



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

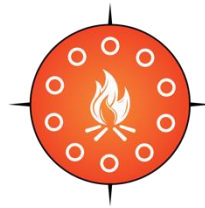
Reconnaître la compétence et l'autonomie des Premières Nations : un incontournable en matière de santé et de services sociaux

*Accès, équité et reconnaissance : des principes
fondamentaux pour une relation durable*

Mémoire conjoint concernant le projet de loi n° 15,
*Loi visant à rendre le système de santé et de services
sociaux plus efficace*

déposé à
la Commission de la santé et des services sociaux

Assemblée nationale du Québec
Le 19 mai 2023



APNQL
ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS
QUÉBEC-LABRADOR

Ce mémoire a été produit dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le projet de loi n° 15, *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*. Il a été déposé à l'Assemblée nationale du Québec, Commission de la santé et des services sociaux, le 19 mai 2023.

Rédacteur principal

Michel Deschênes, analyste-conseil des politiques – CSSSPNQL

Collaborateurs

D^r André Corriveau, médecin-conseil en santé publique – CSSSPNQL

Richard Gray, gestionnaire des services sociaux – CSSSPNQL

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la recherche – CSSSPNQL

Pierre Laflamme, consultant pour la CSSSPNQL

Keith Leclair, consultant et analyste de politiques

Georges Auguste Legault, consultant pour la CSSSPNQL

M^e Louis Letellier de St-Just, avocat en droit à la santé – Université de Sherbrooke

Jessie Messie, gestionnaire des services de santé – CSSSPNQL

Ghislain Picard, chef de l'APNQL

Marjolaine Siouï, directrice générale – CSSSPNQL

D^r Stanley Vollant, chirurgien

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques – CSSSPNQL

Note au lecteur

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

Tous droits réservés à la CSSSPNQL.

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

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador 2023 : Mémoire concernant le projet de loi n° 15 – *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*.

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

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

info@cssspnql.com

ISBN version Web : 978-1-77315-461-9

© CSSSPNQL 2023

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| TABLE DES MATIÈRES..... | 3 |
| Introduction..... | 4 |
| 1. Description des organisations | 4 |
| 1.1 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) | 4 |
| 1.2 Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CŜSSPNQL)..... | 4 |
| 2. Résumé | 4 |
| 3. Établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations et PL-15 | 5 |
| 3.1 Établissements de santé et des services sociaux situés dans les communautés des Premières Nations : des services de proximité essentiels | 5 |
| 3.2 Reconnaissance des établissements des Premières Nations en tant que partenaires autonomes du réseau québécois | 7 |
| 3.3 Reconnaissance des gouvernements des Premières Nations et participation de leurs représentants désignés au sein de diverses instances dans le réseau québécois..... | 8 |
| 4. Établissement d'un corridor de services avec les établissements des Premières Nations | 10 |
| 4.1 Services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième lignes | 10 |
| 4.2 Santé publique | 11 |
| 5. Autorisation d'accès aux renseignements de santé et de services sociaux par les établissements des Premières Nations à des fins cliniques, de gestion et de recherche | 12 |
| Conclusion..... | 14 |
| Annexe 1 – Liste des recommandations | 15 |

Introduction

Le 29 mars 2023, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Christian Dubé, présentait à l'Assemblée nationale du Québec le projet de loi n° 15, intitulé *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*¹. Ce projet de loi propose de renouveler l'encadrement du système de santé et de services sociaux au Québec et d'en réviser la gouvernance.

Le présent mémoire expose les enjeux des Premières Nations² et propose certaines mesures que le gouvernement du Québec devrait mettre en place rapidement pour que le PL-15 réponde aux besoins uniques des Premières Nations. Nous demandons que nos recommandations présentées le 23 mai 2023 dans le cadre des consultations particulières et détaillées dans le présent mémoire soient prises en compte par les membres de la Commission de la santé et des services sociaux.

1. Description des organisations

1.1 Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)

Créée en 1985, l'APNQL est le lieu de rencontre des chefs de 43 communautés de dix Premières Nations au Québec et au Labrador. Elle traite de nombreuses questions, comme la défense des titres des Premières Nations et de leurs droits ancestraux et issus de traités, les politiques et les lois des gouvernements fédéral et provinciaux qui portent atteinte à leurs coutumes et à leur mode de vie, les niveaux de financement, les décisions des gouvernements et les relations avec ces derniers, le développement économique et toutes les questions sociales, économiques et culturelles et, en général, toutes les questions touchant l'autonomie gouvernementale, les relations internationales et les relations nationales avec le gouvernement.

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

La CSSSPNQL est une association à but non lucratif créée en 1994 par résolution des chefs de l'APNQL. Elle est responsable d'appuyer les efforts des Premières Nations au Québec pour, notamment, planifier et offrir des services de santé et de services sociaux culturellement adaptés et préventifs. Elle a pour mission d'accompagner les Premières Nations au Québec dans l'atteinte de leurs objectifs en matière de santé, de mieux-être, de culture et d'autodétermination. Ses principaux champs d'intervention sont liés aux domaines de la gouvernance, de la petite enfance, de la santé, des services sociaux, du développement social, de la recherche et des ressources informationnelles.

2. Résumé

Au Québec, les établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations visés par ce mémoire existent et mènent leurs activités au sein de leur communauté sur l'ensemble du territoire. Ils opèrent les infrastructures locales nécessaires aux services de santé de proximité au profit de la population des Premières Nations à l'aide d'ententes de financement conclues avec le gouvernement fédéral. Ils collaborent aussi avec les établissements du réseau pour que les usagers de leur communauté puissent bénéficier de services spécialisés offerts dans les établissements québécois. Cette réalité ne se reflète pas dans la législation québécoise puisque celle-ci ne reconnaît que les communautés ayant signé un traité moderne avec le Québec.

Le positionnement qu'expriment l'APNQL et la CSSSPNQL confirme la nécessité d'insérer dans le corps du texte législatif du PL-15 une reconnaissance claire des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations et le régime particulier qui s'applique à ces entités autonomes

¹ Ci-après nommé PL-15.

² Pour les fins de ce mémoire, les communautés visées sont les Premières Nations au Québec, à l'exception des nations crie, naskapie et des Inuit.

et à leurs organisations représentatives, en tant que partenaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Cette reconnaissance formelle doit respecter entièrement le principe d'une gouvernance autonome par les Premières Nations et se manifester par des dispositions nouvelles prévoyant leur représentation distincte et spécifique au sein de diverses instances consultatives et décisionnelles aux niveaux central, régional et local du système de santé et de services sociaux du Québec. Elle doit aussi être accompagnée par l'intégration des principes de la sécurisation culturelle émanant des Premières Nations elles-mêmes.

3. Établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations et PL-15

La *Loi constitutionnelle de 1867* confère au Parlement fédéral la compétence exclusive en ce qui concerne « les Indiens et les terres réservées pour les Indiens³ ». Le gouvernement fédéral intervient auprès des Premières Nations dans tous les domaines d'activités, notamment pour financer et soutenir les services de santé et les services sociaux en complémentarité avec ceux du réseau québécois. Toutefois, les lois provinciales d'application générale (santé et services sociaux, sécurité et salubrité des immeubles, etc.) sont valides sur le territoire des réserves, à moins qu'une loi ou un règlement fédéral ne s'applique ou que le conseil de bande adopte une loi ou un règlement dans ce domaine⁴.

3.1 Établissements de santé et des services sociaux situés dans les communautés des Premières Nations : des services de proximité essentiels

Au Québec, les communautés des Premières Nations et des Inuit sont réparties sur tout le territoire. Leur proximité ou leur éloignement des milieux urbains constitue un facteur important à considérer parmi les déterminants sociaux de la santé et du mieux-être de leur population. Sur 31 communautés des Premières Nations, seulement 17 d'entre elles sont situées à moins de 50 km d'une ville offrant des services essentiels et elles regroupent 68 % de la population. Les autres communautés se trouvent dans les zones rurales (huit communautés), isolées (deux communautés) ou difficiles d'accès (quatre communautés)⁵. Pour plusieurs communautés, cet éloignement impose des contraintes réelles à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux de deuxième et de troisième lignes qui sont offerts principalement dans les établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux, lesquels sont répartis en fonction de la démographie et des besoins de la population allochtone.

Les centres de santé et de services sociaux ainsi que les postes de soins situés dans les communautés des Premières Nations constituent le point d'ancrage des services de santé et des services préventifs de première ligne offerts à la population de chaque communauté⁶. Ces

³ *Loi constitutionnelle de 1867*, L.R.C. 1985, Appendice II, n°5, art. 91(24).

⁴ Voir Sébastien GRAMMOND, *Aménager la coexistence. Les peuples autochtones et le droit canadien*, Bruxelles, Bruylant et Éditions Yvon Blais, 2003, p. 361 à 377.

⁵ La classification établie par Services aux Autochtones Canada afin de déterminer le degré d'isolement d'une communauté est la suivante :

Zone 1 (urbaine) : communauté située à moins de 50 km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année. **Zone 2 (rurale)** : communauté située entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année. **Zone 3 (isolée)** : communauté située à plus de 350 km d'un centre de services relié par une route d'accès ouverte à longueur d'année. **Zone 4 (d'accès difficile ou spécial)** : communauté sans route d'accès ouverte à longueur d'année reliée à un centre de services et qui, de ce fait, subit des coûts de transport plus élevés.

⁶ Les postes de soins ouverts 24 heures par jour, sept jours par semaine offrent des soins d'urgence, des services préventifs de première ligne, en plus des programmes de santé communautaire dans les communautés sans accès routier ou difficiles d'accès en hiver, tandis que les centres de santé offrent les mêmes services cinq jours par semaine pendant les heures normales de travail. Les usagers des postes de soins ou des centres de santé peuvent aussi se rendre dans l'établissement de santé québécois (centre intégré de santé et de services sociaux [CISSS] ou centre intégré universitaire de santé et de services sociaux [CIUSSS]) le plus proche pour obtenir des services.

Seules les communautés de Kahnawake et de Wendake bénéficient en plus d'établissements financés par le Québec et font partie du réseau québécois de la santé et des services sociaux, soit l'hôpital Kateri Memorial, à Kahnawake, et le CHSLD

établissements embauchent des professionnels de la santé (infirmiers, médecins, psychologues, dentistes, etc.) et des services sociaux (travailleurs sociaux, psychoéducateurs, etc.) ainsi que des intervenants possédant diverses expertises. Le conseil de bande ou l'établissement mandaté par celui-ci embauche le personnel travaillant dans ces domaines. La communauté assume l'organisation et la gestion des services de santé et des services sociaux sur son territoire et elle est responsable de la prestation et de la qualité des soins. Selon l'offre de services et la structure de gouvernance de la communauté, son personnel accueille les usagers ayant besoin de soins sur le plan physique ou psychologique et offre des services préventifs de première ligne et d'autres services, le cas échéant. Lorsque requis, l'usager est dirigé vers un établissement du réseau québécois de la santé et des services sociaux pour obtenir des soins de deuxième ligne et de troisième lignes⁷. Le personnel assure le suivi et la coordination des soins entre les usagers et l'établissement où ils ont reçu des soins spécialisés après leur retour dans la communauté. Presque toutes les communautés bénéficient des services d'un médecin visiteur, à une fréquence variable⁸.

Par ailleurs, des programmes financés par Services aux Autochtones Canada (SAC) permettent à des établissements de soins et d'hébergement pour adultes d'offrir dans leur milieu de vie traditionnel des services de placement d'adultes et de centres d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie nécessitant moins de deux heures et demie de soins par jour. SAC finance aussi des services d'aide domestique et de gestion de domicile, complémentaires au programme fédéral de soins à domicile.

Précisons que les établissements de soins et d'hébergement pour adultes sont des établissements situés dans les communautés qui sont indépendants des établissements du réseau québécois, bien que certaines installations situées dans ces communautés soient exploitées en vertu d'un permis d'établissement privé délivré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)⁹. Une grande partie des établissements situés dans les communautés sont accrédités par Agrément Canada ou en voie de le devenir.

SAC finance également six centres de traitement de la consommation problématique de substances pour les Premières Nations et les Inuit, soit cinq centres pour adultes et un centre pour les jeunes¹⁰. Leurs activités correspondent partiellement aux services de réadaptation décrits dans le PL-15 et qui sont exercés dans un « centre de réadaptation »¹¹.

Les activités menées par ces types d'établissements peuvent être assimilées aux activités décrites dans le PL-15¹² et pourraient être assujetties au régime d'autorisation qu'il impose¹³ ainsi qu'aux conditions d'exploitation imposées par la loi et ses règlements. Cela, malgré le fait que ces établissements comportent déjà leurs propres structures locales et leurs propres règles d'exploitation administratives et cliniques, lesquelles sont conformes aux exigences déontologiques et légales des

Akhiakahratah'yeh, à Wendake. Les communautés d'Akwesasne, de Timiskaming et de Mashteuiatsh opèrent également, en sus de leur centre de santé, une résidence détenant un permis pour exploiter un centre d'hébergement et de soins de longue durée.

⁷ Certaines communautés peuvent offrir certains services de deuxième ligne. Par exemple : l'hôpital Kateri Memorial ou des postes de soins 24/7, selon les professionnels qui y pratiquent, etc.

⁸ Ces médecins sont rémunérés par la RAMQ.

⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*, gouvernement du Québec, 2007. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf> (consulté le 8 mai 2023).

¹⁰ <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1576090254932/1576090371511> (consulté le 14 mai 2023).

¹¹ PL-15, art. 3 (5^o) et 40 (5^o).

¹² PL-15, art. 3 (1^o), (5^o), art. 513 à 525, art. 526 à 529.

¹³ PL-15, art. 485.

professionnels qui y sont employés, dans un contexte reflétant la culture et la langue de la population locale.

3.2 Reconnaissance des établissements des Premières Nations en tant que partenaires autonomes du réseau québécois

Les établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations existent et mènent leurs activités au sein de leur communauté sur l'ensemble du territoire au Québec. Ils opèrent les infrastructures locales nécessaires aux services de santé de proximité au profit de la population des Premières Nations à l'aide d'ententes de financement conclues avec le gouvernement fédéral. Ils collaborent aussi avec les établissements du réseau québécois quotidiennement pour que les usagers de leur communauté puissent bénéficier de services spécialisés offerts dans les établissements québécois. Il est déplorable de constater que cette réalité ne se reflète pas dans la législation québécoise puisque celle-ci ne reconnaît que les communautés ayant signé un traité moderne avec le Québec. Le gouvernement du Québec a légiféré spécifiquement pour intégrer à son réseau les établissements de ces dernières et contribue financièrement à leur soutien et à leur fonctionnement.

Les communautés des nations visées par ce mémoire veulent conserver leur liberté de conclure avec le Québec les ententes qui leur conviennent. Toutefois, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁴ actuelle les ignore totalement en ne reconnaissant aucune existence formelle des établissements de santé et de services sociaux qu'elles opèrent en toute autonomie pour fournir des services à leurs populations. Cette omission se poursuit dans le PL-15, avec pour conséquence d'empêcher que leur offre de services à leurs populations soit considérée comme essentielle par l'établissement territorial¹⁵, au même titre que peut l'être celle du réseau local de services de santé et de services sociaux pour la population du territoire desservi.

Quoiqu'autonomes, les établissements des Premières Nations constituent en quelque sorte un prolongement, dans chaque communauté, de la couverture populationnelle que doit assurer l'établissement territorial prévu dans le PL-15. Dans sa forme actuelle, le projet de loi ne confère pas à ce type d'établissement un pouvoir explicite de proposer aux établissements des Premières Nations situés sur le territoire qu'il dessert des mécanismes appropriés permettant d'améliorer substantiellement l'efficacité des services de proximité pour les rendre comparables à ceux offerts pour la population en général, tout en respectant leur autonomie. Pourtant, les personnes qui peuvent requérir ou qui reçoivent des services des établissements du réseau québécois en vertu de la loi¹⁶ font aussi partie des Premières Nations.

Parmi les lacunes à combler, il y a notamment la nécessité de créer des corridors de services ainsi que l'accès aux renseignements de santé et de services sociaux par les professionnels travaillant dans les établissements des Premières Nations.

En 2019, le gouvernement du Canada, le gouvernement du Québec et l'APNQL ont signé un protocole d'entente tripartite dans le cadre du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec. Le protocole a notamment pour objectif de « [c]onsolider et préciser un partenariat tripartite de collaboration et de coordination afin de contribuer à l'amélioration de la santé et du mieux-être des Premières Nations au Québec¹⁷ ». Il a aussi pour objectif d'amener les parties à « [p]articiper à l'élaboration d'un modèle de gouvernance en santé et en services sociaux qui confère

¹⁴ L.R.Q. c. S-4.2, ci-après LSSSS.

¹⁵ Rôle d'un établissement territorial dans le PL-15, art.345-347.

¹⁶ PL-15, art. 5 et suivants.

¹⁷ Protocole d'entente tripartite dans le cadre du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec, art. 3 a).

plus d'autonomie et de contrôle aux Premières Nations au Québec quant aux programmes fédéraux en matière de santé et de services sociaux, afin de réduire les écarts et d'améliorer leurs conditions de vie par rapport à celle des populations québécoise et canadienne¹⁸ ».

Il est prévu dans le protocole de « [t]ravailler de concert afin que les problématiques liées aux enjeux de compétence soient analysées selon les rôles et responsabilités de chacune des parties, et que des changements soient apportés lorsque requis, pour mieux répondre aux réalités vécues par les Premières Nations au Québec.»¹⁹ L'une des priorités des parties est « ... [d']identifier les obstacles et les avenues de solutions possibles afin de faciliter l'accès juste et équitable des Premières Nations au Québec à des programmes et à des services de santé et sociaux de grande qualité en fonction des rôles et des responsabilités de chacune des parties²⁰ ».

Le PL-15 donne maintenant au gouvernement du Québec et aux Premières Nations au Québec l'occasion unique d'aplanir un obstacle important à cet accès juste et équitable pour les Premières Nations. Il s'agit d'y inclure certaines mesures, dont la reconnaissance explicite des établissements de santé et de services sociaux sous l'autorité des conseils de bande ou des établissements désignés et reconnus par ces derniers, à titre d'établissements autonomes et « partenaires » du réseau local de services de santé et de services sociaux.

Il s'agit ici pour le gouvernement du Québec de prendre des mesures permettant aux établissements des Premières Nations d'occuper la place qui leur revient en tant que partenaires autonomes au côté des établissements du réseau québécois. C'est le moyen d'étendre aux usagers des Premières Nations l'efficacité recherchée pour le réseau québécois dans le PL-15²¹, **celui d'une gestion de proximité**.

En toute cohérence avec les objectifs visant à y arriver, **les établissements des Premières Nations sont déjà tous placés sous la responsabilité d'une direction** qui veille à leur bon fonctionnement en prenant ses décisions localement. Cette direction a toute la latitude, la **légitimité** et la flexibilité pour agir et intervenir au bon moment. Cette direction assure déjà des services adaptés aux besoins et aux réalités des milieux pour l'ensemble des clientèles de la communauté. Le temps est donc venu de les reconnaître distinctement. **(Recommandations 1 et 2²²)**

3.3 Reconnaissance des gouvernements des Premières Nations et participation de leurs représentants désignés au sein de diverses instances dans le réseau québécois

Le PL-15 propose une distinction entre les volets politique et administratif, ce qui est un bon choix. Il est primordial que les Premières Nations puissent s'inscrire en tant que partenaires à ces deux volets.

Sur le plan politique, celui où intervient le MSSS, un comité national composé de représentants des Premières Nations devra être créé au même titre que le comité national pour les services en langue anglaise²³ et le comité national pour les services aux personnes issues des communautés ethnoculturelles²⁴. Les Premières Nations doivent demeurer distinctes et ne peuvent être intégrées aux groupes ethnoculturels ou linguistiques qui évoluent dans des contextes géographiques, historiques,

¹⁸ *Id.*, art. 3 b).

¹⁹ *Id.*, art. 3 c).

²⁰ *Id.*, art. 5 b).

²¹ Voir QUÉBEC, *Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux + EFFICACE*, document de présentation de la séance d'information technique destinée aux journalistes par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 mars 2023.

²² Les recommandations sont annexées au présent mémoire.

²³ PL-15 art. 349.

²⁴ PL-15, art. 352.

sociaux et juridiques très différents. Les travaux de ce comité consultatif seraient principalement orientés sur les aspects qui concernent les Premières Nations ou peuvent avoir une incidence directe sur elles. Son rôle viserait également à conseiller le ministre et à faciliter le travail du MSSS lors de l'élaboration de lois, de programmes d'accès²⁵, de plans d'action ministériels et de modifications législatives ou réglementaires pouvant affecter les Premières Nations. **(Recommandation 3)**

Sur le plan administratif, celui où intervient Santé Québec, il y a lieu d'ajouter au projet de loi des dispositions qui préciseront :

- Le rôle d'interlocutrices privilégiées que doivent jouer les Premières Nations auprès de Santé Québec pour soutenir la prestation de services de santé et de services sociaux aux Premières Nations;
- Que ce rôle d'interlocuteur doit être joué par une ou des instances des Premières Nations qu'elles-mêmes désigneront;
- Les mesures conférant ce rôle d'interlocuteur privilégié de manière concrète dans les comités qui seront institués par Santé Québec en vertu de la loi²⁶ ainsi qu'auprès d'autres instances, comme le commissaire national aux plaintes et à la qualité des services²⁷;
- L'attribution d'un siège au conseil d'administration de Santé Québec²⁸ réservé spécifiquement à un représentant désigné par les Premières Nations;
- L'attribution d'un siège dans chaque conseil d'établissement²⁹ réservé spécifiquement à un représentant désigné par les Premières Nations;
- Des mécanismes de communication stratégiques reliant directement un représentant désigné par les Premières Nations au directeur général ou au président-directeur général de chaque établissement.

Il est important d'intégrer dans ce projet de loi ce type de mesures et les autres invoquées dans le présent mémoire pour leur conférer un **caractère structurant en assurer la pérennité** et faciliter leur prise en compte ultérieure dans l'évolution du cadre législatif et réglementaire québécois. **Une section spécifique réservée aux Premières Nations devrait être ajoutée au projet de loi** pour assurer la reconnaissance claire des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations et le régime particulier qui s'applique à ces entités autonomes et à leurs organisations représentatives, au côté du MSSS, de Santé Québec et des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. **(Recommandation 4)** Parmi les améliorations structurelles et de gouvernance requises, les Premières Nations ont aussi proposé que le rôle de la Direction des affaires autochtones du MSSS soit redéfini pour tenir compte des changements évolutifs de la gouvernance des Premières Nations. Ce projet de loi est l'occasion idéale de s'y attarder et de s'engager mutuellement à contribuer à améliorer l'accès aux services et à renforcer nos relations de gouvernements à gouvernements ainsi qu'entre nos établissements. **(Recommandation 5)**

²⁵ Cela inclurait les programmes d'accès dans les établissements régionaux pour les membres des Premières Nations d'expression anglaise, PL-15, art. 348.

²⁶ Notamment, une participation au Comité national de vigilance et de la qualité (art. 47-48); la création de comités consultatifs régionaux spécifiques sur les programmes d'accès pour les usagers des Premières Nations (art. 350-351).

²⁷ PL-15, art. 605.

²⁸ PL-15, art. 30.

²⁹ PL-15, art. 107.

4. Établissement d'un corridor de services avec les établissements des Premières Nations

4.1 Services spécialisés et surspécialisés de deuxième et de troisième lignes

Dans le mode d'organisation actuel, les services spécialisés en santé et en services sociaux nécessitent le plus souvent un séjour dans un établissement du réseau québécois, à moins qu'ils ne soient dispensés périodiquement, lorsque c'est possible, par des professionnels en déplacement (visiteurs). De façon générale, **les établissements du réseau québécois n'offrent pas de services aux Premières Nations résidant dans les communautés, à moins d'une entente spécifique avec les instances locales prévoyant, dans certains cas, une contribution financière** correspondant au coût couvert par l'établissement pour ces services.

Par conséquent, les familles qui nécessitent des soins de la part de spécialistes de la santé (p. ex. : orthophoniste, audiologiste, ergothérapeute) doivent, de façon générale, se rendre dans un établissement du réseau de la santé³⁰ et sont très souvent confrontées à de très longues listes d'attente.

Pourtant, les enfants et les familles allochtones peuvent bénéficier, même dans les régions éloignées, du même type de soins dans des résidences privées, des établissements scolaires, des cliniques ou des lieux utilisés à cette fin par la municipalité locale, sans que des frais soient exigés aux familles ou aux autorités locales. Cette réalité est souvent interprétée comme étant discriminatoire.

Dans son plan d'action gouvernemental sur le développement social et culturel des Premières Nations et des Inuit³¹, le gouvernement du Québec reconnaît la nécessité « [d']améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services en matière de besoins psychosociaux généraux, de santé mentale, de dépendance, d'itinérance et de prévention du suicide pour les membres des Premières Nations du Québec [...]»³².

Pour y arriver, il propose :

« [...] la mise en place et **la pérennisation** de corridors de service, de mécanismes de liaison, de coordination et de communication. Il s'agit de conclure des ententes qui favoriseront un transfert de connaissances et d'expertise, l'adaptation d'outils cliniques aux spécificités culturelles, la transmission d'information ainsi que la sensibilisation des intervenants du RSSS aux réalités propres aux membres des Premières Nations. »³³ [gras ajouté]

Toutes ces actions pourraient être renforcées, si les établissements de santé et de services sociaux sous l'autorité des conseils de bande étaient reconnus dans la loi à titre d'établissements « partenaires » du réseau local de services de santé et de services sociaux. L'établissement territorial³⁴ devrait se voir attribuer légalement la responsabilité explicite de proposer des mécanismes appropriés avec les établissements des Premières Nations situés sur le territoire qu'il dessert et de convenir de

³⁰ Ce qui peut, dans beaucoup de cas, nécessiter de nombreuses heures de déplacement en voiture ou en avion.

³¹ Gouvernement du Québec, *Ensemble pour les prochaines générations – Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit 2022-2027*. En ligne : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/srpni/administratives/plan_action/2022-2027/PAGMSCPNI_22-27.pdf.

³² *Id.* Mesure 5.1, p. 37.

³³ *Id.* Ces actions seraient accompagnées de financement du Québec. « Le financement pourrait notamment permettre l'embauche de navigateurs supplémentaires, la mise en place d'interventions de démarchage (*outreach*) ou la réalisation d'initiatives visant à combler des besoins identifiés par les communautés et le RSSS ».

³⁴ PL-15, art. 345-346.

ces mécanismes³⁵. Cela permettrait d'améliorer à long terme l'efficacité des services de proximité pour les rendre minimalement comparables à ceux offerts pour la population en général, tout en respectant leur autonomie. Une telle mesure vise le même objectif d'efficacité que le PL-15 en améliorant l'accès aux services de santé et aux services sociaux dans les communautés par une meilleure répartition locale des ressources cliniques (multidisciplinaires et sociales) et médicales³⁶. **(Recommandation 6)**

Il serait même opportun de proposer que des ententes de ce type soient étendues à d'autres services, comme la santé publique, les services en périnatalité, la protection de la jeunesse, etc., dans la mesure où un établissement de santé et de services sociaux partenaire possède les ressources nécessaires et est prêt à négocier avec l'établissement responsable du réseau afin d'assurer un continuum de services optimal.

Sur un autre plan, les principes de la sécurisation culturelle sont des principes que les Premières Nations ont toujours intégrés dans leur pratique. Pour assurer et faciliter l'accès des Premières Nations aux services du réseau québécois de la santé et des services sociaux, les Premières Nations devraient définir des principes fondamentaux qui seraient intégrés dans la loi et s'appliqueraient aux établissements du réseau québécois et à leur personnel³⁷. Cette notion s'appliquerait aussi aux services offerts en langue anglaise ainsi qu'à l'adaptation des services d'accompagnement, lorsque requis, dans les langues des Premières Nations. **(Recommandation 7)**

4.2 Santé publique

En matière de santé publique, les établissements de santé et de services sociaux des communautés des Premières Nations peuvent être confrontés à de nombreux enjeux. Lors de la récente pandémie de la COVID-19, les établissements des communautés ont dû soutenir leurs autorités locales dans la détermination des mesures à prendre. Notamment, ils les ont conseillées sur les mesures de confinement, la fermeture des accès au territoire, l'application des mesures de protection sanitaires, le dépistage, la gestion des cas, la vaccination, etc. Il leur était essentiel de maintenir les canaux de communication ouverts entre eux et le MSSS, les directions de santé publique et les établissements du réseau. Ils devaient obtenir sans délai les renseignements cliniques et techniques sur les mesures à prendre ou, pour certains, recevoir l'aide du personnel infirmier du réseau québécois pour des services de dépistage ou de vaccination.

Pourtant, plusieurs communautés se sont butées à un enjeu de transmission de l'information par les directions régionales de santé publique, même si ces dernières sont tenues d'effectuer la surveillance et la vigie sanitaires sur tout leur territoire. Étant donné que les établissements de santé des communautés n'étaient pas reconnus comme des établissements au sens de la LSSSS, ils ont été

³⁵ Pour soutenir ces mécanismes, il faut apporter les ajustements nécessaires aux plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) pour permettre au réseau québécois d'assurer une meilleure représentation clinique dans ses établissements et ses installations. Cela, pour être en mesure de déployer des ressources professionnelles dans les communautés, à l'intérieur des corridors de services établis conjointement avec les établissements de santé des communautés dans le cadre d'ententes de partenariat.

Il y aurait aussi lieu d'inclure une mesure particulière aux Premières Nations en offrant aux professionnels des Premières Nations la possibilité de retourner pratiquer dans une communauté ou à proximité et en enlevant les obstacles présents dans les règles encadrant la pratique médicale et celles des autres professions. C'est aussi une manière de renforcer la sécurisation culturelle par la fourniture de soins adaptés culturellement et de développer la relève et la main-d'œuvre professionnelle dans les communautés ou à proximité.

³⁶ QUÉBEC, *Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux + EFFICACE*, document de présentation de la séance d'information technique destinée aux journalistes par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 mars 2023. **Voir, l'axe 2.**

³⁷ Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec, Rapport synthèse, (CERP ou « Commission Viens »). Voir les appels à l'action n^{os}74, 75 et 76.

exclus des discussions entourant les directives et les arrêtés ministériels, les stratégies de dépistage, etc., sans compter qu'ils n'étaient pas inclus dans les listes d'envoi du MSSS³⁸. Cet isolement administratif a eu pour effet de créer des délais et de l'incertitude chez le personnel de ces établissements quant à l'exactitude des renseignements sur la base desquels ils prenaient leurs décisions et menaient leurs activités cliniques. Une autre conséquence de cet « isolement administratif » est sans nul doute les risques que cela faisait courir à la population des Premières Nations. À ces enjeux se sont ajoutés les défis liés à la traduction des documents en langue anglaise occasionnant des retards considérables dans l'exactitude des procédures, en temps réel, et pouvant mettre à risque nos populations. Ces conséquences sont incompatibles avec l'objectif du projet de loi qui est d'accroître l'efficacité du système de santé et de services sociaux, notamment avec son premier axe, qui propose « [de] revenir à une gestion de proximité »³⁹.

Pour éviter l'isolement administratif que connaissent les établissements des Premières Nations face aux menaces potentielles ou réelles à la santé publique, il y a lieu d'étendre aux activités de santé publique la reconnaissance dans le PL-15 de leur statut d'établissements autonomes partenaires du réseau québécois de la santé et des services sociaux. **(Recommandation 8)**

5. Autorisation d'accès aux renseignements de santé et de services sociaux par les établissements des Premières Nations à des fins cliniques, de gestion et de recherche

La CSSSPNQL et les communautés collaborent depuis plusieurs années avec le MSSS dans des projets de mise au point de solutions numériques en santé pour les communautés et les organismes : I-CLSC, Réseau de services intégrés pour les personnes adultes, dossier médical électronique et Dossier santé Québec. Cette collaboration est possible parce que les dirigeants et les professionnels des établissements situés dans les communautés des Premières Nations appliquent les mêmes normes que celles des établissements du réseau en matière de protection des renseignements de santé et de services sociaux. La CSSSPNQL les soutient en leur offrant notamment de la formation et un soutien technique, avec l'aide de partenaires privés. Pourtant, le gouvernement a jusqu'ici refusé d'adapter sa législation pour faciliter la mise en œuvre de cette collaboration au profit des usagers des communautés⁴⁰.

Dans le cadre législatif actuel, malgré des demandes formelles de la part de la CSSSPNQL, les établissements de santé et de services sociaux ne sont pas considérés comme des organismes autorisés à accéder aux données de santé et de services sociaux parce qu'ils ne font pas partie du réseau québécois ou n'y sont pas liés de la manière prévue dans la *Loi concernant le partage de*

³⁸ APNQL, *Bilan et perspectives : Première vague de la pandémie de COVID-19 chez les Premières Nations au Québec – du 13 mars au 31 juillet 2020*, Wendake, 2020, p. 35. En ligne : <https://files.cssspnql.com/s/wP64MQx9UQT5WLo>
<https://cssspnql.com/produit/bilan-et-perspectives-premiere-vague-de-la-pandemie-de-covid-19-chez-les-premieres-nations-au-quebec-du-13-mars-au-31-juillet-2020/>.

³⁹ QUÉBEC, *Dépôt du projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux + EFFICACE*, document de présentation de la séance d'information technique destinée aux journalistes par le ministère de la Santé et des Services sociaux, 29 mars 2023.

⁴⁰ Notamment dans le cadre des consultations particulières et des auditions publiques sur le PL-3, le gouvernement du Québec n'a pas donné suite aux recommandations contenues dans le mémoire déposé par l'APNQL et la CSSSPNQL. Voir APNQL, CSSSPNQL, *Mémoire – Un système innovant, performant, respectueux des droits des usagers et exempt de toute forme de discrimination*, Wendake, 2023, 10 pages. En ligne : <https://cssspnql.com/produit/projet-de-loi-no-3-loi-sur-les-renseignements-de-sante-et-de-services-sociaux-et-modifiant-diverses-dispositions-legislatives-un-systeme-innovant-performant-respectueux-des-droits-des-usagers-et-e/>.

*certains renseignements de santé*⁴¹, ni dans la nouvelle *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux*⁴².

À l'heure actuelle, les professionnels et les intervenants qui y travaillent, y compris ceux faisant partie des ordres professionnels, ne sont pas autorisés à accéder aux données détenues par le MSSS et son réseau à partir d'une communauté visée par ce mémoire (Dossier santé Québec, résultats des laboratoires ou des examens d'imagerie par résonance magnétique, etc.).

Il en résulte que les dossiers d'usagers sont souvent incomplets, ce qui entraîne un travail et des délais supplémentaires de la part des professionnels et des intervenants qui cherchent à compléter les renseignements requis. Les professionnels et les intervenants qui travaillent dans les établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations⁴³ doivent pouvoir accéder aux renseignements de santé et de services sociaux de leurs usagers aussi facilement que ceux des établissements du réseau de la santé et des services sociaux⁴⁴. Il s'agit là d'un enjeu important en matière d'équité dans la fourniture de services⁴⁵ pour ces établissements de proximité incontournables dans le continuum de soins pour les usagers des Premières Nations⁴⁶.

D'ailleurs, le rapport de la Commission Viens s'attaque à cet enjeu dans son appel à l'action n° 5 :

« Apporter les changements administratifs et législatifs nécessaires pour permettre aux autorités autochtones d'avoir accès facilement et en tout temps aux données relatives à leurs populations, notamment en santé et services sociaux⁴⁷. »

Si les établissements des Premières Nations ne sont pas reconnus au même titre que les établissements et les organismes du réseau québécois pour l'accès direct et complet aux renseignements de santé et de services sociaux, les Premières Nations ne bénéficieront pas des progrès annoncés dans le PL-15, contrairement à la population en général. **Elles seraient vraisemblablement confrontées aux mêmes déficiences fonctionnelles pour leurs services qu'actuellement, lesquelles découlent d'une forme de discrimination systémique et structurelle. (Recommandation 9)**

La nécessité d'un accès aux données sur la santé par les Premières Nations s'étend aussi à l'accès et à l'utilisation des données à des fins de recherche sur leurs populations. Avec la réforme en cours au MSSS dans la gestion des données sur la santé qui seront définies comme des renseignements de santé et de services sociaux⁴⁸ et centralisées dans les bases de données appartenant au ministère⁴⁹, de nouvelles règles ont été établies. Ces dernières favorisent les projets de recherche menés par les établissements du réseau québécois, mais ignorent les établissements des Premières Nations et leurs

⁴¹ L.R.Q., c. P-9.0001, art. 4 et 71-72.

⁴² *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, sanctionnée le 4 avril 2023 (L.Q. 2023 chap. 5, auparavant le PL-3). Le PL-3 abrogera et remplacera la *Loi concernant le partage de certains renseignements de santé*, L.R.Q., c. P-9.0001 (voir PL-3, art. 207). Le décret indiquant la date d'entrée en vigueur du PL-3 n'a pas encore été publié dans la *Gazette officielle du Québec* au moment d'écrire ce mémoire.

⁴³ C'est-à-dire les centres de santé, les postes de soins et les résidences pour personnes âgées ou en perte d'autonomie et les centres de traitement situés sur le territoire d'une communauté et ne faisant pas partie du réseau québécois.

⁴⁴ PL-3, art. 4.

⁴⁵ C'est également un aspect essentiel de l'objectif d'offrir des services de qualité et sécuritaires (voir, PL-15, article 1).

⁴⁶ APNQL et CSSSPNQL, *Mémoire – Un système innovant, performant, respectueux des droits des usagers et exempt de toute forme de discrimination*, Wendake, 2023, 10 pages. En ligne : <https://cssspnql.com/produit/projet-de-loi-no-3-loi-sur-les-renseignements-de-sante-et-de-services-sociaux-et-modifiant-diverses-dispositions-legislatives-un-systeme-innovant-performant-respectueux-des-droits-des-usagers-et-e/>.

⁴⁷ Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec. *Rapport synthèse*. (2019) https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Rapport_Synthese.pdf.

⁴⁸ PL-3, art. 2.

⁴⁹ PL-3, art. 253 modifiant la LSSSS pour y insérer les articles 521 à 529 instituant le Système national de dépôt de renseignements et définissant ses règles de fonctionnement.

organisations. Or, les Premières Nations ont des besoins distincts dans les domaines de la recherche et de la surveillance puisque les projets de recherche menés sur les Premières Nations par les établissements de santé et les universités sont limités et ne sont pas souvent orientés sur les priorités définies par les communautés⁵⁰. Les Premières Nations au Québec élaborent actuellement une stratégie régionale sur la gouvernance de l'information. Elles veulent, notamment, mener leurs propres recherches et participer au processus décisionnel qui s'appliquera à la gestion centralisée des renseignements de santé et de services sociaux les concernant ainsi qu'au processus d'autorisation des projets de recherche voulant les utiliser. (**Recommandations 10 et 11**)

Conclusion

Le positionnement qu'expriment l'APNQL et la CSSSPNQL confirme la nécessité qu'une reconnaissance formelle de l'existence de toutes les nations au Québec soit insérée dans le corps du texte législatif du PL-15.

En dépit des changements proposés par ce projet de loi, la réalité des Premières Nations au Québec continue de faire l'objet d'incertitudes quant à la place qu'elles occupent et qu'elles devraient occuper dans cette nouvelle structure.

On doit s'attendre à ce que les engagements pris lors de la signature du protocole d'entente tripartite soient reflétés dans la nouvelle loi et que des actions concrètes démontrent le réel engagement du gouvernement québécois. Cela se traduit par la création de mécanismes distincts pour les Premières Nations, qui s'assureront que leurs voix sont entendues, tout en conseillant les ministres concernés sur les priorités et les enjeux qui les concernent.

Le contexte actuel constitue une occasion, tant pour le gouvernement du Québec que pour les Premières Nations, de renforcer leur relation et d'enfin reconnaître les établissements de santé et des services sociaux des gouvernements locaux des Premières Nations en les incluant expressément dans le projet de loi. Les effets d'une relation véritable ne pourront avoir que des retombées positives sur nos populations sur les plans humain, clinique, culturel, administratif et politique.

⁵⁰ APNQL, *Protocole de recherche des Premières Nations au Québec et au Labrador* (2014)
<https://cssspnql.com/produit/protocole-de-recherche-des-premieres-nations-au-quebec-et-au-labrador/>.

Annexe 1 – Liste des recommandations

1. Que les établissements de santé et de services sociaux sous l'autorité des conseils de bande soient reconnus explicitement dans le projet de loi à titre d'établissements autonomes et « partenaires » du réseau de la santé et des services sociaux.
2. Que les conditions associées à la reconnaissance des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations dans le projet de loi respectent entièrement le principe d'une gouvernance autonome par les Premières Nations.
3. Qu'un comité national spécifique aux Premières Nations soit créé pour servir de comité consultatif au ministre de la Santé et au ministre responsable des Services sociaux en matière d'élaboration de programmes d'accès, de plans d'action ministériels ou même de modifications législatives ou réglementaires pouvant affecter les Premières Nations.
4. Qu'une section spécifique réservée aux Premières Nations soit ajoutée au projet de loi pour assurer la reconnaissance claire des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations et le régime particulier qui s'applique à ces entités autonomes et à leurs organisations représentatives en tant que partenaires des établissements du réseau de la santé et des services sociaux du Québec.
5. Que la structure actuelle de la Direction des affaires autochtones du MSSS soit évaluée et redéfinie en partenariat avec les représentants des communautés et des organismes des Premières Nations.
6. Que l'établissement territorial se voit attribuer dans le projet de loi la responsabilité explicite de proposer des mécanismes appropriés de corridors de services aux établissements des Premières Nations situés sur le territoire qu'il dessert.
7. Que les principes de la sécurisation culturelle établis par les Premières Nations soient enchâssés dans la *Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace*, même s'ils proviennent d'une loi distincte portant sur cette matière.
8. Que la reconnaissance des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations à titre d'établissements autonomes et « partenaires » du réseau de la santé et des services sociaux s'étende aux activités de santé publique.
9. Que la reconnaissance des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations ait pour effet qu'ils soient autorisés à accéder pleinement aux renseignements de santé et de services sociaux de leurs usagers détenus par le MSSS.
10. Que les établissements de santé des Premières Nations et leurs organisations représentatives participent au processus décisionnel qui s'appliquera à la gestion centralisée des renseignements de santé et de services sociaux les concernant ainsi qu'au processus d'autorisation des projets de recherche voulant les utiliser.
11. Que la reconnaissance des établissements de santé et de services sociaux des Premières Nations soit accompagnée de modifications corrélatives dans les autres lois touchées, notamment, la *Loi sur les renseignements de santé et de services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.Q.2023, c. 5).