignes directrices précisent les attentes face à la légitimité de l'instance régionale :

- La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue et légitimée par un « leadership » politique informé.
- La prise de décisions doit refléter les pratiques traditionnelles propres aux Premières Nations.
- La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue par des experts des Premières Nations provenant de différents domaines.
- Dans le cas où une décision de l'instance régionale ne fait pas consensus, des mécanismes de résolution de conflits doivent être mis au point.

- Lors d'une situation de crise qui peut compromettre la prestation de services, l'organisation régionale a la responsabilité d'intervenir en soutien aux instances locales.

b. Le réseau des directeurs en santé et en services sociaux

Lors des ateliers sur l'appropriation des rôles et fonctions de l'association des directeurs de la santé, les participants ont réfléchi sur le rôle de l'association dans la professionnalisation des fonctions de directeurs de santé et de services sociaux. Il ressort clairement des discussions que les participants refusent de faire du Réseau des directeurs une association professionnelle au même titre qu'un ordre professionnel :

- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux ne devrait pas être une association professionnelle. [Il devrait] 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.

Ainsi, au lieu de créer une nouvelle structure, il est proposé de modifier le réseau existant :

- Le mandat du Réseau des directeurs de la santé existant devrait être modifié plutôt que de créer une nouvelle structure.
- La composition du Réseau des directeurs de la santé devrait 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.
- 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.
- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit intégrer les professionnels de la santé et les guérisseurs des communautés pour leur expertise.
- 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.

Les lignes directrices suivantes précisent l'apport du réseau à la gouvernance effective :

- 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.
- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit détenir un pouvoir décisionnel délégué par l'instance régionale.

- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être stratégique et orienté vers les besoins des communautés et des organisations.
- 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.
- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit soutenir le développement des capacités et la formation.

Enfin, les rapports entre le réseau des directeurs et l'instance régionale ont été établis comme suit :

- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit être une entité distincte de l'instance régionale.
- Les responsabilités et les décisions du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doivent être définies par l'instance régionale.
- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit agir comme expert-conseil pour l'instance régionale.
- Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux doit recommander à [l'APNQL le statut de membre] de l'instance régionale.

4 – LA CO-ÉLABORATION DU MODÈLE GLOBAL ET CONCRET DE LA GOUVERNANCE EFFECTIVE POUR LE MIEUX-ÊTRE DES COMMUNAUTÉS⁶⁹

Les lignes directrices élaborées lors des rencontres régionales du processus de gouvernance en santé et en services sociaux permettent d'esquisser un modèle plus précis que le modèle général en déterminant des balises pour chaque instance. Comme on a pu le voir avec l'entente tripartite de la Colombie-Britannique, le modèle global et concret inscrit dans l'entente présente essentiellement les mandats et les fonctions des instances et leurs relations dans le mode de gouvernance. La rencontre régionale de novembre 2017 a permis aux participants de se prononcer sur un modèle global et concret de gouvernance effective élaboré à partir des lignes directrices, d'abord en soulevant des questions de compréhension, puis en indiquant des modifications possibles ou en soulevant des questions autour de la faisabilité du modèle et leurs préoccupations face à la mise en place de la gouvernance effective. Le modèle global et concret portait sur la gouvernance locale (communautaire) et la gouvernance régionale.

4.1 LA GOUVERNANCE LOCALE (COMMUNAUTAIRE)

La gouvernance locale (communautaire) est au cœur du modèle de gouvernance effective, car c'est d'elle que dépend le mieux-être des membres de la communauté. Rappelons que la gouvernance effective se distingue de la gouvernance juridique et comptable du fait qu'elle se concentre sur la coordination de toutes les forces dans les communautés pour atteindre les résultats escomptés. Or, l'effectivité de toute gouvernance repose sur la confiance. Si les acteurs ne font pas confiance aux autres acteurs à l'échelle communautaire ou régionale, il est impossible d'arriver aux résultats escomptés.

La gouvernance locale (communautaire) repose sur la confiance que les membres d'une communauté ont en regard de l'autorité politique légitimement désignée dans la communauté. Qu'il s'agisse du conseil de bande ou de toute autre autorité déléguée, c'est la légitimité politique qui donne le sceau légal aux ententes de financement. Dans le modèle de gouvernance effective, il ne suffit pas, comme dans le modèle de gouvernance juridique et comptable, d'avoir le vote majoritaire pour être une autorité légitime. La légitimité de l'autorité repose aussi sur la confiance que l'ensemble des membres de la communauté accorde à la valeur et la pertinence des décisions prises pour le mieux-être

⁶⁹ La démarche de co-construction en cours depuis le début du processus de gouvernance a mis en lumière l'importance d'adopter une approche holistique de la santé tenant compte des déterminants sociaux de la santé. Dans cette optique, il a été convenu d'utiliser le terme *mieux-être* plutôt que *services sociaux* pour désigner le nouveau modèle de gouvernance effective par et pour les Premières Nations.

de la communauté. Pas étonnant que la ligne directrice 10 de la prise de décision et de l'imputabilité précise que « les organisations locales doivent d'abord être imputables à leur population. »

La planification des services à la communauté est le pivot de la gouvernance effective, car c'est dans la planification que sont fixés les objectifs précis d'amélioration de la santé et du mieux-être des membres de la communauté ainsi que les activités et interventions qui seront menées pour les atteindre. Compte tenu de l'importance de la planification dans le processus de régulation de la gouvernance communautaire, plusieurs lignes directrices en avaient précisé les modalités. Le principe d'une gouvernance effective exige de se concentrer sur les conditions qui favorisent l'atteinte des résultats tout au long des processus de planification et d'intervention. Cependant, l'amélioration du mieux-être des membres de la communauté passe par une approche axée sur les besoins réels de la communauté visant à y répondre le mieux possible par des activités et des interventions. Malheureusement, les programmes de santé et de services sociaux actuels fournis par la DGSPNI et opérations régionales traitent des problèmes de santé et de mieux-être en silo sans considérer les déterminants sociaux de la santé. La première ligne directrice dégagée tente de répondre aux lacunes actuelles en proposant ceci : « La planification en santé et en services sociaux devrait se faire selon une approche holistique [...] :

- En harmonie avec la vision de la communauté.
- En intégrant une analyse des besoins en santé.
- En intégrant une analyse des déterminants sociaux qui influencent les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services. »

Cependant, pour réaliser un tel mandat, il faut le plus de renseignements possible sur les besoins de la communauté et sur les conditions de vie qui déterminent la capacité d'être en santé et d'assurer le mieux-être. Malheureusement, après tant d'années d'investissement de Santé Canada et d'AANC, il n'existe que peu ou pas de données fiables et colligées sur l'état de santé et de mieux-être des communautés dans ces instances. Le bilan réel de chaque communauté reste donc à faire, tout comme la synthèse de ces données, afin d'obtenir une vue d'ensemble pour les Premières Nations au Québec. Un tel bilan n'est toutefois possible qu'avec la coopération de tous dans la communauté, et le défi sera de trouver des modalités permettant l'accès à l'information tout en respectant la vie privée des membres. Compte tenu de l'importance de ce bilan de la santé et du mieux-être des communautés pour fixer des objectifs répondant aux besoins des communautés, il est proposé de créer un comité-conseil de la santé et du mieux-être dans chacune des communautés dont le mandat consisterait à établir et à mettre à jour le portrait de la communauté en santé et en mieux-être. Plus précisément, ce comité-conseil devrait :

- faire état de la situation de la communauté sur le plan de la santé et du mieux-être des membres en tenant compte de la répartition des groupes d'âge de la communauté, colliger les données sur les groupes de patients souffrant de maladies chroniques, sur les problèmes de dépendances (alcool, drogues, tabac), sur les nouvelles problématiques de santé, etc.;

- faire état de la situation de la communauté au chapitre du mieux-être, notamment en ce qui concerne les enfants en difficulté et ayant besoin de protection, l'état de la violence conjugale, les conditions de vie des aînés, le décrochage scolaire, l'employabilité, etc.;
- dresser le bilan des actions entreprises pour répondre aux besoins et établir les zones de priorité d'intervention;
- analyser le rôle des déterminants sociaux de la santé de la communauté qui pourraient aider à comprendre le portrait de la santé et du mieux-être de la communauté.

Un tel portrait des besoins de la communauté et des zones de priorité d'intervention exige l'implication de toutes les parties prenantes (ou acteurs) dans la communauté. C'est pourquoi il est proposé que le comité-conseil regroupe les représentants de toutes les parties prenantes impliquées dans la santé et le mieux-être de la communauté, notamment les aînés, les jeunes et les femmes.

Pour établir un tel portrait des besoins en santé et mieux-être de la communauté, le comité-conseil aura initialement besoin de l'accompagnement d'experts dans le domaine, qui pourrait être fourni par l'instance régionale.

La responsabilité d'élaborer un plan de santé et de mieux-être pour la communauté serait attribuée à un comité de planification de la santé et du mieux-être de la communauté. Dans ce processus de régulation, la planification doit établir des priorités dans ces interventions compte tenu du fait que les ressources financières sont limitées. Pour établir ces priorités, le comité de planification doit tenir compte des zones de priorité tracées dans le portrait de santé et mieux-être du comité-conseil. La ligne directrice 12 sur la planification fournit certains critères de priorisation :

« [Les facteurs suivants] 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.
- La culture et les façons de faire communautaires.
- Une stratégie de santé globale. »

La composition du comité de planification proposé est la suivante : « Quelques membres du comité-conseil de la santé et du mieux-être de la communauté, présidé par le directeur de la santé et des services sociaux et choisis par le conseil de bande. » Comme on le voit ici, le but est d'assurer un plus grand consensus parmi toutes les parties prenantes dans la communauté tout en respectant l'expertise du directeur de santé et celle du directeur des services sociaux.

Contrairement au mode juridique et comptable de la DGSPNI, le modèle de gouvernance effective redéfinit la démarche d'évaluation de la planification en santé et mieux-être aux fins de financement par l'intermédiaire d'ententes. Tout un processus de co-construction et de co-évaluation est mis en place afin d'aider les comités de planification à proposer un plan qui répond le plus possible aux besoins des membres de la communauté en santé et mieux-être.

Dans la gouvernance effective, la planification de la santé et du mieux-être est l'affaire de tous et elle sert à guider toutes les activités et interventions en santé et mieux-être. Dans le mode actuel de la gouvernance juridique et comptable, les exigences de la reddition de comptes des interventions ont été sévèrement critiquées parce qu'elles exigent beaucoup de temps et que l'information demandée était inutile pour les communautés. Comme le précise la ligne directrice 10 de la prise de décision et imputabilité, « [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. » Une nouvelle approche en matière de reddition de comptes fera en sorte que l'information recueillie servira à mieux comprendre l'état des besoins et les limites des activités et des interventions. Dans cette approche, rendre compte des activités et des interventions constitue une étape importante sur le plan de l'amélioration des stratégies efficaces en santé et mieux-être.

Des schémas de la gouvernance locale (communautaire) regroupant les éléments du modèle global et concret, ainsi que les lignes directrices qui le fondent, ont été au cœur des discussions menées lors de la rencontre régionale de novembre 2017 (annexe A).

4.2 LA GOUVERNANCE RÉGIONALE EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE

Le modèle global et concret de la gouvernance effective pour le mieux-être des communautés propose la création d'une instance régionale en santé et mieux-être. En principe, cette instance rapatrierait toutes les responsabilités de la DGSPNI et d'opérations régionales jugées nécessaires pour améliorer le mieux-être des Premières Nations au Québec. L'instance régionale prévue dans le modèle de gouvernance effective n'est pas une gouvernance axée sur le commandement et le contrôle comme la DGSPNI ou opérations régionales. Le mandat essentiel de cette instance consiste à soutenir les communautés dans l'atteinte d'un objectif commun.

L'instance régionale en santé et en mieux-être des communautés ne pourra pas atteindre ses objectifs si les membres des Premières Nations ne la voient pas comme une instance leur permettant plus d'autonomie en matière de santé et de mieux-être. Si les membres des communautés n'ont pas confiance dans l'instance régionale, alors la coordination des activités essentielles à la gouvernance effective ne pourra pas se réaliser pleinement. La confiance repose, comme indiqué dans la gouvernance communautaire, sur la légitimité politique de l'instance. Selon la ligne directrice 4 de la prise de décision et d'imputabilité, « [l]a prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue et légitimée par un leadership politique informé. ». Dans la proposition actuelle, il a été suggéré que les membres du conseil d'administration de l'instance régionale soient nommés par l'APNQL.

Cependant, la confiance en la gouvernance régionale ne dépend pas uniquement de la légitimité politique; les décisions prises doivent être légitimes du point de vue de leur fondement; c'est-à-dire qu'elles doivent répondre aux besoins réels des communautés. C'est pourquoi l'implication des directeurs de santé et de services sociaux est si importante pour assurer cette légitimité des décisions. Le modèle de gouvernance effective proposé prévoit la mise en place d'un réseau de directeurs en santé et en services sociaux dont le premier mandat serait de conseiller l'instance régionale dans l'élaboration et la révision des programmes de santé et de services sociaux afin que ces changements correspondent aux besoins réels des communautés. Le second mandat qui lui serait confié consisterait à conseiller, mais aussi à prendre des décisions par rapport à la question du développement des capacités locales pour assurer l'amélioration de la qualité des services. L'implication des directeurs de santé et de services sociaux auprès de l'instance régionale garantit que les choix, parfois difficiles, seront éclairés par leur expertise sur le terrain.

Dans le processus de régulation, l'instance régionale devra établir les règles pour assurer deux fonctions importantes. En effet, l'adoption de la gouvernance effective oblige, après une période de transition, de repenser les programmes actuels offerts par la DGSPNI et opérations régionales afin de mieux répondre aux besoins réels en santé et en mieux-être. C'est pourquoi la fonction d'élaboration et de révision des programmes de santé et de mieux-être pour les communautés doit être soutenue par une équipe de recherche en santé des Premières Nations. Entre autres, cette équipe de recherche élabore des modifications aux programmes à partir des portraits de santé et de mieux-être des communautés et de l'apport d'un réseau de directeurs ayant une vue d'ensemble de l'état de santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec. Grâce à cette vue d'ensemble tenant compte des déterminants sociaux de la santé, l'équipe de recherche soulève à l'APNQL toute problématique de santé et de mieux-être exigeant un financement particulier et des interventions particulières de la part des partenaires de l'entente. Enfin, il propose avec l'appui du réseau des directeurs des révisions aux programmes existants.

La planification en santé et en mieux-être est, comme cela a été maintes fois mentionné, au cœur d'une gouvernance effective. C'est pourquoi l'instance régionale doit tout mettre en œuvre pour assurer la meilleure planification en santé et en mieux-être pour les communautés dans le cadre du financement disponible. Les règles visant l'adoption des planifications en santé et en mieux-être des communautés et la gestion des ententes de financement devront être précisées en tenant compte des balises suivantes:

- offrir de l'expertise aux communautés pour établir le portrait de la santé et du mieux-être;
- soutenir l'élaboration de la planification en santé et en services sociaux;
- évaluer conjointement la planification: les discussions entre l'instance régionale et le directeur de la santé de la communauté pour fixer le plan de santé qui sera financé visent uniquement à améliorer le plan de santé. La décision finale relève de la communauté, comme le précise la ligne directrice 2: «L'instance régionale doit donner les grandes orientations, mais la prise de décisions finales doit revenir aux communautés et aux organisations locales.»

De plus, comme l'indique la ligne directrice 8 de la prise de décision et de l'imputabilité, si le plan de santé proposé par la communauté comporte des risques de ne pas atteindre des objectifs de santé importants pour la communauté, une médiation entre la communauté et l'instance régionale doit permettre de résoudre le conflit.

Enfin, l'instance régionale doit aussi prévoir comment intervenir lorsqu'une communauté a de la difficulté à respecter ses engagements en fonction du plan de santé déposé. Encore une fois, conformément à la gouvernance effective, le but est de trouver des solutions pour soutenir la communauté afin qu'elle assure une meilleure gestion en santé et en services sociaux. C'est ce qui est mentionné à la ligne directrice 11 : « Lors d'une situation de crise pouvant compromettre la prestation de services, l'organisation régionale a la responsabilité d'intervenir en soutien aux [instances locales]. »

Puisque la mission de l'instance régionale est de soutenir les communautés et les organisations afin d'améliorer le mieux-être des communautés, les interventions auprès des communautés et organisations, outre celles mentionnées précédemment, se concentreront sur l'accompagnement. L'accompagnement professionnel vise à fournir une expertise en médecine, en soins infirmiers, en pharmacie, en services sociaux et dans d'autres domaines afin de pouvoir encadrer, conformément aux exigences réglementaires du Québec, les professionnels en exercice ou les services requérant une supervision professionnelle. De plus, les services professionnels de l'instance régionale doivent jouer un rôle dans la concertation pour favoriser l'arrimage entre les services dans la communauté et les services à l'extérieur de la communauté. Le développement des capacités des ressources locales est une condition nécessaire pour la réussite d'une gouvernance effective, et c'est pourquoi l'instance régionale doit prévoir des budgets conséquents pour favoriser le développement des capacités à tous les niveaux.

Enfin, pour répondre à l'exigence d'une gouvernance effective axée sur l'amélioration continue des interventions, toute forme d'intervention auprès des communautés doit être déterminée et évaluée conjointement.

Des schémas de gouvernance régionale regroupant les éléments du modèle global et concret, ainsi que les lignes directrices qui le fondent, ont été au cœur des discussions lors de la rencontre régionale de novembre 2017 (annexe B).

CONCLUSION

À l'issue des travaux effectués lors de la rencontre de novembre 2017, le modèle global et concret de gouvernance effective proposé a été accepté par les participants comme approche de gouvernance pour les Premières Nations au Québec à finaliser en vue de négociations futures avec les instances gouvernementales.

Le schéma de synthèse se présente ainsi :

GOVERNANCE LOCALE



GOVERNANCE RÉGIONALE



ENTENTE ENTRE LES PARTIES PRENANTES : L'APNQL, LE FÉDÉRAL ET LE PROVINCIAL



Il reste évidemment beaucoup de travail pour finaliser un tel modèle, notamment une étude d'opportunité et de faisabilité. En effet, il faut déterminer quelles sont les responsabilités de la DGSPNI et d'opérations régionales qu'il serait opportun de rapatrier pour les Premières Nations au Québec, ainsi que les ressources nécessaires pour remplir les mandats et atteindre les objectifs liés à ces responsabilités. Ces analyses se feront au cours de la phase III du processus de gouvernance et permettront de développer des propositions pour l'APNQL en vue de la négociation.

SCHÉMAS DE LA GOUVERNANCE LOCALE (COMMUNAUTAIRE)

Les schémas de gouvernance locale (communautaire) suivants ont été au cœur des discussions lors de la rencontre régionale de novembre 2017 :

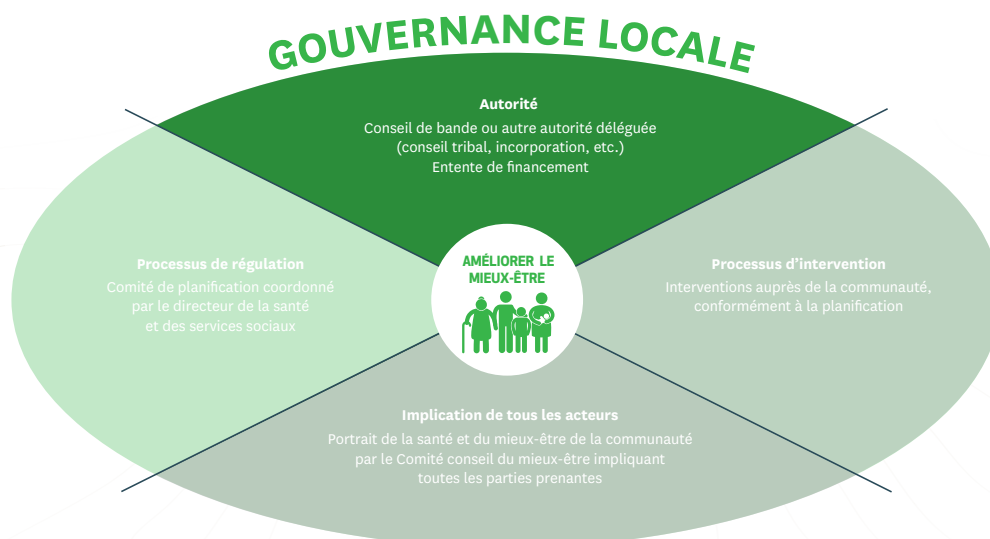
CONSEIL DE BANDE OU AUTRE AUTORITÉ DÉLÉGUÉE (CONSEIL TRIBAL, INCORPORATION, ETC.)

Mandat général :

« les organisations locales ont des droits et des responsabilités pour prendre des décisions afin de gérer, de protéger et d'améliorer les programmes de santé et de services sociaux conformément aux mandats qu'elles reçoivent des nations et des communautés des Premières Nations » (Principe n° 6 du Processus de gouvernance en santé et en services sociaux)

Ligne directrice de la planification en santé et en mieux-être visée :

- 8) La planification en santé et en mieux-être devrait être approuvée par le conseil de bande ou une autorité déléguée afin de lui donner toute sa légitimité.



COMITÉ DE PLANIFICATION DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ

Mandat :

Élaborer le plan de santé et du mieux-être de la communauté qui, une fois approuvé, sera soumis à l'instance régionale en santé et en mieux-être des communautés en vue de l'entente de financement. Ce plan de santé doit faire, dans la mesure du possible, l'objet d'un consensus des parties impliquées.

Éléments du plan de santé et du mieux-être :

Le plan de santé et du mieux-être doit répondre aux priorités tracées par le Comité-conseil de la santé et du mieux-être de la communauté. Le plan de santé et du mieux-être doit préciser, entre autres, les critères qui justifient la priorisation des besoins.

Lignes directrices de la planification en santé et en mieux-être visées :

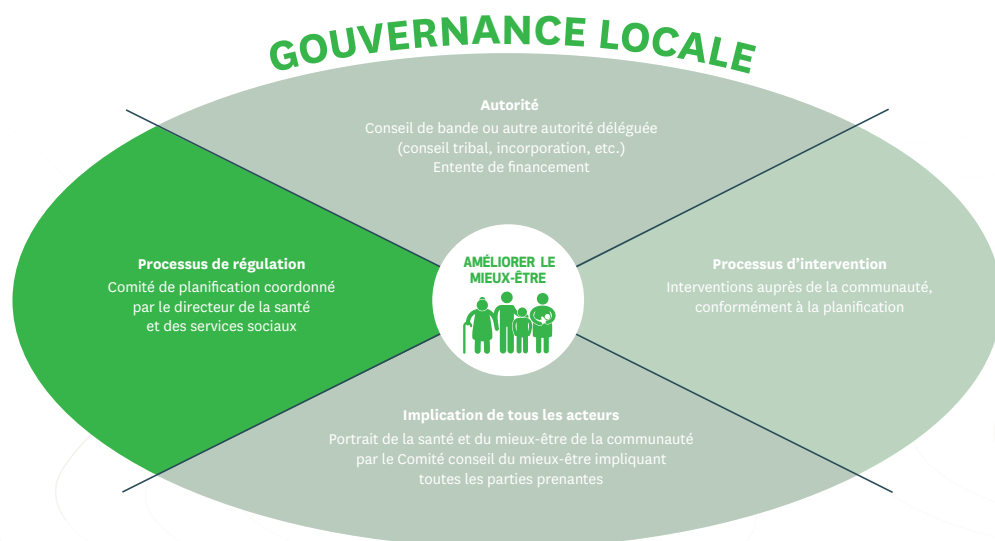
- 12) Ces facteurs doivent être pris en compte lors de la priorisation :
 - _ La gravité des impacts sur les personnes et la communauté en l'absence d'intervention.
 - _ L'incidence, soit le nombre de personnes touchées.
 - _ La possibilité réelle d'atteindre les résultats souhaités.
 - _ Les coûts liés aux interventions nécessaires pour atteindre les résultats souhaités.
 - _ La perception de l'urgence de répondre à ces besoins par la communauté.
 - _ La culture et les façons de faire communautaires.
 - _ Une stratégie de santé globale.
- 13) La programmation des activités et des services devrait être déterminée par les objectifs précisés dans la priorisation, tout en donnant une marge de manœuvre.
- 14) 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.

Composition :

Quelques membres du Comité-conseil de la santé et du mieux-être de la communauté présidé par le directeur de la santé et des services sociaux et choisis par le conseil.

Lignes directrices pertinentes :

- 5) La responsabilité de la planification en santé et en mieux-être devrait être confiée à un comité présidé et coordonné par le directeur de la santé. Ce comité devrait aussi regrouper toutes les parties prenantes de la communauté impliquée dans les services et les activités de santé connexes et celles dont les activités concernent les déterminants sociaux de la santé dans la communauté.
- 7) La planification en santé et en mieux-être devrait préférablement faire l'objet d'un consensus parmi les membres du comité ou d'un autre type d'accord.



COMITÉ-CONSEIL DE LA SANTÉ ET DU MIEUX-ÊTRE DE LA COMMUNAUTÉ

Mandat :

Établir le portrait de la communauté en matière de santé et de mieux-être

- Faire état de la situation de la communauté sur le plan de la santé et du mieux-être des membres en tenant compte de la répartition des groupes d'âge de la communauté, colliger les données sur les groupes de patients souffrant de maladies chroniques, colliger les données sur les problèmes de dépendances (alcool, drogues, tabac), colliger les données sur les nouvelles problématiques de santé, etc.
- Faire l'état de la situation de la communauté en matière de bien-être, notamment en ayant un portrait des enfants en difficulté et ayant besoin de protection, l'état de la violence conjugale, les conditions de vie des aînés, le décrochage scolaire, l'employabilité, etc.
- Dresser le bilan des actions entreprises pour répondre aux besoins et établir les zones de priorité d'intervention.
- Analyser le rôle des déterminants sociaux de la communauté qui pourraient aider à comprendre le portrait de la santé et du mieux-être de la communauté.

Responsabilité :

Le Comité-conseil de la santé et du mieux-être de la communauté est responsable de la mise à jour du bilan de la santé et du mieux-être de la communauté. Ce bilan permet d'élaborer le plan de santé et du mieux-être de la communauté et de mesurer l'atteinte des objectifs.

Lignes directrices de la planification visées :

- 1) La planification en santé et en mieux-être devrait se faire selon une approche holistique prenant en considération les éléments suivants :
 - En harmonie avec la vision de la communauté.
 - En intégrant une analyse des besoins en santé.
 - En intégrant une analyse des déterminants sociaux qui influencent les besoins en santé de la communauté afin d'améliorer l'offre de services.

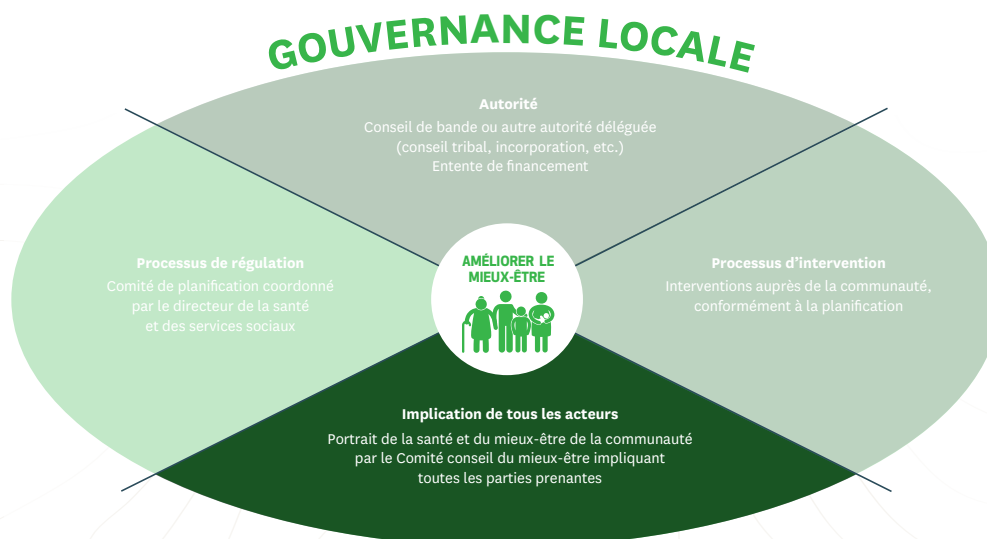
- 2) La planification en santé et en mieux-être doit permettre à toutes les parties prenantes, y compris la population, de promouvoir activement la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être et donner à la communauté des objectifs à atteindre pour améliorer la santé et le mieux-être.
- 3) Dans le but de promouvoir la vision de la communauté en matière de santé et de mieux-être, la planification en santé et en mieux-être devrait être conçue comme un outil d'amélioration continue des activités et des services en santé et en mieux-être permettant une révision en fonction de l'atteinte des objectifs.
- 4) La planification en santé et en mieux-être devrait renforcer la culture, les valeurs et les façons de faire.
- 6) La planification en santé et en mieux-être devrait reposer sur des données recueillies, entre autres, à la suite de consultations auprès de la communauté et partagées avec celle-ci.
- 9) L'analyse des besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
- 10) L'analyse des déterminants sociaux influençant les besoins en santé de la communauté devrait se faire, autant que possible, à partir d'une approche rigoureuse et systématique donnant une crédibilité aux résultats obtenus.
- 11) Les résultats de l'analyse des besoins et de l'analyse des déterminants sociaux devraient être intégrés dans les objectifs dans la planification en santé et en mieux-être.

Ligne directrice de la prise de décisions et de l'imputabilité visée :

- 10) Les organisations locales 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.

Composition :

Les représentants de toutes les parties prenantes impliquées dans la santé et le mieux-être de la communauté, y compris une représentation des aînés, des jeunes et des femmes.



SCHÉMAS DE GOUVERNANCE RÉGIONALE

Les schémas de gouvernance régionale suivants ont été au cœur des discussions :

FONCTION : ÉLABORATION ET RÉVISION DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE POUR LES COMMUNAUTÉS

- Composée d'une équipe de recherche en santé des Premières Nations.
- Élabore, à partir des portraits de santé et de bien-être des communautés et du réseau des directeurs, une vue d'ensemble de l'état de santé et du bien-être des Premières Nations.
- Soulève à l'APNQL toute problématique de santé et de bien-être exigeant un financement particulier et des interventions spécifiques des partenaires de l'entente.
- Propose, avec l'appui du réseau des directeurs, des révisions aux programmes existants.

FONCTION : PLANIFICATION EN SANTÉ ET EN BIEN-ÊTRE ET GESTION DES ENTENTES DE FINANCEMENT

- Offrir de l'expertise aux communautés pour établir le portrait de santé et de bien-être.
- Soutenir l'élaboration de la planification en santé.
- Co-évaluer la planification : les discussions entre l'instance régionale et le directeur de la santé de la communauté pour fixer le plan de santé qui sera financé visent uniquement à améliorer le plan de santé. La décision finale relève de la communauté.

Ligne directrice de la prise de décisions et de l'imputabilité visée :

- 2) L'instance régionale doit donner les grandes orientations, mais la prise de décisions finales doit revenir aux communautés et aux organisations locales.

Si le plan de santé proposé par la communauté comporte des risques de ne pas atteindre des objectifs de santé importants pour la communauté, une médiation entre la communauté et l'instance régionale doit permettre de résoudre le conflit.

Ligne directrice de la prise de décisions et de l'imputabilité visée :

- 8) Dans le cas où une décision de l'instance régionale ne fait pas consensus, des mécanismes de résolution de conflits doivent être mis au point.

Si une communauté a de la difficulté à respecter ses engagements en fonction du plan de santé déposé, l'instance régionale doit intervenir et soutenir la communauté pour assurer une meilleure gestion de la santé et du bien-être de la communauté.

Ligne directrice de la prise de décisions et de l'imputabilité visée :

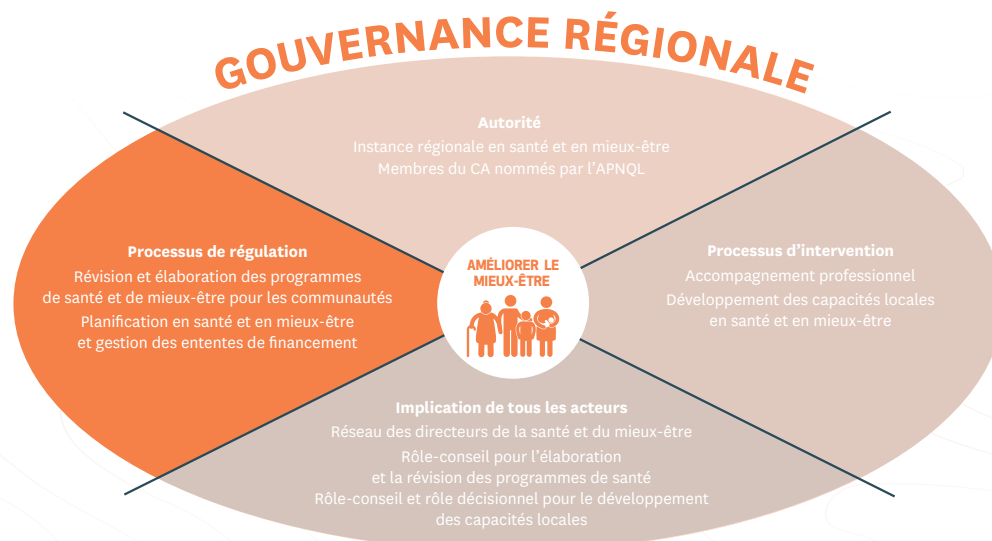
- 11) Lors d'une situation de crise qui peut compromettre la prestation de services, l'organisation régionale a la responsabilité d'intervenir en soutien aux instances locales.

Autre ligne directrice de l'accompagnement visée :

- 9) S'inscrire dans une perspective à long terme et soutenir les interventions sur différents plans, comme les déterminants sociaux de la santé.

Autre ligne directrice de la prise de décisions et de l'imputabilité visée :

- 7) L'instance régionale doit offrir de l'accompagnement aux communautés pour la prise de décisions.



FONCTION : ACCOMPAGNEMENT PROFESSIONNEL

- Fournir une expertise professionnelle en médecine, en soins infirmiers, en pharmacie, en services sociaux et autres afin de pouvoir encadrer, selon les exigences réglementaires du Québec, les professionnels en exercice ou les services requérant une supervision professionnelle.
- Les services professionnels de l'instance doivent jouer un rôle dans la concertation pour favoriser l'équilibre entre les services dans la communauté et les services à l'extérieur de la communauté.

Lignes directrices de l'accompagnement visées :

- 6) Favoriser et respecter les partenariats de services avec les institutions.
- 13) Viser la qualité des services dans une optique d'amélioration continue.
- 14) Favoriser le réseautage et la communication.
- 15) Permettre l'accès, le développement et le soutien des ressources spécialisées.
- 16) Dans une perspective de transition, l'accompagnement en santé et en mieux-être pourrait se servir des connaissances et des expériences des acteurs actuels (DGSPNA, AANC et autres). Toutefois, idéalement, l'accompagnement doit être offert par des gens issus des communautés.

FONCTION : DÉVELOPPEMENT DES CAPACITÉS

Compte tenu que l'effectivité du mode de gouvernance locale repose sur les capacités des ressources locales à assurer des interventions de qualité dans tous les domaines, il est nécessaire de prévoir des budgets conséquents pour favoriser le développement des capacités à tous les niveaux.

Lignes directrices de l'accompagnement visées :

- 8) Prévoir du financement à la hauteur des besoins.
- 10) Adopter une approche misant sur le développement des connaissances et des compétences locales.
- 11) 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.

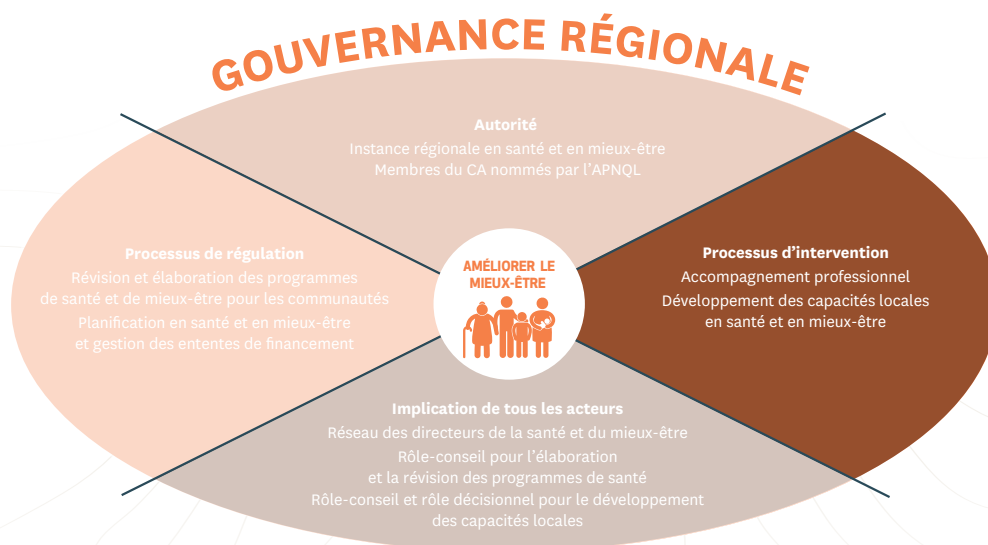
L'accompagnement proposé doit être déterminé et évalué conjointement afin d'assurer les meilleures retombées possibles.

Ligne directrice de l'accompagnement visée :

- 17) Être planifié, mis en œuvre et évalué conjointement.

Autres lignes directrices de l'accompagnement visées :

- 1) Prendre en compte les différences, les réalités et les besoins des communautés et des organisations.
- 2) Être adapté sur les plans de l'intensité, de la fréquence et de la proximité.
- 3) 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).
- 4) Respecter les langues utilisées par les communautés et les organisations.
- 5) Soutenir les pratiques, la médecine et les savoirs traditionnels.



RÉSEAU DES DIRECTEURS

Mandat:

- _ Rôle-conseil pour l'élaboration et la révision des programmes en santé.
- _ Rôle-conseil et décisionnel pour le développement des capacités locales.

Lignes directrices du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux visées :

- 3) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait être officiel et reconnu pour donner des avis techniques et des directions dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- 5) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait être stratégique et être orienté vers les besoins des communautés.
- 7) Les responsabilités et les décisions émanant du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devraient être définies par l'instance régionale.
- 8) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait agir comme expert-conseil pour l'instance régionale.
- 9) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait recommander à l'APNQL le membership de l'instance régionale.

Structure organisationnelle:

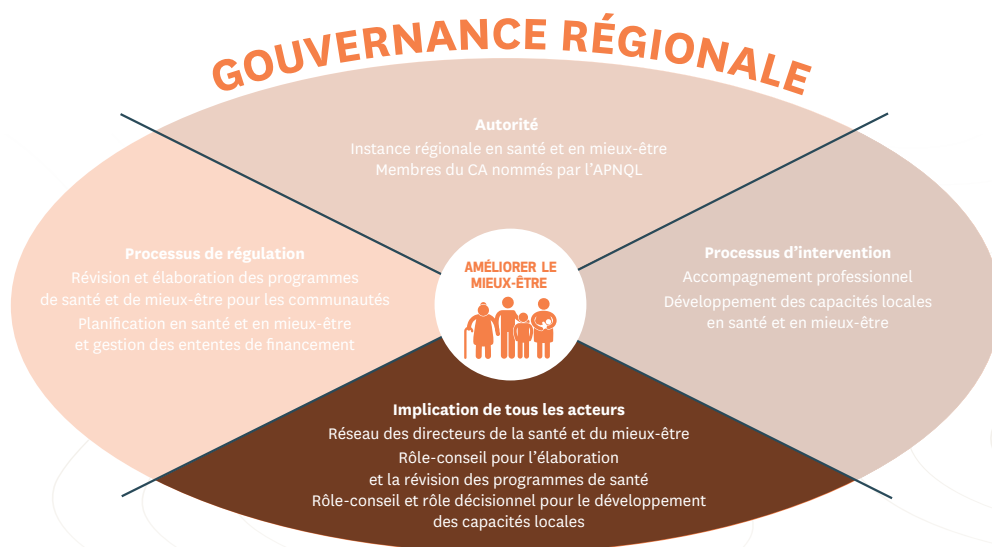
Lignes directrices du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux visées :

- 1) Le mandat du Réseau des directeurs de la santé existant devrait être modifié plutôt que de créer une nouvelle structure.
- 3) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait être officiel et reconnu pour donner des avis techniques et des directions dans le domaine de la santé et des services sociaux.
- 4) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait détenir un pouvoir décisionnel délégué par l'instance régionale.
- 6) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait être une entité distincte de l'instance régionale.

Composition:

Lignes directrices du Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux visées :

- 2) La composition du Réseau des directeurs de la santé devrait être revue afin d'inclure les directeurs des services sociaux. Il faudrait 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.
- 10) Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux ne devrait pas être une association professionnelle. Le Réseau des directeurs de la santé et des services sociaux devrait 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.



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 gouvernance.cssspnql.com.



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