



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

**ENCADREMENT JURIDIQUE DE L'ORGANISATION ET
DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ
OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

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



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

**ENCADREMENT JURIDIQUE DE L'ORGANISATION ET
DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ
OFFERTS AUX PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

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

Rédaction

Faculté de droit

Université de Sherbrooke :

Mélanie Bourassa Forcier

Marie-Ève Couture Ménard

Anne-Marie Savard

Claire Abbamonte

Émy-Jade Viens

Direction de la rédaction

Commission de la santé et des services sociaux

des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Graphisme

Patricia Carignan

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

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

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

Crédit photo : 123rf.com

ISBN : 978-1-77315-071-0

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

© CSSSPNQL 2015

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	1
LISTE DES ACRONYMES	2
INTRODUCTION	3
1 LE CADRE D'AUTONOMIE ACTUEL	6
Introduction	6
1.1 Les lois provinciales d'application générale	8
1.1.1 Portée et limites des lois provinciales	8
1.1.2 Principes ministériels de 1983	10
1.2 La complémentarité offerte par les lois fédérales	12
1.2.1 Portée et limites des lois fédérales	12
1.2.2 Portée et limites des ententes de transfert	15
1.2.3 Portée et limites des ententes d'autonomie gouvernementale	18
Conclusion	20
2 DES CONSTATS À LA LUMIÈRE DE LA LITTÉRATURE ET DES CONSULTATIONS MENÉES AUPRÈS DES PREMIÈRES NATIONS	23
Introduction	23
2.1 Collaboration non optimale entre nations et établissements de santé	24
2.2 Priorités en santé variables entre le centre de santé et le conseil de bande	25
2.3 Participation citoyenne déficiente	26
Conclusion	26
3 DES POSSIBILITÉS À L'INTÉRIEUR DES LIMITES CONSTITUTIONNELLES ACTUELLES	28
Introduction	28

3.1 Perspectives organisationnelles contractuelles entre les nations et les gouvernements provinciaux et fédéral	28
3.1.1 Colombie-Britannique	28
3.1.2 Alberta	35
3.1.3 Saskatchewan	38
3.1.4 Les Cris	40
3.1.5 Nouvelle-Zélande (Maoris)	43
3.2 Perspectives organisationnelles d'ententes pour l'instauration d'une gouvernance autonome des Premières Nations	46
3.2.1 Alaska	46
3.2.2 Yukon	48
Conclusion	51
4 CONCLUSION	52
5 BIBLIOGRAPHIE	53
5.1 Législation et réglementation	53
5.1.1 Lois canadiennes	53
5.1.2 Lois étrangères	54
5.1.3 Ententes, traités ou accords	54
5.2 Jurisprudence	54
5.3 Doctrine	54
5.3.1 Articles de revue et de presse	54
5.3.2 Monographies	56
5.3.3 Rapports publics et communiqués de presse	56
5.3.4 Sites internet	59
5.3.5 Thèses de doctorat et mémoires de maîtrise	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des responsabilités quant aux services de santé offerts aux Premières Nations -----	7
Tableau 2	Matières pouvant constituer des règlements administratifs ou des règlements fédéraux -----	13
Tableau 3	Types d'accords de contribution en fonction du modèle de financement ---	17
Tableau 4	Récapitulatif des pouvoirs d'agir en santé des Premières Nations au Québec -----	22
Tableau 5	Récapitulatif de l'initiative de la Colombie-Britannique -----	31
Tableau 6	Avantages et inconvénients de l'initiative de la Colombie-Britannique ----	35
Tableau 7	Avantages et inconvénients de l'initiative en Alberta -----	37
Tableau 8	Avantages et inconvénients de l'initiative en Saskatchewan -----	40
Tableau 9	Avantages et inconvénients de l'initiative des Cris -----	43
Tableau 10	Avantages et inconvénients de l'initiative des Maoris -----	45
Tableau 11	Avantages et inconvénients de l'initiative en Alaska -----	48
Tableau 12	Avantages et inconvénients de l'initiative du Yukon -----	51

LISTE DES ACRONYMES

APNQL	Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
ATHC	Alaska Tribal Health Compact
CBJNQ	<i>Convention de la Baie James et du Nord québécois</i>
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
CYFN	Council of Yukon Firsts Nations
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DHB	District Health Board
FNHA	First Nations Health Authority (Régie de la santé des Premières Nations)
FNHC	First Nations Health Council (Conseil de la santé des Premières Nations)
FSIN	Federation of Sovereign Indigenous Nations (anciennement Federation of Saskatchewan Indian Nations)
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SSNA	Services de santé non assurés
YHC	Yukon Hospital Corporation

INTRODUCTION

Le présent rapport expose le résultat préliminaire du Corpus B¹ intitulé *Encadrement juridique de l'organisation et de la prestation de services de santé offerts aux Premières Nations au Québec* qui découle du *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux pour les Premières Nations au Québec* (ci-après le « Projet »). Ce Projet, chapeauté par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador² (CSSSPNQL), vise l'amélioration de la prestation des services de santé et des services sociaux et de leur accessibilité aux niveaux local et régional par la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance adapté aux réalités et aux besoins des Premières Nations. Lors de la pré-assemblée générale du 8 juillet 2015, les communautés se sont entendues pour définir la « gouvernance » comme suit :

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 différences³.

Cette notion sera plus amplement étudiée dans le cadre du rapport final, mais mentionnons que la gouvernance en santé reflète ainsi le pouvoir d'agir quant à l'organisation, au financement et à la prestation de soins de santé aux Premières Nations ainsi qu'à leur accès à ces soins. Les Premières Nations au Québec ont la certitude qu'une telle approche de gouvernance pourra améliorer leur santé⁴.

L'objectif de notre mandat est d'outiller les Premières Nations dans le choix de modèles de gouvernance, compte tenu de leurs besoins et des réalités propres à chacune ainsi que du modèle de gouvernance actuel, que nous présentons dans ce rapport préliminaire. Plus particulièrement, ce dernier vise à mettre en lumière l'encadrement juridique de

1 Le Projet de la CSSSPNQL comprend trois corpus (A, B et C) qui seront réunis dans un document final. Le corpus A évalue quels modèles de gouvernance en santé peuvent ou non être implantés, d'un point de vue constitutionnel, au Québec. Le corpus B, celui du présent rapport, vise à mettre en lumière l'encadrement juridique de l'offre et de la dispensation des soins de santé aux Premières Nations ainsi que les mécanismes prévus en matière d'autonomie, afin de voir si et comment la voix des Premières Nations peut être prise en compte dans le système actuel. Enfin, le corpus C approfondit le droit de gouvernance des Premières Nations et effectue l'analyse de l'ensemble des corpus.

2 La CSSSPNQL est un organisme à but non lucratif responsable d'appuyer les efforts des Premières Nations au Québec et au Labrador pour, entre autres, planifier et livrer des programmes de santé et de services sociaux culturellement adaptés et préventifs. Voir le site de la CSSSPNQL : COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *À propos*, en ligne : <<http://cssspnql.com/propos>> (consulté le 7 avril 2015).

3 Cette définition a été adaptée de celle du Centre national pour la gouvernance des Premières Nations. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, *Rapport sommaire de la pré-assemblée générale*, Québec, 8 juillet 2015, à paraître (nos italiques).

4 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec – Améliorer le bien-être par une meilleure gouvernance*, par Daniel WILSON, Québec, 2015, p. 5, en ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/css_1509_gouvern_wilson_fr_webf.pdf?sfvrsn=2>.

l'offre et de la dispensation des soins de santé aux Premières Nations ainsi que les mécanismes prévus en matière d'autonomie, afin de voir si et comment la voix des Premières Nations peut être prise en compte dans le système actuel.

Au Québec, c'est en 1985 que l'Assemblée nationale adoptait une résolution sur la reconnaissance des droits des Autochtones⁵, concrétisant du même coup l'existence d'un droit à l'autonomie gouvernementale de dix Premières Nations (les Abénakis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendat, les Innus [Montagnais], les Malécites, les Micmacs, les Mohawks et les Naskapis) et des Inuits au Québec⁶.

Aujourd'hui, cette autonomie gouvernementale fait toujours l'objet de débats, notamment en matière de santé, alors que le rôle des Premières Nations dans l'organisation et la mise en œuvre des programmes de santé demeure mineur⁷. La spécificité des Premières Nations requerrait l'établissement d'un mode de gouvernance en harmonie avec leurs besoins et attentes organisationnelles, dans le respect des règles constitutionnelles en vigueur, ce qui ne semble pas être le cas actuellement. En effet, le cadre juridique régissant la prestation des soins de santé et leur accès aux Premières Nations au Québec est complexe, puisqu'il relève à la fois de normes constitutionnelles, de lois fédérales et provinciales, de principes et de diverses ententes. De plus, un nombre important d'acteurs est concerné directement en cette matière, c'est-à-dire les gouvernements (provincial et fédéral), des organismes représentant des Premières Nations⁸, mais également les conseils de bandes et autres entités communautaires. En pratique, plusieurs dysfonctionnements découlent de l'organisation des soins de santé visant les Premières Nations. La CSSSPNQL note, parmi ces lacunes, la faible ouverture à la participation des Premières Nations à la prise de décisions ainsi que la présence de zones grises quant à la responsabilité de la prestation des soins de santé⁹. Selon la CSSSPNQL, l'approche actuelle « top-down » ne reconnaît pas – ou très peu – le droit à l'autodétermination des Premières Nations en ce qui concerne les programmes et services de santé qui leur sont offerts¹⁰.

5 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Résolution de l'Assemblée nationale du Québec du 20 mars 1985 sur la reconnaissance des droits des Autochtones et résolution du 30 mai 1989 sur la reconnaissance de la nation malécite*, Québec, 1985, en ligne : <<http://www.apnql-afnql.com/fr/publications/pdf/Declaration-Assemblee%20nationale-fr.pdf>>.

6 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*, Québec, 2007, p. 5, en ligne : <<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf>>.

7 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET LABRADOR, *op. cit.*, note 4, p. 10.

8 La CSSSPNQL est responsable de représenter la voix des Premières Nations au Québec dans la province et à l'extérieur. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Plan stratégique 2014-2017*, Québec, 2014, p. 11, en ligne : <<https://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/plan-et-enjeux-fr.pdf?sfvrsn=2>>.

9 *Ibid.*

10 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec de 2007-2017*, version détaillée, Québec, 2007, p. 17, en ligne : <<http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/final-fr.pdf?sfvrsn=2>>.

Notre mandat de recherche vise donc à répondre à la question suivante : l'état actuel du droit permet-il aux Premières Nations de revendiquer une plus grande autonomie, un « pouvoir d'agir » quant à l'organisation, au financement et à la prestation des services de santé leur étant destinés ainsi qu'à l'accès à ces services?

Pour y répondre, cette recherche a requis un examen de la législation, de la réglementation, des normes, des énoncés de politique et de la doctrine en lien avec l'organisation et la prestation de soins de santé aux Premières Nations au Québec, afin d'établir le cadre juridique applicable. Les résultats de cette recherche ont été comparés à la situation des Cris du Québec, puisque ces derniers exercent une gouvernance en soins de santé qui leur est propre. À la lumière de ces données, les initiatives de gouvernance en santé mises en œuvre ailleurs au Canada (Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan et Yukon) et à l'étranger (Alaska, Nouvelle-Zélande) ont été analysées à la lumière de leur contexte pré et post-adoption, dans le but de mesurer leur applicabilité éventuelle aux Premières Nations au Québec. De plus, afin de proposer des avenues juridiques correspondant aux volontés des Premières Nations au Québec, des représentants de nations ont été consultés à deux reprises¹¹.

Le présent rapport comporte trois chapitres. Le premier s'attache à cerner et à analyser la nature, l'étendue et les limites des normes juridiques octroyant ou pouvant octroyer aux Premières Nations un pouvoir d'agir en santé, notamment au regard des impératifs d'ordre constitutionnel. Le deuxième chapitre présente, quant à lui, les divers constats établis à la suite des consultations menées auprès de certaines nations de Premières Nations et à la lumière de la littérature recueillie. Enfin, le troisième et dernier chapitre présente les options qui pourraient permettre de répondre aux besoins et aux attentes des Premières Nations au Québec, au regard du cadre juridique établi dans les deux premiers chapitres. Nous y exposons et analysons aussi des modèles de gouvernance plus poussés, mis en place dans d'autres provinces canadiennes et à l'étranger. Il s'agit ici de déterminer si ces modèles seraient transposables au Québec, compte tenu de leur portée, des normes juridiques qui les encadrent et des contextes pré et post-adoption de la gouvernance. Cependant, ils nécessitent tous un accord entre nations et un partenariat avec le ou les gouvernements.

¹¹ Dans le cadre de notre démarche, nous avons rencontré des gestionnaires de certains centres de santé. Nous avons préféré ne pas les identifier afin d'assurer une lecture objective du présent rapport.

1

LE CADRE D'AUTONOMIE ACTUEL

INTRODUCTION

Au Canada, toute norme juridique doit respecter des impératifs d'ordre constitutionnel, c'est-à-dire le respect du partage des compétences entre les législatures provinciales et le Parlement fédéral établi par la *Loi constitutionnelle de 1867*¹². Concernant la santé des Premières Nations au Québec, les normes juridiques répartissent les responsabilités entre le gouvernement du Québec et le gouvernement fédéral selon la nature juridique et la situation factuelle de la nation. Selon qu'il s'agit d'une nation dite non conventionnée¹³ (vivant dans une réserve) ou d'une nation conventionnée, le gouvernement fédéral, le gouvernement du Québec ou les deux auront compétence (tableau 1 ci-dessous).

Sans entrer dans un exposé détaillé, qui fera l'objet de ce premier chapitre, précisons d'emblée que le Parlement fédéral possède la compétence exclusive sur les « Indiens et les terres réservées pour les Indiens »¹⁴. Cette compétence lui permet d'administrer, de financer et de fournir aux nations des réserves les services de santé primaires, d'urgence et communautaires¹⁵, les soins médicaux ainsi que les soins spécialisés ou surspécialisés, quant à eux, étant pris en charge par le système provincial. En outre, cela a permis au ministère fédéral de la Santé, Santé Canada, d'instaurer le programme des Services de santé non assurés (SSNA)¹⁶ pour les Premières Nations du Canada, afin de leur offrir une couverture des services de santé qui ne sont pas assurés par les provinces et les territoires. Ainsi, toutes les Premières Nations – même celles résidant dans une réserve – bénéficient des SSNA du gouvernement fédéral. Sont donc notamment financés par le gouvernement fédéral les médicaments, les soins de la vue, les soins dentaires et la provision d'équipement médical. Notons simplement à ce stade que la prestation de ces services fédéraux¹⁷ peut être effectuée par le biais d'accords de contribution ou de paiements de transfert¹⁸. En dehors des réserves, le gouvernement du Québec élabore, organise et assure la prestation des services de santé à tous les Québécois, y compris

12 *Loi constitutionnelle de 1867*, 30 & 31 Vict., c. 3 (R.-U.), art. 91 et 92.

13 Précisons qu'il existe deux types de nations non conventionnées, soit celles vivant dans des « réserves indiennes » et celles résidant dans des « établissements indiens ». MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 6, p. 4.

14 *Loi constitutionnelle de 1867*, *op. cit.*, note 12, par. 91(24). Quant à l'inclusion des Inuits au terme de cette compétence, voir *Re Eskimos*, [1939] R.C.S. 104.

15 SANTÉ CANADA, *Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Ottawa, 2012, p. 6 et 7, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/strat-plan-2012/strat-plan-2012-fra.pdf>.

16 *Loi constitutionnelle de 1867*, *op. cit.*, note 12, par. 91(24).

17 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 6, p. 6 et 7.

18 Voir sur le site de Santé Canada : <www.hc-sc.gc.ca> (consulté le 7 avril 2015).

les Premières Nations¹⁹, en raison de la compétence constitutionnelle que lui confère la *Loi constitutionnelle de 1867*²⁰. Ainsi, les Premières Nations hors communauté – c’est-à-dire celles résidant en milieu urbain – 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.

Étant donné l’absence de règles encadrant la situation juridique des Premières Nations non conventionnées, le présent chapitre s’attache à présenter les pouvoirs d’agir en santé conférés aux Premières Nations vivant au sein des nations non conventionnées²¹.

Tableau 1 : Répartition des responsabilités quant aux services de santé offerts aux Premières Nations

	Nations non conventionnées (vivant dans une réserve)	Nations conventionnées - Cris, Inuits et Naskapis	Premières Nations hors communauté
Financement des services de santé assurés	Gouv. fédéral : - soins primaires - soins d'urgence - soins communautaires Gouv. du Québec (RAMQ) : - soins médicaux - soins spécialisés - soins surspécialisés	Gouv. du Québec : - en général (RAMQ) Gouv. fédéral : - pour certains programmes de santé communautaires	Gouv. du Québec (RAMQ)
Financement des services de santé non assurés	Gouv. fédéral (SSNA)	Gouv. du Québec (selon les mêmes règles que les SSNA) - sauf si certaines règles à l'interne s'appliquent	Gouv. fédéral
Prestation des services de santé autres que médicaux	Instances des Premières Nations ou gouv. fédéral	Instances des Premières Nations (voir chapitre 2 du rapport)	Gouv. du Québec
Organisation des services de santé	Gouv. fédéral ou instances des Premières Nations	Instances des Premières Nations (voir chapitre 2 du rapport)	Gouv. du Québec
Élaboration des programmes de santé	Gouv. fédéral ou instances des Premières Nations	Instances des Premières Nations	Gouv. du Québec

* Nous entendons par « Premières Nations hors communauté » les personnes issues des Premières Nations qui résident en milieu urbain et non au sein d’une communauté (qu’elle soit conventionnée ou non).

19 SANTÉ CANADA, *op. cit.*, note 15, p. 7.
 20 *Loi constitutionnelle de 1867*, *op. cit.*, note 12, par. 92(7), 92(13) et 92(16).
 21 Rappelons cependant que la situation des nations conventionnées, des Cris par exemple, fait l’objet de points de comparaison au troisième chapitre.

1.1 LES LOIS PROVINCIALES D'APPLICATION GÉNÉRALE

Cette section vise à exposer et à analyser les lois provinciales (sous-section 1.1.1) et les principes ministériels (sous-section 1.1.2) favorisant l'autonomie des Premières Nations en matière de santé.

1.1.1 Portée et limites des lois provinciales

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 Nations²², en raison de la compétence constitutionnelle que lui confère la *Loi constitutionnelle de 1867*²³. 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 la santé du Québec.

Tel que 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*²⁴, de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation*²⁵ ainsi que du *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*²⁶ 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 assurés²⁷, c'est-à-dire fournis par un médecin et requis du point de vue médical²⁸ pour les personnes résidant au Québec²⁹. 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*³⁰ sont considérés comme des résidents du Québec. Quant aux services dispensés à des Premières Nations au sein d'un centre hospitalier³¹, ils sont également financés par le Québec, au même titre que pour les résidents québécois³².

22 SANTÉ CANADA, op. cit., note 15, p. 7.

23 *Loi constitutionnelle de 1867*, par. 92(7), 92(13) et 92(16).

24 *Loi sur l'assurance maladie*, R.L.R.Q., c. A-29, art. 2 et 3.

25 *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, R.L.R.Q., c. A-28, al. 1c) et art. 2.

26 *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, R.L.R.Q., c. A-28, r. 1., al. 1a) et c), art. 2 et 3.

27 *Loi sur l'assurance maladie*, al. 1a).

28 *Ibid.*, art. 3 : « Le coût des services suivants qui sont rendus par un professionnel de la santé est assumé par la Régie pour le compte de toute personne assurée [...] ».

29 *Ibid.*, al. 1g.1).

30 *Loi sur les Indiens*, L.R.C., 1985, c. I-5.

31 *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, art. 2 et al. 31d). *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation* al. 1c). *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, al. 1c), art. 2 et 3.

32 *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, al. 1m) et art. 2.

Concernant le mode d'organisation du système de santé, l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*³³ (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 santé³⁴. 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 Nations³⁵. 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 »³⁶. 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 » (nos soulignés)³⁷. Par conséquent, des liens de collaboration entre les établissements de santé et les nations des Premières Nations devraient exister³⁸.

En résumé, les lois provinciales octroient les pouvoirs d'agir en santé au gouvernement provincial. Néanmoins, les Premières Nations au Québec peuvent réclamer des établissements qu'ils collaborent avec les intervenants en santé sur le territoire de leur communauté, en vertu de l'article 100 de la LSSSS. Cependant, l'autonomie accordée demeure minime. C'est dans ce cadre juridique que s'inscrivent les principes ministériels de 1983 (sous-section 1.1.2).

33 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, R.L.R.Q., c. S-4.2, art. 100 : « Les établissements ont pour fonction d'assurer la prestation de services de santé ou de services sociaux de qualité, qui soient continus, accessibles, sécuritaires et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à solutionner les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire les besoins des groupes de la population. À cette fin, ils doivent gérer avec efficacité et efficience leurs ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières et 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. De plus, dans le cas d'une instance locale, celle-ci doit susciter et animer de telles collaborations. » En pratique, il semble que cette disposition générale soit difficilement applicable, comme nous le verrons au chapitre 2 (*supra*, p. 27 et suiv.).

34 *Ibid.*, art. 2, 3 et 5.

35 COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *op. cit.*, note 10, p. 93.

36 *Ibid.*

37 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 101.

38 Les discussions que nous avons menées avec des nations des Premières Nations au Québec révèlent qu'en pratique, cela ne semble pas être le cas. Ce constat est étayé au chapitre 2. *Infra*, p. 27 et suiv.

1.1.2

Principes ministériels de 1983

En 1983, le Conseil des ministres de l'Assemblée nationale du Québec adoptait quinze principes³⁹ 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.** » (nos soulignés)⁴⁰.

Deux ans plus tard est adoptée, dans la même ligne de pensée, la *Résolution de l'Assemblée nationale du Québec sur la reconnaissance des droits des Autochtones*⁴¹. 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.

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 Autochtones⁴² ».

Sur la base de ce cadre normatif et politique, le gouvernement du Québec propose donc aux Premières Nations de conclure des ententes de responsabilisation et de développement en vertu desquelles une plus grande autonomie leur est octroyée⁴³. Ces ententes ont le potentiel de leur donner une plus grande latitude dans la prise de décisions, notamment en santé (parce qu'il ne s'agit pas d'un cadre normatif et politique propre au domaine de la santé)⁴⁴. En effet, celles-ci prévoient une meilleure prise en charge des services de santé par les nations des Premières Nations tout en s'assurant de la continuité et de la complémentarité des soins lors du passage en deuxième et troisième lignes au sein du réseau québécois⁴⁵. Cependant, à ce jour, l'entente Québec-Kahnawake

39 CONSEIL DES MINISTRES, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Quinze principes*, Québec, 1983. Par exemple, dans le premier principe, « [l]e Québec reconnaît que les peuples autochtones du Québec ont le droit à leur culture, à leur langue, à leurs coutumes et traditions ainsi que le droit d'orienter elles-mêmes le développement de cette identité propre ». Y est également affirmé que « [l]es nations autochtones ont le droit, dans le cadre des lois du Québec, de se gouverner sur les terres qui leur sont attribuées » mais également que « [l]es 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 culture, de l'éducation, de la langue, de la santé, des services sociaux et du développement économique. »

40 *Ibid.*

41 ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 5.

42 MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES, *Le Gouvernement du Québec propose de nouvelles orientations concernant les affaires autochtones*, communiqué de presse, Québec, 2 avril 1998, en ligne : <http://www.autochtones.gouv.qc.ca/centre_de_presse/communiqués/1998/saa_com19980402.htm> (consulté le 8 avril 2015).

43 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 6, p. 7.

44 *Ibid.*

45 *Ibid.*, p. 6.

d'avril 1984 est la seule entente conclue⁴⁶. 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 territoire⁴⁷. De plus, les pouvoirs de gestion quant à ce centre hospitalier ne sont pas soumis au modèle de gouvernance du système de santé québécois, contrairement aux autres établissements du réseau. Le conseil de bande de Kahnawake est en relation directe avec le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec⁴⁸. Le financement de la construction du centre hospitalier et le budget nécessaire à son fonctionnement sont toutefois entre les mains du gouvernement québécois⁴⁹. En effet, l'entente a été mise en œuvre grâce à l'adoption d'une loi particulière en 1984, soit la *Loi approuvant l'Entente concernant la construction et l'exploitation d'un centre hospitalier sur le territoire de Kahnawake*⁵⁰. En vertu de cette *Loi*, le centre hospitalier de Kahnawake est un établissement privé conventionné, c'est-à-dire que le financement provient du gouvernement provincial alors que la gestion est effectuée par des particuliers propriétaires de l'établissement⁵¹.

Somme toute, de telles ententes découlant de la *Résolution de l'Assemblée nationale du Québec sur la reconnaissance des droits des Autochtones* permettent seulement d'accorder des pouvoirs d'agir en matière de gestion des services de santé et non, par exemple, un pouvoir de légiférer en santé, ce qui limite d'autant la marge d'autonomie des Premières Nations. Nous verrons qu'un tel pouvoir a été octroyé par une récente entente au Yukon.

L'état actuel du droit québécois permet aux Premières Nations au Québec de participer à la gouvernance des programmes de santé au sein des établissements de santé. Des pouvoirs d'agir autonomes en santé peuvent être acquis en signant une entente de responsabilisation et de développement avec le gouvernement provincial. La possibilité d'acquérir une certaine autodétermination reste donc somme toute minime. Nous verrons que les lois fédérales viennent compléter ce cadre juridique en proposant des possibilités supplémentaires dans l'octroi de pouvoirs d'agir en santé (section 1.2).

46 Bien que cette entente ait été conclue préalablement à l'adoption de la *Résolution de l'Assemblée nationale sur la reconnaissance des nations autochtones*, elle a tout de même été contractée dans l'esprit des quinze principes élaborés par le Conseil des ministres en 1983.

47 *Loi approuvant l'Entente concernant la construction et l'exploitation d'un centre hospitalier sur le territoire de Kahnawake*, L.R.Q., c. 13.

48 Jacques-Yvan MORIN, « René Lévesque et les droits fondamentaux des autochtones du Québec », en ligne : <<http://fondationrene-levesque.org/rene-levesque/ecrits-sur-rene-levesque/jacques-yan-morin-rene-levesque-et-les-droits-fondamentaux-des-autochtones-du-quebec/>> (site consulté le 10 septembre 2014).

49 *Loi approuvant l'Entente concernant la construction et l'exploitation d'un centre hospitalier sur le territoire de Kahnawake*, art. 2.

50 *Ibid.*

51 *Ibid.*, art. 4.

1.2 LA COMPLÉMENTARITÉ OFFERTE PAR LES LOIS FÉDÉRALES

Cette section vise à exposer et à analyser les lois fédérales (sous-section 1.2.1) et les ententes pouvant être conclues (sous-sections 1.2.2 et 1.2.3) pour que les Premières Nations bénéficient de pouvoirs d'agir autonomes en santé.

1.2.1 Portée et limites des lois fédérales

Dans un premier temps, en vertu du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*⁵², le Parlement fédéral possède la compétence sur les « Indiens et les terres réservées pour les indiens », ce qui le rend, rappelons-le, responsable de l'administration, de la prestation et du financement des services de santé dans les réserves des Premières Nations (ou nations non conventionnées)⁵³. Cette prérogative lui permet également d'adopter des mesures législatives quant à la santé des Premières Nations⁵⁴.

Par ailleurs, cette compétence a permis au Parlement fédéral, en 1876, d'adopter la première *Loi sur les Indiens*. Cette *Loi* régit les multiples aspects de la vie des Premières Nations, notamment « l'appartenance aux bandes, l'organisation et l'exercice du gouvernement de la bande ainsi que la prise de règlements⁵⁵ ». Ainsi, en vertu de l'alinéa 81(1)a) de la *Loi sur les Indiens*, les conseils de bande peuvent prendre des règlements administratifs relatifs, entre autres, à « l'adoption de mesures relatives à la santé des habitants de la réserve et les précautions à prendre contre la propagation des maladies contagieuses et infectieuses »⁵⁶. De tels règlements administratifs entrent en vigueur dans les quarante jours suivant l'envoi d'un exemplaire au ministre des Affaires autochtones et du Nord Canada (anciennement Affaires indiennes et du Nord Canada, puis Affaires autochtones et Développement du Nord Canada)⁵⁷. Sauf si le ministre annule le règlement administratif lors de cette période, ce dernier prend alors effet⁵⁸ avec la même force qu'un règlement du gouvernement fédéral⁵⁹.

52 *Loi constitutionnelle de 1867*, par. 91(24).

53 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *op. cit.*, note 6, p. 6. Cependant, rappelons que les soins médicaux sont financés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Les soins spécialisés et surspécialisés sont, quant à eux, pris en charge par le réseau québécois. Les nations peuvent toutefois choisir de prendre en charge la prestation de ces services par le biais d'accords de contribution ou de paiements de transfert. *Ibid.*, p. 6 et 7. Voir également le site de Santé Canada : <www.hc.sc.gc.ca>.

54 Grâce à cette compétence, le gouvernement du Canada a instauré le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) pour les Premières Nations du Canada afin de leur offrir une couverture des services de santé qui ne sont pas assurés par les provinces et les territoires.

55 BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT, SECTION DES AFFAIRES SOCIALES, CULTURELLES ET DE SANTÉ, *Aide-mémoire sur les questions autochtones*, par Tonina SIMEONE, Ottawa, 2011, p. 8, en ligne : <http://carolynbennett.ca/files/2010/07/Primer-on-Aboriginal-Issues_FR.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

56 *Loi sur les Indiens*, al. 81(1)a).

57 *Ibid.*, par. 82(2).

58 *Loi sur les textes réglementaires*, L.R.C., 1985, c. S-22, par. 2(1).

59 *Red Bank First Nation*, (1999) CCRI n° 5.

Toutefois, ce pouvoir de réglementation octroyé aux conseils de bande en matière de santé est en pratique limité quant à son étendue et à ses impacts sur les sujets pouvant faire l'objet d'un règlement fédéral. En effet, ce pouvoir est concurrent de celui du gouvernement fédéral de réglementer sur des matières semblables, soit la transmission des maladies infectieuses ou contagieuses dans les réserves⁶⁰, les traitements médicaux et les services d'hygiène offerts aux Premières Nations⁶¹ et l'hospitalisation et le traitement obligatoires des membres des Premières Nations atteints de maladies infectieuses⁶² (voir le tableau 2). En fait, les règlements administratifs des conseils de bande ne peuvent être contraires à la *Loi* ni aux règlements pris par le gouvernement fédéral, conformément au paragraphe 81(1) de la *Loi sur les Indiens*. De plus, l'article 4 de cette même *Loi* empêche l'adoption de règlements incompatibles avec les lois territoriales et provinciales sur la santé, en exigeant plutôt que les Premières Nations s'y conforment⁶³. Ainsi, bien que les Premières Nations au Québec possèdent un pouvoir de réglementation en matière de santé par le biais des conseils de bande, celui-ci est d'une part limité quant aux matières pouvant faire l'objet d'un règlement et d'autre part par l'activité législative québécoise et fédérale.

Tableau 2: Matières pouvant constituer des règlements administratifs ou des règlements fédéraux

Règlements administratifs des conseils de bande Paragraphe 81(1) de la <i>Loi sur les Indiens</i>	Règlements du gouvernement fédéral Paragraphe 73(1) de la <i>Loi sur les Indiens</i>
L'adoption de mesures relatives à la santé des habitants de la réserve	La prophylaxie des maladies infectieuses ou contagieuses, ou non, dans les réserves
Les précautions à prendre contre la propagation des maladies contagieuses et infectieuses	Les traitements médicaux et les services d'hygiène destinés aux Indiens
	L'hospitalisation et le traitement obligatoires des Indiens atteints de maladies infectieuses

Dans un second temps, en 1973, le gouvernement fédéral adoptait la *Politique sur les revendications territoriales globales*⁶⁴ afin d'éclaircir les modalités de négociation des revendications territoriales par les Premières Nations du pays⁶⁵. Grâce à cette politique et

60 *Loi sur les Indiens*, al. 73(1)f).

61 *Ibid.*, al. 73(1)g).

62 *Ibid.*, al. 73(1)h).

63 CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *À la recherche des autochtones dans les mesures législatives et les politiques sur la santé de 1970 à 2008 : Projet de synthèse politique*, 2011, p. 27, en ligne : <[http://www.nccah-cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(French%20-%20Web\).pdf](http://www.nccah-cnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(French%20-%20Web).pdf)>.

64 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Politique sur les revendications territoriales globales*, Ottawa, 1973.

65 Politique renouvelée en 1986 et en cours de refonte : AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Le renouvellement de la Politique sur les revendications territoriales globales : Vers un cadre pour traiter des droits ancestraux prévus par l'article 35*, Ottawa, septembre 2014, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1408631807053/1408631881247#chp2>> (consulté le 8 avril 2015).

à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* qui la sous-tend⁶⁶, une entente peut être signée entre une communauté du Québec, le gouvernement fédéral et un gouvernement provincial pour créer un gouvernement autochtone entretenant des relations d'égal à égal avec les gouvernements provincial et fédéral⁶⁷. La signature de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*⁶⁸ (ci-après la « Convention ») en est un exemple. Celle-ci vient en effet réorganiser le territoire de la Baie James et du Nord du Québec et y implanter de nouvelles instances administratives possédant des pouvoirs généraux et parfois spécifiques sur le territoire⁶⁹, simplifiant du même coup sa situation juridique⁷⁰. Les collectivités forment alors des corporations publiques dont l'administration et la gestion des questions d'intérêt local relèvent d'un conseil⁷¹. En effet, elles jouissent d'une liberté de régir leurs affaires internes selon leurs mœurs tout en conservant un lien avec le gouvernement du Québec qui bénéficie de l'exploitation de ce territoire pour le bien de la population québécoise⁷². L'impact de cette gouvernance dans le domaine de la santé est étudié au troisième chapitre. L'important ici est de comprendre que, par le biais de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et de la politique qui en découle, il est possible pour une Première Nation du Québec de signer une entente avec le gouvernement fédéral (et le gouvernement provincial) afin de créer son propre gouvernement qui bénéficie d'une plus grande autonomie, notamment en santé.

Ainsi, le cadre législatif fédéral permet d'octroyer aux Premières Nations du pays un commencement d'autonomie en matière de santé. D'une part, la *Loi sur les Indiens*, adoptée par le Parlement fédéral en vertu de sa compétence constitutionnelle, octroie aux conseils de bande un pouvoir de réglementation en matière de santé, même s'il comporte des limites pratiques importantes. D'autre part, en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1867* et de la politique fédérale qui en découle, les nations des Premières Nations peuvent revendiquer leurs droits ancestraux en concluant des

66 Cet article reconnaît et affirme les droits ancestraux des peuples autochtones du Canada.

67 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Note d'information générale sur les politiques relatives à l'autonomie gouvernementale et aux revendications territoriales globales du Canada et sur l'état actuel des négociations*, Ottawa, 2013, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1373385502190/1373385561540>>.

Bien que ce ne soit pas le cas pour la Convention des Cris, précisons qu'un accord de revendications territoriales globales peut englober des modalités d'autonomie gouvernementale. AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *L'autonomie gouvernementale*, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032275/1100100032276>> (site consulté le 29 juillet 2014).

68 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, 1975. *Loi approuvant la Convention de la Baie James et du Nord québécois*, R.L.R.Q., c. C-67. Sont parties signataires à la Convention : le gouvernement du Québec, la Société d'énergie de la Baie James, la Société de développement de la Baie James, la Commission hydroélectrique de Québec (Hydro-Québec) et le Grand Conseil des Cris du Québec, les Cris de la Baie James, l'Association des Inuits du Nord du Québec, les Inuits du Québec, les Inuits de Port Burwell ainsi que le gouvernement du Canada.

69 Les chapitres 9 à 11 de la Convention prévoient l'instauration des administrations locales crie, de l'Administration régionale crie, du Conseil régional de la zone de la Baie James ainsi que de structures particulières, notamment en matière de santé. Voir à ce sujet : Ghislain OTIS et Geneviève MOTARD, « De Westphalie à Waswanipi : la personnalité des lois dans la nouvelle gouvernance crie », *Les Cahiers de droit*, 50, 1, 2009, p. 121, en ligne : <<http://www.erudit.org/revue/cd/2009/v50/n1/o37739ar.pdf>>.

70 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, op. cit., note 68, p. xii.

71 *Ibid.*, p. xvi.

72 *Ibid.*, p. xix. Les Cris doivent permettre l'accès aux services publics québécois tels que les services de santé, les services de police et les établissements scolaires.

ententes qui peuvent marquer le début des négociations avec le gouvernement fédéral (et son pendant provincial). En effet, nous verrons dans la prochaine sous-section que le gouvernement fédéral a adopté diverses politiques permettant aux Premières Nations d'acquérir des pouvoirs d'agir supplémentaires (sous-section 1.2.2).

1.2.2

Portée et limites des ententes de transfert

En 1980, un premier rapport, intitulé *Rapport du Comité consultatif sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuits*⁷³ (ci-après le « Rapport Berger ») recommandait une participation accrue des Premières Nations dans la gestion, la consultation et le contrôle des soins de santé communautaires⁷⁴. Puis, en 1983, un second rapport, celui du Comité spécial sur l'autonomie politique des Indiens⁷⁵ (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 1989⁷⁶ (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*⁷⁷ (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-mêmes⁷⁸ ». Cette ancienne politique reposait sur trois piliers, à savoir :

1. l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations par le biais de moyens mis en œuvre par les nations ;
2. le renforcement des relations de confiance entre les Premières Nations, le gouvernement provincial et le gouvernement fédéral ; et

73 SANTÉ CANADA, *Rapport du comité consultatif sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuits*, Ottawa, 1980.

74 SANTÉ CANADA, *Dix ans de transfert du contrôle des programmes de santé aux nations des Premières nations et des Inuits*, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-fra.php> (site consulté le 16 juillet 2014).

75 COMITÉ SPÉCIAL SUR L'AUTONOMIE POLITIQUE DES INDIENS, *L'autonomie politique des Indiens au Canada : rapport du Comité spécial*, Ottawa, 1983.

76 SANTÉ CANADA, *Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits*, Ottawa, 1989.

77 SANTÉ CANADA, *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahe-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php> (consulté le 8 avril 2015).

78 Ibid.

3. l'augmentation de la capacité des Premières Nations de participer aux décisions concernant leur santé⁷⁹.

Ainsi, la Politique de 1979 reconnaissait déjà que les Premières Nations pouvaient administrer leurs propres programmes de santé communautaires.

Il est à noter que ces deux politiques fédérales (1979 et 1989) sont des documents administratifs qui, par opposition à des documents législatifs, n'ont aucun effet juridique obligatoire; elles relèvent du droit non contraignant, ou « *soft law* ». Néanmoins, elles peuvent conférer des droits ou des pouvoirs aux parties contractantes. Par conséquent, ces politiques fédérales incitent à transférer la responsabilité de la gestion des soins de santé aux Premières Nations qui le souhaitent, mais elles ne peuvent pas obliger le gouvernement à le faire.

En pratique, les Premières Nations désirant ce transfert des responsabilités doivent entamer des négociations avec Santé Canada⁸⁰. Une fois l'entente conclue, la communauté reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour la gestion des services de santé et la conception de nouveaux programmes⁸¹. Ces ententes sont appelées « accords de contribution⁸² » ou « paiements de transfert⁸³ ». Bien entendu, le financement de Santé Canada est conditionnel au respect des conditions énoncées dans l'entente. Le gouvernement fédéral dicte ainsi, dans une certaine mesure, la marge de manœuvre quant à l'allocation des ressources financières, ce qui peut ainsi restreindre dans une certaine mesure l'autonomie d'action des Premières Nations. En raison des spécificités de chacune des nations, les accords varient en fonction du « degré de prise en charge, de leur souplesse, de l'autorisation, des exigences en matière de rapports ainsi que de la reddition de comptes⁸⁴ ».

Par ailleurs, les paiements de transfert sont classifiés en vertu du modèle de financement choisi par Santé Canada (tableau 3) parmi les trois modèles possibles, à savoir : le modèle de financement préétabli, le modèle de financement souple et le modèle de financement global.

- Selon le premier d'entre eux, Santé Canada peut octroyer un financement préétabli pour une durée de trois ans et concevoir les programmes à l'avance pour les Premières Nations⁸⁵. Cependant, elles auront la possibilité, avec l'approbation

79 *Ibid.*

80 SANTÉ CANADA, *op. cit.*, note 76.

81 *Ibid.*

82 SANTÉ CANADA, *Accords de contribution*, en ligne : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/index-fra.php>> (consulté le 8 avril 2015).

83 *Ibid.*

84 *Ibid.*

85 *Ibid.*

du ministre fédéral de la Santé, de modifier les activités sous-jacentes à ces programmes en échange de la rédaction de rapports préliminaires et de fin d'exercice pour Santé Canada⁸⁶.

- Le modèle de financement souple, quant à lui, constitue un accord de contribution d'une durée de deux à cinq ans dans le cadre duquel les Premières Nations doivent établir une structure de gestion des soins de santé sur leur territoire s'inscrivant dans un plan de travail pluriannuel⁸⁷. Ce modèle leur donne plus de flexibilité que le premier quant à l'allocation des fonds, notamment le pouvoir de les reporter, mais uniquement pour le même programme⁸⁸. Une reddition de comptes est également requise par ce modèle de financement.
- L'accord de contribution peut aussi reposer sur un modèle de financement global, d'une durée de cinq à dix ans, selon lequel les Premières Nations élaborent leurs priorités de santé et leur gestion des services de santé⁸⁹. Elles possèdent ici une plus grande liberté quant à l'allocation des ressources grâce à la possibilité de réinvestir les fonds supplémentaires en fonction de leurs priorités sanitaires⁹⁰. Les Premières Nations rendent des comptes à Santé Canada par le biais de rapports de vérification de fin d'exercice et de rapports d'évaluation quinquennaux⁹¹.

Différents modèles peuvent être combinés, à la discrétion de Santé Canada, afin de fournir un financement englobant différents programmes fédéraux en vertu du modèle de financement national⁹². Par contre, les nations peuvent rarement choisir elles-mêmes le ou les modèles de financement.

Tableau 3: Types d'accords de contribution en fonction du modèle de financement

	Modèle de financement préétabli	Modèle de financement souple	Modèle de financement global
Durée	3 ans	De 2 à 5 ans	De 5 à 10 ans
Pouvoirs	Modification des activités sous-jacentes aux programmes établis par Santé Canada (avec l'approbation du ministre fédéral de la Santé)	Conception d'une structure de gouvernance et allocation des fonds	Établissement des priorités en matière de santé, gestion des services de santé, allocation des ressources financières
Autonomie	Limitée: Rapports préliminaires et rapports de fin d'exercice nécessaires	Limitée: Plan de travail pluriannuel et reddition de comptes	Limitée: Rapports de vérification de fin d'exercice et rapports d'évaluation

86 Ibid.

87 Ibid.

88 Ibid.

89 Ibid.

90 Ibid.

91 Ibid.

92 Ibid.

Il demeure que, nonobstant le choix du modèle de financement, les pouvoirs d'administration et de conception des programmes de santé ainsi que le pouvoir de gestion des fonds alloués par le gouvernement fédéral ne sont pas des pouvoirs autonomes. Le contrôle qu'exercent les Premières Nations quant aux services de santé leur étant destinés est certainement accru, mais il est tout de même soumis à une reddition de comptes au gouvernement fédéral. Ainsi, il s'agit plutôt d'une délégation des pouvoirs qu'un réel transfert des responsabilités sanitaires aux Premières Nations. L'entente d'autonomie gouvernementale, présentée à la prochaine sous-section, représente à cet égard la forme d'entente la plus avancée (sous-section 1.2.3).

1.2.3

Portée et limites des ententes d'autonomie gouvernementale

Pour pallier entre autres le manque d'autonomie accordée aux Premières Nations par la Politique de 1989, le gouvernement du Canada, par le biais du ministère des Affaires autochtones et du Nord Canada, a élaboré en 1995 la *Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale*⁹³ en vertu de laquelle les nations assujetties à la *Loi sur les Indiens* et établies dans une réserve peuvent acquérir une plus grande autonomie gouvernementale par la signature d'ententes à cet effet⁹⁴. De telles ententes confèrent aux Premières Nations (1) les « pouvoirs nécessaires pour agir dans un certain nombre de domaines⁹⁵ », dont la santé, ainsi que (2) le pouvoir de légiférer dans plusieurs champs de compétence⁹⁶, notamment la santé, et ce, (3) tout en limitant l'application de la *Loi sur les Indiens*. Elles peuvent traiter de différents sujets, notamment : la structure et la reddition de comptes des gouvernements des Premières Nations, les pouvoirs législatifs, les ententes financières et les responsabilités en matière de prestation de programmes et de services aux membres de la communauté⁹⁷. Ainsi, comparativement aux ententes de transfert, les ententes d'autonomie gouvernementale peuvent accorder à une communauté un contrôle accru sur la santé de ses membres.

Les ententes d'autonomie gouvernementale peuvent être mises en œuvre par différents moyens, par exemple un traité, un contrat, une mesure législative ou encore un protocole d'entente⁹⁸. Cependant, ces divers moyens de mise en œuvre ne comportent pas les mêmes effets juridiques. En effet, les traités possèdent la protection constitutionnelle de

93 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale*, Ottawa, 1995.

94 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Règlement des revendications des Autochtones, Un guide pratique de l'expérience canadienne*, Ottawa, 2003, p. 32, en ligne : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/rul_1100100014175_fra.pdf>.

95 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *L'approche du gouvernement du Canada concernant la mise en œuvre du droit inhérent des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale et la négociation de cette autonomie*, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100031843/1100100031844>> (site consulté le 10 juillet 2014).

96 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Fiche d'information : Autonomie gouvernementale autochtone*, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100016293/1100100016294>> (site consulté le 10 juillet 2014).

97 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *L'autonomie gouvernementale*, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032275/1100100032276>> (site consulté le 29 juillet 2014).

98 *Ibid.*

l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*⁹⁹, tandis que les contrats ont la protection juridique du droit commun des contrats. Concrètement, le choix d'un moyen ou d'un autre fait varier le niveau de la charge de responsabilité laissée aux parties dans le respect des dispositions signées.

Encore une fois, une analyse au cas par cas est requise afin de déterminer avec précision les pouvoirs d'agir en santé octroyés en vertu d'une entente d'autonomie gouvernementale donnée, ainsi que la portée et la protection juridique de l'entente. À ce jour, le Canada a négocié 21 ententes d'autonomie gouvernementale, dont 18 sont intégrées à un traité moderne (aussi appelé entente sur une revendication territoriale globale, dont il a été question plus haut)¹⁰⁰. Au Québec, les Premières Nations de Mamuitun et de Nutashkuan ont conclu en 2004 avec les gouvernements provincial et fédéral une entente de principe d'ordre général¹⁰¹ en vue de l'adoption éventuelle d'une entente d'autonomie gouvernementale. Celle-ci octroierait aux gouvernements innus le pouvoir général d'adopter des lois et règlements s'appliquant à leur territoire. D'ailleurs, en vertu des alinéas 8.4.4x) et 8.4.4xi) de l'entente de principe, les lois innus auront prépondérance sur toute autre loi quant aux organismes de santé et à la médecine traditionnelle¹⁰². Il semble que cette entente de principe fasse partie d'une entente sur une revendication territoriale globale en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*¹⁰³ et de la *Politique sur les revendications territoriales globales* de 1973¹⁰⁴. Ainsi, si l'entente est adoptée, elle possèdera alors la protection constitutionnelle qui reconnaît les droits ancestraux des Premières Nations. Une telle entente sur une revendication territoriale a été signée par les Cris en 1975 et, tel que nous l'avons précédemment affirmé, la Convention signée constitue un traité moderne. Elle sera abordée dans le chapitre 3 du présent rapport.

Par ailleurs, les ententes sur les revendications territoriales (ou traités modernes) encadrées par la *Politique sur les revendications territoriales globales* de 1973¹⁰⁵ ont pour effet de créer un gouvernement autochtone qui entretient des relations d'égal à égal avec les gouvernements du Québec et du Canada¹⁰⁶. De plus, le règlement des revendications territoriales globales peut englober des modalités d'autonomie gouvernementale¹⁰⁷.

99 La Convention de la Baie James et du Nord québécois en est un exemple. Voir *infra*, p. 45 et suiv.

100 Voir le site des Affaires autochtones et du Nord Canada : <www.aadnc-aandc.gc.ca>.

101 PREMIÈRES NATIONS DE MAMUITUN ET DE NUTASHKUAN, GOUVERNEMENT DU CANADA et GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Entente de principe d'ordre général*, 31 mars 2004.

102 *Ibid.*, al. 8.4.4x) et 8.4.4xi).

103 *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada (R-U)*, 1982, c. 11, art. 35.

104 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *op. cit.*, note 65.

105 *Ibid.*

106 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *op. cit.*, note 67.

107 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *op. cit.*, note 97.

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 légiférer 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 assujéti à une reddition de comptes au gouvernement fédéral. De surcroît, toutes les nations ne sont pas signataires de telles ententes. Le besoin d'établir un modèle de gouvernance applicable à tous est criant. Enfin, à ce tableau normatif s'ajoute le pouvoir des conseils de bande de réglementer en matière de santé en vertu de l'alinéa 81(1)a) de la *Loi sur les Indiens*. Cependant, tel que mentionné précédemment, ce pouvoir est concurrent de celui du gouvernement fédéral de réglementer sur les mêmes matières.

CONCLUSION

En guise de conclusion, les pouvoirs d'agir en santé actuellement offerts aux Premières Nations au Québec seront comparés quant à leur origine juridique, leur nature, leur étendue et leurs limites (voir le tableau 4). Ainsi, certains pouvoirs proviennent tantôt de la législation, tantôt d'ententes conclues en vertu de politiques ministérielles. Or, il importe de bien comprendre leurs distinctions, puisque leur incidence juridique et les moyens de mise en œuvre diffèrent.

Dans un premier temps, nous avons vu que la législation octroie des pouvoirs fixes pouvant automatiquement être mis en œuvre par les Premières Nations. C'est ainsi que la *Loi sur les Indiens* permet aux conseils de bande de prendre des règlements administratifs quant à certaines questions de santé. Ces règlements auront force de texte réglementaire suite à leur adoption par le ministre des Affaires autochtones et du Nord Canada. Malgré le caractère restreint de ce pouvoir d'agir en santé, il demeure facile pour les Premières Nations de s'en prévaloir, puisqu'aucune étape supplémentaire n'est nécessaire.

Dans un deuxième temps, la loi établit les pouvoirs des gouvernements et en encadre l'exercice, tandis que les ententes doivent être conclues dans les limites de ces pouvoirs. Ainsi, en vertu du principe de la primauté du droit, la législation a préséance sur les décisions politiques du gouvernement : « l'administration ne peut par entente ou contrat s'engager à ne pas exercer ses pouvoirs¹⁰⁸ ». En d'autres mots, les ententes conclues en vertu de la *Politique de transfert des services de santé*, de la *Résolution de l'Assemblée*

¹⁰⁸ Henri BRUN, Guy TREMBLAY et Eugénie BROUILLET, *Droit constitutionnel*, 5^e éd., Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2008, p. 699.

nationale du Québec sur la reconnaissance des droits des Autochtones et de la *Loi sur les sages-femmes* devront respecter les dispositions des lois fédérales et provinciales relatives à la santé. La marge de manœuvre est donc réduite quant à l'étendue des pouvoirs d'agir en santé pouvant être délégués aux Premières Nations. Ces pouvoirs seront ainsi principalement de l'ordre de la gestion, de la conception, de l'administration de programmes de santé ou encore de la gestion des ressources financières. Cette limite juridique est certainement importante quant au choix de l'avenue à prendre en matière de gouvernance des services de santé par les Premières Nations.

Dans un autre ordre d'idées, par rapport à la mise en œuvre d'une loi, la signature d'ententes constitue certainement un travail plus laborieux et ardu. La durée des négociations, la disponibilité des ministères concernés et les multiples étapes menant à la conclusion d'une entente rendent cette avenue juridique plus difficile à emprunter. Par contre, la négociation des dispositions de l'entente permet aux Premières Nations de discuter réellement de leur autonomie gouvernementale. Ultimement, ce mécanisme octroie aux Premières Nations le pouvoir de gérer, de concevoir et d'administrer les programmes de santé ainsi que celui d'administrer les ressources financières.

Les ententes d'autonomie gouvernementale possèdent, quant à elles, un statut particulier quant à leur force juridique et à leurs moyens de mise en œuvre. Effectivement, tel que mentionné précédemment, les ententes d'autonomie gouvernementale peuvent être mises en œuvre en vertu de lois, d'ententes ou encore de traités modernes. Or, les effets susmentionnés s'appliquent à la mise en œuvre des ententes d'autonomie gouvernementale en vertu de lois ou d'ententes. La particularité de l'entente d'autonomie gouvernementale réside dans la possibilité pour cette dernière d'être conclue en lien avec une entente sur une revendication territoriale globale ou un traité moderne. Ainsi, lorsque l'entente d'autonomie gouvernementale est comprise dans une entente sur une revendication territoriale globale, elle détient la protection constitutionnelle de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*. Dans un tel cas, la *Loi sur les Indiens* est inopérante sur le territoire de l'entente d'autonomie gouvernementale étant donné la suprématie constitutionnelle sur la législation.

Tableau 4: Récapitulatif des pouvoirs d’agir en santé des Premières Nations au Québec

	Pouvoir de réglementation du conseil de bande	Pouvoir de gestion des programmes de santé et des ressources financières (fédéral)	Pouvoir de légiférer	Pouvoir de gestion des programmes de santé (provincial)	Pouvoir d’offrir les services de santé selon les traditions
Origine	Loi	Politique et entente	Politique et entente	Résolution et entente	Lois et entente
Nature	Réglementation	Gestion	Législation et gestion	Gestion	Action
Étendue	Concurrent et limité	Délégué et limité par la reddition de comptes	Complet	Délégué	Limité
Matières	Adoption de mesures relatives à la santé des habitants et précautions à prendre contre la propagation des maladies contagieuses et infectieuses	Gestion des services de santé, conception des programmes, gestion des fonds alloués	Services de santé	Services de santé	Actes réservés aux sages-femmes

Le régime juridique auquel sont assujetties les Premières Nations au Québec en matière de santé est visiblement complexe. Le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada sont sensibles à la participation des Premières Nations au sein des services de santé québécois. Ainsi, certaines lois et politiques gouvernementales concèdent aux Premières Nations des pouvoirs d’agir en santé. Malheureusement, malgré la disponibilité des outils législatifs actuels, nous avons constaté, dans le cadre de nos recherches, que l’autonomie des Premières Nations relative à la gouvernance en santé reste considérablement limitée.

2 DES CONSTATS À LA LUMIÈRE DE LA LITTÉRATURE ET DES CONSULTATIONS MENÉES AUPRÈS DES PREMIÈRES NATIONS

INTRODUCTION

Le chapitre 2 du présent rapport met en lumière le cadre législatif à l'intérieur duquel il est actuellement possible pour les Premières Nations d'œuvrer afin d'améliorer leur autonomie et leur gouvernance dans le domaine de la santé. Afin de déterminer et d'élaborer les modèles de gouvernance pouvant être mis en place à l'intérieur de ce cadre, il importe, dans un premier temps, de cerner les problématiques relatives à la gouvernance actuelle. Cette tâche, aux fins du présent rapport, s'est avérée plus difficile que prévu. D'une part, il existe peu de publications à ce sujet. D'autre part, ce projet ne permettait pas, en raison de contraintes temporelles, de procéder à une étude empirique auprès de chacune des nations des Premières Nations au Québec. En conséquence, nos constats se basent sur des discussions que nous avons eues avec des représentants de la CSSSPNQL ainsi qu'avec des représentants de certaines nations identifiées par cette dernière.

Ce chapitre fait état de nos constats découlant de ces discussions. Nous qualifierons les problématiques de sociales et organisationnelles. Le troisième chapitre de ce rapport visera quant à lui à évaluer dans quelle mesure ces problématiques peuvent être résolues ou atténuées au moyen de nouveaux modèles de gouvernance se situant à l'intérieur du cadre législatif actuel (décrit au chapitre 1). Il est possible de catégoriser nos constats comme suit :

1. Collaboration non optimale entre nations et établissements de santé
 - Manque de respect par les établissements de leur obligation de continuité des soins et services de santé
 - Accès limité aux ordonnances collectives
 - Présence limitée de représentants de la communauté au sein des établissements de santé hors nation
2. Expertise et priorités en santé variables entre le centre de santé et le conseil de bande
3. Participation citoyenne déficiente

Comme nous l'avons précisé, au Québec, l'article 100 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (ci-après la *Loi*) prévoit que les établissements de santé doivent collaborer avec les intervenants des milieux qu'ils servent. Le paragraphe 101(2) énonce

par ailleurs l'obligation pour l'établissement de « dispenser lui-même les services de santé ou les services sociaux requis ou les faire dispenser par un établissement, un organisme ou une personne avec lequel il a conclu une entente de services visée à l'article 108 ». L'article 108 indique également qu'un « établissement peut conclure avec un autre établissement, un organisme ou toute autre personne, une entente pour (...) la dispensation, pour le compte de cet établissement, de certains services de santé ou services sociaux requis par un usager de cet établissement ». Les prochaines lignes révèlent que l'application de ces dispositions législatives dans le contexte des Premières Nations semble parfois déficiente.

2.1

COLLABORATION NON OPTIMALE ENTRE NATIONS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Lors de nos entretiens, nous avons noté une déficience quant à la prestation de services post-hospitalisation au sein de certaines nations, dont les services d'inhalothérapie. Il nous a été indiqué que ces services n'étaient pas remboursés ni couverts par la province de Québec. Notons que pour l'ensemble des résidents du Québec, les services d'inhalothérapie, parce qu'ils ne sont pas offerts par un médecin, ne sont pas couverts par le régime d'assurance maladie du Québec¹⁰⁹. Toutefois, lorsqu'ils sont offerts dans un hôpital, ces services sont couverts par le régime québécois d'assurance hospitalisation¹¹⁰. Quant à la couverture de ces services lorsqu'ils sont offerts en continuité de services hospitaliers reçus, nous notons un certain vide juridique. À notre avis, si ces services représentent le prolongement de services hospitaliers et qu'ils ne peuvent être accessibles dans un point de services à proximité d'une communauté (p. ex. un CLSC), les frais associés devraient être imputés à l'établissement de santé qui sert la communauté. Cette imputation pourrait prendre la forme d'une entente conclue en vertu de l'article 108 de la *Loi*.

Par ailleurs, nous avons constaté que certaines nations ont un accès limité aux ordonnances collectives. Une ordonnance collective est « une prescription donnée par un médecin ou un groupe de médecins à une personne habilitée, ayant notamment pour objet les médicaments, les traitements, les examens ou les soins à donner à un groupe de personnes ou pour les situations cliniques déterminées dans cette ordonnance, les circonstances dans lesquelles ils peuvent l'être de même que les contre-indications possibles »¹¹¹. Comme l'indique le Commissaire à la santé et au bien-être dans son rapport *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec* : « Elles permettent notamment aux professionnels de la santé identifiés de prendre part davantage à la gestion de la pharmacothérapie des patients. Ces professionnels peuvent alors initier un traitement médicamenteux lorsque la situation clinique répond aux critères définis

¹⁰⁹ *Loi sur l'assurance maladie*, art. 3

¹¹⁰ *Loi sur l'assurance-hospitalisation*, art. 2 et 3. *Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation*, art. 1, 2 et 3.

¹¹¹ *Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin*, R.L.R.Q., c. M-9, r. 25-1, par. 2(2).

dans l'ordonnance collective (par exemple, une contraception hormonale ou une thérapie de remplacement de la nicotine), ou encore administrer ou ajuster les doses d'un médicament en cours (par exemple, ajuster une dose de warfarine en fonction des résultats du rapport international normalisé [RIN16], qui permet d'évaluer l'efficacité du traitement anticoagulant). »¹¹²

Compte tenu du fait que c'est le personnel soignant qui assure la constance de la prestation de services de santé au sein des nations non conventionnées, il est hautement pertinent qu'il puisse bénéficier de telles ordonnances. Ces dernières doivent toutefois faire l'objet d'une approbation par le Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP).¹¹³ Or, il ressort de nos rencontres avec des représentants de nations que l'obtention d'ordonnances collectives s'avère parfois complexe et associée à de longs délais.

Nous constatons également, par suite de nos entretiens, que la présence de membres d'une communauté au sein des conseils d'administration des établissements¹¹⁴ ou encore au sein des comités d'usagers¹¹⁵ est particulièrement limitée. Cette insuffisance peut expliquer en partie la difficulté à établir et à conserver un lien de collaboration avec l'établissement de santé qui sert la communauté.

2.2

PRIORITÉS EN SANTÉ VARIABLES ENTRE LE CENTRE DE SANTÉ ET LE CONSEIL DE BANDE

À la lumière de nos rencontres, il semble que les limites à l'autonomie actuelle des nations dans la prise de décisions relatives à la prestation de services de santé sont parfois perçues différemment selon qu'on adopte le point de vue de représentants de centres de santé ou celui de représentants de conseils de bande.

Dans un premier temps, tous s'entendent quant aux limites décisionnelles qu'impose l'octroi, par programme, de transferts fédéraux. Cette obligation d'allouer certaines sommes en fonction de certains programmes déterminés par le gouvernement fédéral ne permet pas dans tous les cas de répondre aux besoins de chaque communauté. Plusieurs considèrent que les membres des centres de santé et des conseils de bande sont plus à l'affût des priorités en santé pour leur communauté. Notons par ailleurs que le projet de

112 COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Les médicaments d'ordonnance: état de la situation au Québec*, Québec, 2014, p. 16, en ligne : <http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Medicaments/CSBE_Medicaments_EtatSituation_2e.pdf>.

113 *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, art. 213 : « Un conseil des médecins, dentistes et pharmaciens est institué pour chaque établissement qui exploite un ou plusieurs centres où exercent au moins cinq médecins, dentistes ou pharmaciens. Ce conseil est composé de tous les médecins, les dentistes et les pharmaciens qui exercent dans tout centre exploité par l'établissement ».

114 *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q., 2015, chap. 1, art. 9 et suiv., en ligne : <<http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/O-7.2>>.

115 *Ibid.*

loi n° 10¹¹⁶, adopté récemment par l'Assemblée nationale du Québec et entré en vigueur, prévoit que les établissements devront dorénavant gérer leurs enveloppes budgétaires par programmes-services sans possibilité de faire de permutation budgétaire entre ces derniers, sauf sur autorisation exceptionnelle du ministre de la Santé. Cette nouveauté soulève de la part des gestionnaires d'établissements les mêmes critiques que celles formulées par les représentants de nations à l'égard de l'octroi des enveloppes budgétaires par programme aux conseils de bandes, c'est-à-dire que le ministre n'est pas aussi informé des priorités en santé que ne le sont les établissements relativement aux besoins de leur population.

2.3

PARTICIPATION CITOYENNE DÉFICIENTE

La gouvernance implique la participation de plusieurs acteurs. Idéalement, elle favorise la participation des citoyens afin de susciter chez eux un sentiment d'appropriation et de valorisation¹¹⁷. Cette participation, relativement à la prestation de services de santé, peut se traduire tant par la participation des membres de la communauté dans le processus décisionnel lié à la santé que par le sentiment de contribuer à l'amélioration de la santé de la communauté par une prise en charge individuelle.

Il ressort de nos rencontres que, dans certaines communautés, la participation citoyenne à la gouvernance en santé est particulièrement déficiente. La participation de membres de la communauté au processus décisionnel des conseils de bande en lien avec l'allocation des fonds en santé est parfois quasi nulle, tout comme leur participation au sein de comités d'usagers d'établissements.

CONCLUSION

Les constats que nous dressons quant aux limites relatives à l'autonomie décisionnelle en santé et à la qualité de la gouvernance en santé par les Premières Nations au Québec nous permettent de conclure qu'il est possible d'améliorer la situation à l'intérieur du cadre législatif actuel présenté au chapitre 1. À cet effet, les Premières Nations devraient à notre avis considérer diverses options.

Comme nous l'avons indiqué plus haut, plusieurs options favorisent une meilleure gouvernance locale, à savoir : (1) le renforcement de la relation entre les nations et les établissements les servant, notamment par la création d'ententes et par la participation de représentants de la communauté au sein de l'établissement (par exemple au conseil d'administration ou au comité des usagers ; (2) l'amélioration de l'expertise en gestion de la santé au sein des conseils de bande par des formations offertes par les gestionnaires de centres de santé ou autres ; (3) l'augmentation de la participation citoyenne à la prise de

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ José M. RUANO DE LA FUENTE, « La participation citoyenne comme source de légitimité de la gouvernance », *La Revue administrative*, 59, 353, septembre 2006, 487-495.

décisions locale. À cet égard, une étude du fonctionnement des coopératives de santé, avec une participation citoyenne, serait pertinente. Cette étude sera incluse dans notre rapport final.

Ces solutions représentent toutefois de petits pas vers l'accroissement de l'autonomie décisionnelle et l'amélioration de la gouvernance en santé des Premières Nations. Bien que petits, ces pas sont néanmoins, selon nous, dignes de mention, d'autant plus qu'ils n'impliquent pas la combinaison des préférences des nations (conciliation des intérêts).

Un plus grand pas permettrait néanmoins de répondre aux besoins des Premières Nations, mais il sous-tend une conciliation des intérêts des nations et, souvent, des ententes avec les gouvernements fédéral et provincial. Afin de déterminer les options envisageables à ce sujet, nous avons étudié certaines initiatives réalisées au Canada et dans d'autres États. Nous les passons en revue dans le prochain chapitre (chapitre 3).

3

DES POSSIBILITÉS À L'INTÉRIEUR DES LIMITES CONSTITUTIONNELLES ACTUELLES

INTRODUCTION

La santé des Premières Nations est préoccupante, et l'autonomie gouvernementale demeure un déterminant de la santé majeur. Une meilleure gouvernance en santé, qu'elle soit à un niveau national ou local, a le potentiel d'accroître cette autonomie, et ce, à l'intérieur des balises actuelles du cadre législatif présenté au chapitre premier de ce rapport.

3.1 PERSPECTIVES ORGANISATIONNELLES CONTRACTUELLES ENTRE LES NATIONS ET LES GOUVERNEMENTS PROVINCIAUX ET FÉDÉRAL

La présente section analyse des modèles de gouvernance qui nécessitent un processus de mise en œuvre relativement long et une combinaison des préférences des nations des Premières Nations. Les exemples tirés proviennent principalement d'autres provinces canadiennes, étant donné que le cadre constitutionnel est le même que celui présenté au premier chapitre. Un seul modèle provient de l'étranger (celui des Maoris) compte tenu des avantages que leur initiative représente. Les prochaines sous-sections proposent ainsi une analyse des différents pouvoirs d'agir octroyés par les normes juridiques et ententes encadrant ces modèles, de même qu'une analyse de l'étendue et de la nature de ces initiatives et une évaluation de l'applicabilité de celles-ci au contexte juridique du Québec.

3.1.1 Colombie-Britannique

En 2011¹¹⁸, les Premières Nations de la Colombie-Britannique¹¹⁹ 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

¹¹⁸ À cette époque, les Premières Nations de la province faisaient face à deux problèmes : 1) les services de santé fédéraux ne reflétaient pas suffisamment leurs priorités et 2) elles ne recevaient pas assez de services provinciaux de santé.

¹¹⁹ Pour être en mesure de créer des partenariats, les chefs des Premières Nations de la province, avec l'appui du gouvernement provincial, se sont regroupés au sein d'un organisme politique : le Conseil de la santé des Premières Nations (First Nations Health Council, FNHC). Celui-ci n'a aucun pouvoir décisionnel à proprement parler en matière de santé. Il est responsable : a) de favoriser la mise en œuvre du *Tripartite Change Accord* ; b) de soutenir les Premières Nations dans l'application des plans de santé ; c) de conseiller les parties et d) d'assurer une gouvernance transparente pour les Premières Nations. Il représente les Premières Nations puisqu'il est composé de quinze membres, trois pour chacune des cinq régions (Fraser, intérieur, Nord, région côtière de Vancouver et Île de Vancouver), choisis parmi les représentants des caucus régionaux qui sont généralement des chefs de bande. FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *Together in Wellness*, Rapport annuel 2001-2012, Vancouver, 2012, en ligne : <http://www.fnhc.ca/pdf/together-in-wellness_2011-12_interim_report.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

Authority, FNHA)¹²⁰. Toutefois, ce modèle ne se base pas sur une entente d'autonomie gouvernementale¹²¹, 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 leadership¹²² 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 fédéral¹²³.

L'accord tripartite inclut à son annexe 1 un accord-cadre intitulé *Financement par le Canada*, qui prévoit que la FNHA détermine, finance, offre et administre tous les programmes de santé en lieu et place de la DGSPNI du gouvernement fédéral. Cet accord-cadre prévoit en fait le transfert du budget de la DGSPNI à la FNHA pour le financement des services fédéraux, mais seulement pour une durée de dix ans¹²⁴. À ce titre, la FNHA devient également responsable de la planification de la construction d'infrastructures sanitaires¹²⁵, des contrats de travail¹²⁶, de la gestion des

120 Les parties devaient, dans un délai de cinq ans, créer un comité indépendant et sans but lucratif pour représenter les nations de la province. Il s'agit de la FNHA, constituée en vertu de la *Society Act*, R.S.B.C., c. 433, art. 7.1.

121 Voir les ententes d'autonomie gouvernementale : *supra*, p. 21.

122 Le Conseil de leadership est composé de la First Nations Health Society et du Conseil de la santé des Premières Nations. Ils représentent tous deux les Premières Nations de la Colombie-Britannique.

123 SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE, LA FIRST NATIONS HEALTH SOCIETY ET LE CONSEIL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations*, 13 octobre 2011, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spni/alt_formats/pdf/pubs/services/tripartite/framework-accord-cadre-fra.pdf> (consulté le 5 février 2015).

124 Cet accord détermine, pour une durée renouvelable de dix ans (*ibid.*, FC 9b)), les montants transférés mais également toute une série d'accords annexes relatifs au personnel ou encore aux programmes de santé. Par cet accord, les parties s'engagent à ce que ces transferts soient effectifs deux ans au plus tard à compter de la date de signature de l'accord. Comme convenu, le transfert effectif des responsabilités de la DGSPNI a débuté le 2 juillet 2013 avec la prise en charge par la FNHA du financement, de l'administration et du développement des programmes de santé, pour se terminer le 1^{er} octobre 2013 avec la fonction d'offre des services fédéraux aux régions. BRITISH COLUMBIA ASSEMBLY OF FIRST NATIONS, *Governance Toolkit: A Guide to Nation Building, Part 1: The Governance Report*, 2^e édition, 2014, p. 8, en ligne : <<http://www.bcafn.ca/wp-content/uploads/2016/06/Governance-Toolkit.pdf>> (consulté le 5 février 2015).

125 Cet accord est très intéressant puisqu'il permet à la FNHA, en collaboration avec les Premières Nations, de planifier la construction d'infrastructures sanitaires d'abord dans un plan de transition (*Interim Capital Plan*), puis dans un plan quinquennal (*Multi-Year Capital Plan*). En effet, est compris dans le transfert des fonds par Santé Canada un budget pour un tel investissement (10 340 000 \$, assujetti aux 5,5 % par année). Toutefois, les terres demeurent la propriété de l'État et leur utilisation est soumise à l'approbation de la province.

126 Cet accord prévoit le transfert progressif des contrats de travail des employés de la DGSPNI à la FNHA. Pour ce faire, la FNHA a envoyé aux employés des offres raisonnables d'emploi à durée indéterminée, à temps plein ou à temps partiel. Depuis la signature des nouveaux contrats de travail, le personnel est financé par la FNHA, et le Code du travail de la Colombie-Britannique s'applique. FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance Sub-Agreement Summary*, 2012, p. 6 et 10, en ligne : <http://www.fnhc.ca/pdf/APP_C_Summaries-FIN.pdf> (consulté le 5 février 2015). La majorité des employés de la DGSPNI ont accepté l'offre de la FNHA. Pour remplacer ceux qui ont refusé, la FNHA a procédé à une vague de recrutement. Conférence téléphonique d'une heure et quinze minutes avec James Rankin, M.P.H., agent de liaison en santé, région côtière de Vancouver, 15 janvier 2014.

accords de contribution avec les nations¹²⁷ et de la gestion de la confidentialité des informations¹²⁸.

Par contre, l'accord tripartite prévoit que les services offerts et financés¹²⁹ par le gouvernement de la Colombie-Britannique en vertu du *Medicare Protection Act*¹³⁰ demeurent sous la responsabilité de la province par l'entremise de son autorité sanitaire composée de la Provincial Health Services Authority (PHSA) et de cinq autorités sanitaires régionales appelées Regional Health Authorities¹³¹. Néanmoins, par cet accord tripartite, le gouvernement provincial s'engage 1) à fournir plus de services en santé aux nations des Premières Nations et 2) à les planifier et à les gérer en tenant compte de leurs priorités. D'ailleurs, pour établir ces priorités, chacune des cinq Regional Health Authorities doit signer un accord de partenariat (*Health Partnership*) avec les chefs des Premières Nations de chaque région (« caucous ») ainsi que la FNHA – cette dernière étant alors représentée par son comité régional. Ces accords de partenariat prévoient par la même occasion l'établissement d'un plan régional en matière de santé qui doit intégrer ces priorités¹³². Lorsque ces objectifs de santé régionaux sont atteints, il est prévu que les

127 Ce sont des accords tripartites, entrés en vigueur le 1^{er} octobre 2013, signés par la FNHA, une communauté et la région à laquelle elle appartient, qui remplacent simplement les accords de Santé Canada selon les mêmes conditions. SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, *op. cit.*, note 123, Annexe 5 (7). La communauté doit volontairement y adhérer; à notre connaissance, seules deux nations ont refusé. Conférence téléphonique d'une heure et quinze minutes avec James Rankin, M.P.H., agent de liaison en santé, région côtière de Vancouver, 15 janvier 2014. En l'absence d'accord signé, la FNHA fournit un financement de remplacement selon les mêmes conditions que le financement de l'Accord de contribution de Santé Canada. Les nations n'ont donc pas le choix. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS, *Accords de contribution*, en ligne : <<http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/finance/agree-accord/index-fra.php>> (consulté le 5 février 2015). Par contre, un processus de participation communautaire doit avoir lieu avant que des changements de fond soient apportés aux accords de contribution actuels, selon les vœux exprimés par les nations. FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, *Consensus Paper*, Vancouver, 2011, p. 9, directive 6, en ligne : <http://www.fnhc.ca/pdf/Consensus_Paper-BC-First_Nations_perspectives_on_a_new_Health_Governance_Arrangement-FIN.pdf> (consulté le 5 février 2015).

128 Par cet accord, les parties s'engagent à respecter la confidentialité des informations des Premières Nations tout au long du transfert des données des parties à la FNHA pour la nouvelle gouvernance. Le 16 avril 2010, les mêmes parties avaient d'ailleurs signé le *Tripartite Data Quality Sharing Agreement* (FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *First Nations in B.C. Tripartite Data Quality and Sharing Agreement*, Vancouver, 16 février 2010, en ligne : <http://www.fnhc.ca/pdf/BC-Tripartite_Data_Quality_and_Sharing_Agreement_-_SIGNED_COPY.pdf> [consulté le 5 février 2015]), qui prévoit la création du fichier-client pour les membres des Premières Nations afin de donner aux parties de l'accord tripartite et aux chercheurs externes l'accès à des données sur les Premières Nations. CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, *Profil des secteurs de compétence dans la perspective du renouvellement des soins de santé : Annexe du Rapport de progrès 2013 – Colombie-Britannique*, Vancouver, 2013, p. 7, en ligne : <http://conseilcanadiendelasante.ca/n3w11n3/progress2013/BritishColumbia2013_FR.pdf> (consulté le 5 février 2015).

129 Il s'agit de tous les services dont les lois d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie prévoient la couverture. En pratique, les Premières Nations vont dans les établissements de santé provinciaux lorsqu'ils habitent en milieu urbain.

130 *Medicare Protection Act*, R.S.B.C 1996, c. 286. Voir également à ce sujet : BRITISH COLUMBIA ASSEMBLY OF FIRST NATIONS, *op. cit.*, note 124. Josée G. LAVOIE, « Policy and Practice Options for Equitable Access to Primary Healthcare for Indigenous Peoples in British Columbia and Norway », *The International Indigenous Policy Journal*, 5, 1, janvier 2014, p. 2, en ligne : <<http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1160&context=iipj>> (consulté le 5 février 2015). En pratique, les services de santé de la province étaient peu utilisés par les nations, sauf celles qui vivent en milieu urbain, comme dans la région côtière de Vancouver et l'île de Vancouver.

131 SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, *op. cit.*, note 123.

132 Le financement, quant à lui, doit comprendre tous les fonds que le gouvernement fédéral remet au gouvernement provincial, comme expliqué ci-haut.

parties signent alors un nouvel accord établissant de nouvelles priorités¹³³. Notons que les priorités peuvent différer entre les nations d’une même région. C’est pourquoi les nations peuvent faire part de leurs besoins particuliers aux comités sous-régionaux de la FNHA. Ensuite, ces comités sous-régionaux en font état aux comités régionaux de la FNHA qui, à leur tour, les prennent en considération dans leurs plans de santé régionaux¹³⁴. Les comités régionaux envoient également leur rapport de priorités à la FNHA qui met en parallèle les priorités de toutes les nations de toutes les régions, afin d’établir son plan de santé pluriannuel.

Tableau 5: Récapitulatif de l’initiative de la Colombie-Britannique

	Gouvernement de la Colombie-Britannique: Provincial Health Authority et les Regional Health Authorities	FNHA	Comités régionaux/ sous-régionaux des Premières Nations	Premières Nations
Gestion	Gestion des services de la province	Gestion des services du gouvernement fédéral		
Collaboration avec les Premières Nations	- Accord de partenariat avec les comités régionaux des Premières Nations - Plans de santé régionaux	- Plan de santé pluriannuel	- Plans de santé régionaux - Rapport de priorités	- Envoi des besoins et priorités à leur comité sous-régional et régional

Ce modèle de gouvernance créé en 2011 en Colombie-Britannique est une première au Canada. Pour de nombreuses personnes, il représente une avancée historique majeure qui pourrait servir d’inspiration aux chefs des Premières Nations des autres provinces¹³⁵. En effet, ce modèle de gouvernance en santé repose sur sept directives¹³⁶ évoquant toutes l’inclusion des Premières Nations comme partenaires égaux dans les processus

133 À titre d'exemple, le plan de santé de la région côtière de Vancouver serait prêt dans les prochaines semaines, ce qui va mener à un nouvel accord. Conférence téléphonique d'une heure et quinze minutes avec James Rankin, M.P.H., agent de liaison en santé, région côtière de Vancouver, 15 janvier 2014.

134 Les accords de partenariat indiquent sommairement les objectifs en santé de chaque région (3-4 pages maximum) tandis que les plans de santé sont beaucoup plus étoffés (ils peuvent atteindre une centaine de pages).

135 Peter O'NEIL, « B.C. First Nations take over their own health care services », *Vancouver Sun*.com, 30 septembre 2013, en ligne : <<http://www.vancouver Sun.com/health/First+Nations+take+over+their+health+care+services/8979530/story.html#...federated=1>> (consulté le 5 février 2015). RÉGIE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE ET SANTÉ CANADA, *Premier anniversaire du transfert historique des services de santé destinés aux Premières Nations de la Colombie-Britannique*, communiqué de presse, 1^{er} octobre 2014, en ligne : <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=889159&tp=1&_ga=1.213775254.363019337.1479991023> (consulté le 5 février 2015).

136 FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, *op. cit.*, note 127.

décisionnels et une collaboration qui a, somme toute, manqué aux nations jusqu'à présent¹³⁷. Ces directives sont énoncées comme suit¹³⁸ :

1. « Community-driven, nation-based » :

- a. Exercer la gouvernance par et pour les nations;
- b. Ne pas compromettre l'autonomie des Premières Nations;
- c. Intégrer toutes les nations au processus;
- d. Élaborer des programmes et des services de santé résultant de la concertation des membres de toutes les nations;
- e. Encourager et renforcer les accords communautaires entre les nations.

2. « Increase First Nations decision-making and control » :

- a. Accroître l'influence des Premières Nations dans le choix des voies à prendre, l'élaboration des programmes de santé et leur prestation aux niveaux local, régional, provincial, national et international;
- b. Concevoir une approche de « bien-être » de la santé et promouvoir une politique de prévention des maladies et des blessures;
- c. Resserrer le contrôle sur les services de santé au niveau communautaire;
- d. Inclure les Premières Nations dans les prises de décisions concernant la santé aux niveaux provincial et fédéral;
- e. Encourager la publication de données sur la santé des Premières Nations;
- f. Déléguer la prestation des programmes aux niveaux local et régional, s'il y a lieu et dans la mesure du possible.

3. « Improve services » :

- a. Intégrer, protéger et promouvoir les connaissances, croyances, valeurs et pratiques dans tous les programmes et services de santé;
- b. Améliorer et dynamiser les SSNA; et
- c. Permettre un accès facile et rapide aux infirmiers et aux autres professionnels de la santé pour les soins primaires.

¹³⁷ Miranda D. KELLY, « Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations », *The International Indigenous Policy Journal*, 2, 1, mai 2011, en ligne : <<http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=iipj>> (consulté le 5 février 2015).

¹³⁸ FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, *op.cit.*, note 127, p. 8 et 9.

4. « Foster meaningful collaboration and partnership » :

- a. Collaborer avec d'autres Premières Nations, les gouvernements et plus généralement tous les citoyens pour agir sur les déterminants sociaux, sanitaires et environnementaux des Premières Nations;
- b. Renforcer les relations entre les Premières Nations de la province et les autorités sanitaires régionales pour la considération des besoins et réalités des nations dans les plans de santé provinciaux.

5. « Develop human and economic capacity » :

- a. Renforcer les connaissances des professionnels de la santé sur les besoins et valeurs des Premières Nations;
- b. Recruter d'autres professionnels de la santé;
- c. Mobiliser et générer des fonds supplémentaires provenant des sources fédérales et provinciales pour les Premières Nations en Colombie-Britannique afin d'investir dans les infrastructures.

6. « Be without prejudice to First Nations interests » :

- a. Préserver les droits acquis des Premières Nations;
- b. Respecter les accords conclus;
- c. Ne pas influencer sur l'obligation fiduciaire de l'État.

7. « Function at a high operational standard » :

- a. Assurer la gouvernance avec un haut niveau de prudence, d'organisation et de transparence par des rapports clairs et réguliers;
- b. Gérer efficacement les ressources;
- c. Veiller à ce que tous les membres du personnel aient les compétences requises pour leur poste.

Ainsi, les Premières Nations sont invitées à participer activement à l'organisation des soins de santé dans leur communauté, par un système de collaboration décentralisée entre les comités sous-régionaux, les comités régionaux, les régies de la santé provinciales et la FNHA (voir le tableau 6)¹³⁹. Nos recherches révèlent cependant quatre limites à ce modèle (voir le tableau 6). Premièrement, comme toute autre approche qui nécessite un regroupement des communautés¹⁴⁰ et une entente avec les niveaux fédéral et provincial,

¹³⁹ En outre, 1) tous les employés doivent suivre une formation sur la culture des Premières Nations; 2) les chefs de bande recueillent les priorités et besoins de leurs nations pour les comités sous-régionaux et régionaux de la FNHA; et 3) la FNHA est composée d'administrateurs indépendants.

¹⁴⁰ Dans le cas de la Colombie-Britannique, seules deux nations ont refusé de participer à ce mode de gouvernance. Entretien par courriel avec la D^{re} Josée Lavoie, directrice du Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research et professeure associée au Community Health Sciences de la Faculté de médecine de l'Université du Manitoba.

le délai de mise en place de ce modèle de gouvernance est très long¹⁴¹. En outre, l'accord tripartite est essentiellement basé sur la confiance¹⁴² et n'est protégé qu'à titre de contrat. Un contrat peut être résilié¹⁴³; de ce fait, il représente moins une garantie qu'une loi ou un traité, par exemple. De surcroît, le transfert des responsabilités par le gouvernement fédéral à la FNHA n'est valable que pour dix ans et sous réserve d'une utilisation judicieuse des ressources financières¹⁴⁴, de sorte que le gouvernement exerce encore une forme de contrôle des transferts financiers et exige des comptes de la part de la FNHA; l'autonomie de cette dernière n'est donc pas entière¹⁴⁵. Enfin, l'accord tripartite limite la possibilité pour les nations de convenir d'une autodétermination, ce qui restreint en fait leur contrôle sur leur propre système de santé¹⁴⁶. En effet, les questions concernant le partage des compétences entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial ne sont pas pour autant résolues, puisque chacun continue d'avoir une compétence en la matière.

Lors des négociations, les nations auraient d'ailleurs critiqué le manque de clarté sur les différents rôles que chacun assumerait¹⁴⁷. En outre, même si la province s'est engagée dans un processus de collaboration avec la FNHA, elle reste seule responsable des services qu'elle décide d'offrir. Le problème est que, d'une part, les nations éloignées ont un accès difficile aux infrastructures provinciales. Cela supposerait donc un investissement accru de la part du gouvernement provincial. Or, comme nous l'avons mentionné, la province se concentre davantage sur les régions urbaines où il existe déjà des infrastructures

141 Les négociations se sont étendues sur presque une décennie et, une fois l'accord tripartite conclu, il a fallu attendre quatre années de plus pour que la gouvernance soit instaurée.

142 Stefan WILMOT, « First Nations health care and the Canadian covenant », *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 1, février 2014, 61-69.

143 Il est énoncé aux articles 12.1 et 12.2 de l'accord tripartite que les parties souhaitent qu'il s'agisse d'un accord à long terme, mais que si l'une d'elles veut le résilier, elle doit 1) fournir un préavis écrit d'au moins 18 mois et 2) rencontrer les autres parties en vue de trouver un compromis pour maintenir l'accord. SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, *op. cit.*, note 123, art. 12.1 et 12.2.

144 La FNHA n'a pas de Conseil du Trésor. Elle doit néanmoins surveiller ses propres capacités budgétaires par l'entremise de son Service des finances. En effet, l'accord tripartite prévoit l'obligation pour la FNHA d'établir des états financiers et un tableau des flux de sa trésorerie à chaque exercice. Ces rapports doivent être audités par un organisme indépendant de la Colombie-Britannique et être ensuite mis à la disposition de ses membres, des parties (Santé Canada et le gouvernement de la Colombie-Britannique) et des vérificateurs généraux du Canada et de la Colombie-Britannique. SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, *préc.*, note 123, al. 4.2(2)(k), l) et m). Ils doivent également être rendus publics. Les plans de santé – soit le plan de transition (*Interim Health Plan*), soit le plan de santé quinquennal (*Multi-Year Health Plan*) selon le niveau de développement de la gouvernance de la FNHA – doivent également être envoyés aux parties. Ces plans expliquent la répartition des fonds de la FNHA. Si la FNHA manque à l'une de ses obligations, la DGSPNI peut retenir des paiements à la FNHA moyennant l'envoi d'un préavis de 30 jours à cette dernière (FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance Sub-Agreement Summary*, 2012, p. 6, en ligne : <http://www.fnhc.ca/pdf/APP_C_Summaries-FIN.pdf> (consulté le 5 février 2015)). Il est expressément prévu que le vérificateur général du Canada peut en tout temps mener une vérification financière des résultats de la FNHA par rapport aux fonds versés par Santé Canada. SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA, *op. cit.*, note 123, al. 4.2(2)m). Néanmoins, en cas de catastrophe naturelle, les gouvernements provincial et fédéral se sont engagés à l'aider financièrement. FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, 2014-2015, *the Year Ahead*, 2014, en ligne : <<http://www.fnha.ca/newsContent/Documents/FNHA-Communique-2014-2015-the-year-ahead.pdf>> (consulté le 5 février 2015).

145 Paul WEBSTER, « Local control over Aboriginal health care improves outcome, study indicates », *Canadian Medical Association Journal*, 181, 11, 24 novembre 2009, 249-250, en ligne : <<http://www.cmaj.ca/content/181/11/E249.full.pdf+html>>.

146 Alexandra J. M. KENT, « Restructuring First Nations Health Governance: a Multilevel Solution to a Multifaceted Problem », *The Arbutus Review*, 5, 1, automne 2014, p. 144, en ligne : <<http://journals.uvic.ca/index.php/arbutus/article/view/13295/4187>> (consulté le 5 février 2015).

147 *ibid.*

provinciales. D'autre part, le recours aux services provinciaux implique *de facto* que les pratiques des Premières Nations ne sont pas respectées, ce qui pose un problème culturel pour plusieurs d'entre elles¹⁴⁸.

Tableau 6: Avantages et inconvénients de l'initiative de la Colombie-Britannique

Avantages	Inconvénients
Coopération entre tous les partenaires	Délai de mise en place très long (dix ans environ)
Prise en compte des priorités des Premières Nations dans différents plans de santé	Nécessité d'une volonté de toutes les Premières Nations et des gouvernements
Rôle important des comités sous-régionaux et régionaux	Pouvoir délégué à une agence qui n'est pas représentée par les chefs
Volonté de rapprocher les employés et les nations (forums, formation culturelle, etc.)	Services provinciaux maintenus sous la responsabilité du ministère de la Santé provincial

**3.1.2
Alberta**

En Alberta¹⁴⁹, la gouvernance en santé des Premières Nations est essentiellement basée sur une coopération avec Santé Canada, scellée par un accord de cogestion signé en 1996, le « *Co-Management Agreement* »¹⁵⁰. Cet accord octroie aux chefs de bande, en tant que

148 Ivana Spasovska, « On-Reserve First Nations and Health Transfer Policy », *The Journal of History and Political Science*, 1, 2012, en ligne : <<http://hpsj.journals.yorku.ca/index.php/hpsj/article/viewFile/36245/32987>> (consulté le 5 février 2015).

149 La situation des Premières Nations en Alberta est particulière en ce qu'elle s'enracine dans trois traités d'autonomie gouvernementale : les Traités 6 (1876), 7 (1877) et 8 (1899) qui subdivisent l'Alberta en territoires. De tous, seul le Traité 6, signé par les Premières Nations du nord de l'Alberta et les Cris de la Saskatchewan, tous situés dans la zone centrale, contient une clause sur la santé (« *Medicine Chest Clause* »). Cette clause prévoit la gratuité des produits médicaux pour ces Premières Nations. Il s'agit de la construction de pharmacies et d'une assistance du gouvernement fédéral en cas de famine ou de peste. Plus généralement, ce traité prévoit la renonciation aux droits ancestraux sur les terres de la zone centrale par les Premières Nations qui y habitent en échange de plusieurs contreparties du gouvernement fédéral : sommes d'argent, écoles, outils agricoles, etc. Le Traité 7, signé en 1877 par deux nations albertaines, et le Traité 8, signé en 1899 par le reste des nations albertaines, prévoient également la renonciation aux droits ancestraux en échange de subventions fédérales dans certains domaines – la santé n'y étant toutefois pas prévue. AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Copie du Traité N° 6 conclu entre Sa Majesté la Reine et les Cris des Plaines, les Cris des Bois et d'autres tribus indiennes aux Forts Carlton et Pitt et à Battle River, et adhésions à ce dernier, 24 février 1877*, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100028710/1100100028783>> (consulté le 5 février 2015).

150 En 1996, l'accord de cogestion a été conclu avec les nations des Traités 7 et 8 (voir note précédente). Les nations du Traité 6 se sont, elles, montrées très réticentes à signer un tel accord compte tenu du fait qu'elles avaient déjà acquis et développé certaines compétences en santé en vertu de la clause *Medicine Chest* de leur traité. Néanmoins, deux nations du Traité 6 adhèrent à cette entente de cogestion : en 1999, la communauté Yellowhead Tribal Council et, en 2010, les Cris Maskwacis. SANTÉ CANADA, *First Nations and Inuit Health – Alberta Region Programs and Services*, Ottawa, 2010, p. 24, en ligne : <http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H29-36-2010-eng.pdf>. Voir également à ce sujet : Angela-Rose MASHFORD PRINGLE, *Self-Determination in Health Care: A Multiple Case Study of Four First Nations Communities in Canada*, thèse de doctorat, Toronto, Faculté de philosophie, Université de Toronto, 2013, p. 42. Constance MACINTOSH, « Envisioning the Future of Aboriginal Health Under the Health Transfer Process », *Health Law Journal*, édition spéciale, 2008, p. 72, en ligne : <http://www.hli.ualberta.ca/HealthLawJournals/~media/hli/Publications/HLJ/VS-05_Macintosh.pdf> (consulté le 19 janvier 2015). SANTÉ CANADA, *First Nations and Inuit Health – Alberta Region Programs and Services*, Ottawa, 2010, p. 26, en ligne : <http://publications.gc.ca/collections/collection_2011/sc-hc/H29-36-2010-eng.pdf>.

représentants des nations, une compétence décisionnelle partagée avec Santé Canada¹⁵¹. En effet, toutes les décisions en matière de santé des Premières Nations de l'Alberta sont prises au sein d'un comité de cogestion de la santé (*Health Co-Management*)¹⁵². Des chefs de bande représentent les Premières Nations aux côtés de deux représentants de Santé Canada. Ensemble, ils déterminent les modalités de l'administration, de la gestion, du financement et de la prestation des services de santé des Premières Nations¹⁵³. Les recommandations concernant les priorités en santé des Premières Nations lui sont transmises par ses sous-comités, composés également de chefs de bande. Notons que ces comités ne sont pas catégorisés par région, mais par spécialité, comme « Santé mentale et dépendances »¹⁵⁴.

Le gouvernement provincial, qui n'est pas partie prenante à cet accord de cogestion albertain, reste donc seul responsable des services de santé normalement assurés par la province. Néanmoins, afin d'assurer la continuité des services aux Premières Nations, toutes les nations disposent d'un coordonnateur entre elles et le *Alberta Health Services*, soit l'organisme provincial chargé d'assurer la prestation des soins de santé à tous les citoyens. Plusieurs ententes individuelles entre cet organisme et des nations sont également conclues¹⁵⁵.

Cette gouvernance en santé rend possible une compétence partagée entre les Premières Nations de l'Alberta et Santé Canada directement au sein du comité décisionnel (tableau 7). Il ressort principalement de nos recherches que ce sont les sous-comités qui possèdent une grande marge de manœuvre en ce qu'ils déterminent les besoins et priorités des nations des Premières Nations pour les transférer au comité décisionnel. Ce sont également eux qui mettent en application les décisions de ce dernier. Tous les comités (le comité de cogestion et les sous-comités) sont constitués de chefs de bande.

151 En effet, il vise à 1) favoriser la coopération entre les partenaires; 2) établir une continuité en santé; 3) améliorer l'accès aux soins et répondre aux besoins des nations; et 4) répondre à des priorités pressantes (problèmes d'alcoolisme par exemple). *Ibid.*, p. 26. Ce modèle de gouvernance a été choisi compte tenu du fait que les nations voulaient 1) participer aux décisions en santé; 2) s'assurer que les fonds de la DGSPNI ne diminueraient pas; 3) adopter une approche coopérative; et 4) mieux s'approprier leur gouvernance en santé.

152 Voir sur le site du comité: HEALTH CO-MANAGEMENT COMMITTEE, *Committees*, en ligne: <<http://hcom.ca/committees/co-management/>> (consulté le 4 février 2015).

153 Ce comité est composé de deux chefs provenant des nations de chacun des traités et de deux représentants de la DGSPNI. En 2007, le comité a éprouvé des difficultés de liaison avec ses sous-comités dont le nombre ne cessait d'augmenter (allant jusqu'à 38) et par là même un manque de transparence dans la gestion. Tous les chefs ont alors été appelés à évaluer la situation avec le comité et à créer un groupe de travail permanent (le « *Co-Management Review Working Group* ») afin de formuler des recommandations au comité de gestion. En 2010, les recommandations ont été mises en œuvre, et le groupe de travail continue de soutenir le comité. Health Co-Management Secretariat, *HCOM 101*, février 2014, p. 24.

154 Actuellement, six sous-comités en santé et un sous-comité financier. Chaque sous-comité est spécialisé dans un domaine: 1) Santé mentale et dépendances, 2) Gouvernance et capital, 3) Programmes de prévention, 4) Services de santé non assurés, 5) Protection en santé et 6) Enfants et jeunesse. Ces sous-comités sont soutenus et mis en liaison par des coprésidents (« co-chairs »), soit deux membres des nations signataires des Traités. Voir sur le site du comité de cogestion: <<http://hcom.ca/committees/>> (consulté le 4 février 2015).

155 Seize nations ont conclu des accords en réseau de soins primaires (« *Primary Care Network* ») avec la Régie afin que des médecins viennent offrir des services de santé dans leurs réserves; douze Premières Nations ont signé des accords officiels avec la Régie pour obtenir un meilleur accès à certains services particuliers (santé mentale, jeunesse, etc.). SANTÉ CANADA, *Alberta On-Reserve Health Services and Programs*, Ottawa, 2012, p. 2, en ligne: <http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H34-256-2012-eng.pdf>.

Ce sont également ces derniers qui composent les organismes de surveillance et l'organe politique (*Assembly of Treaty Chiefs*) en charge de soutenir la coopération entre les nations et de protéger leurs intérêts¹⁵⁶. Cependant, à notre connaissance, ce modèle de gouvernance ne confère pas d'autre forme de représentation aux Premières Nations de l'Alberta. Somme toute, l'autonomie de ces dernières est très limitée, puisqu'il n'y a aucun transfert de compétence en vertu de l'accord de cogestion. Tous les pouvoirs d'agir sont partagés et supposent l'unanimité des parties. D'ailleurs, cet accord n'a la force juridique que d'un contrat. Rappelons que cela implique qu'il peut être assez facilement résilié par l'une des parties, au contraire d'une loi ou d'un traité.

Tableau 7: Avantages et inconvénients de l'initiative en Alberta

Avantages	Inconvénients
	Accord qui n'a la force juridique que d'un contrat
Rôle important des sous-comités	Sous-comités spécialisés dans un secteur et non par sous-région ou région
Sous-comités et comité décisionnel composés des chefs	Chefs ne possédant pas nécessairement de compétences en gestion
	Organisme de surveillance (« co-chair ») composé des chefs
Chefs composant aussi l'organe politique de gouvernance et le groupe de travail en soutien à l'initiative	Renonciation aux droits ancestraux
Délai de mise en place très court	Regroupement des nations par traité
Plusieurs ententes individuelles avec la Régie provinciale	Aucun transfert de compétence pour les services provinciaux et fédéraux
	À part la voix des chefs, aucun processus pour entendre les Premières Nations
	Pouvoirs d'agir partagés

¹⁵⁶ Ces chefs établissent des rapports sur l'état d'avancement des décisions adoptées conjointement par le comité de cogestion et la DGSPNI. S'il y est fait état d'un manque d'avancement, le comité de cogestion est tenu d'en répondre. De plus, l'assemblée est en lien avec les conseils de bande pour s'assurer du progrès des décisions sur le terrain.

3.1.3 Saskatchewan

En août 2008, la Federation of Saskatchewan Indian Nations (aujourd'hui Federation of Sovereign Indigenous Nations, ci-après la FSIN)¹⁵⁷ signait un protocole d'entente tripartite avec le ministère de la Santé provincial et Santé Canada au fédéral. Ce protocole, intitulé *Protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières Nations en Saskatchewan*¹⁵⁸ (ci-après le « protocole »), ne constitue ni une entente d'autonomie gouvernementale¹⁵⁹ ni un accord de transfert¹⁶⁰.

Par ce protocole, Santé Canada conserve en fait la responsabilité de ses services, tandis que le ministère de la Santé de la Saskatchewan demeure en charge de la prestation des services de santé à toute sa population, y compris les nations des Premières Nations¹⁶¹. Néanmoins, les parties s'y engagent à collaborer pour améliorer la santé et le bien-être des Premières Nations, d'une part en partageant les prises de décisions en matière de santé et, d'autre part, en réduisant la redondance des services. L'objectif sous-jacent à cette initiative est l'établissement d'un plan de santé sur dix ans qui tienne compte des priorités des Premières Nations¹⁶² et l'accroissement de la représentation des Premières Nations au sein du personnel de santé¹⁶³. Aussi, à l'image du mode de gouvernance choisi en Alberta, un comité intergouvernemental (*Steering Committee*) composé de deux représentants de chacun des trois partenaires a été mis en place pour surveiller la bonne mise en œuvre du protocole et instaurer un processus décisionnel tripartite¹⁶⁴.

157 Il s'agit d'une institution politique démocratique dont le principal mandat est de protéger les traités et d'en assurer la continuité, mais également de promouvoir le développement de nouveaux partenariats. FEDERATION OF SOVEREIGN INDIGENOUS NATIONS, *Historical Formation*, en ligne : <<http://www.fsin.com/index.php/about/>> (consulté le 8 février 2015). Elle est composée d'une assemblée législative qui regroupe l'assemblée des chefs, tous les vices-chefs, l'agence tribale, l'association des vétérans et le conseil des femmes des Premières Nations : FEDERATION OF SOVEREIGN INDIGENOUS NATIONS, *Legislative Assembly*, en ligne : <<http://www.fsin.com/index.php/legislative-assembly>> (consulté le 8 février 2015). Elle est également composée d'un sénat, d'un conseil exécutif et de plusieurs sous-comités. Ces derniers sont chargés d'évaluer des situations, d'établir des études ou encore de répondre à des requêtes soumises à l'assemblée législative afin que cette dernière, après consultation du sénat, puisse établir si la requête doit faire l'objet d'un quelconque projet du conseil exécutif. Quoique cette structure ressemble à notre fonctionnement législatif et qu'elle paraisse complexe, il faut surtout retenir qu'elle n'a aucun pouvoir législatif. Elle fournit simplement des lignes directrices.

158 FÉDÉRATION DES NATIONS INDIENNES DE LA SASKATCHEWAN, GOUVERNEMENT DU CANADA et GOUVERNEMENT DE LA SASKATCHEWAN, *Protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières nations en Saskatchewan*, 19 août 2008, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniab-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/services/2008-sask-mou-pde-fra.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

159 *Supra*, p. 18.

160 *Supra*, p. 21.

161 *The Department of Health Act*, S.C., 1996, c. 8. IAPC, MNP et FASKEN MARTINEAU, *Healthcare Governance Models in Canada : Saskatchewan*, 2013, p. 14, en ligne : <<http://www.ipac.ca/documents/ALL-COMBINED.pdf>> (consulté le 8 avril 2015).

162 *Ibid.*, art. 1.

163 SANTÉ CANADA, *Le Canada, la Saskatchewan et les Premières nations de la Saskatchewan collaborent en vue d'améliorer la santé des Premières nations en Saskatchewan*, communiqué de presse, Ottawa, 19 août 2008, en ligne : <<http://www.marketwired.com/press-release/le-canada-la-saskatchewan-et-les-premieres-nations-de-la-saskatchewan-collaborent-en-891217.htm>>.

164 *Ibid.*

À ce jour, plusieurs projets ont été mis en œuvre depuis la mise en place de cette structure de gouvernance, mais ils restent spécifiques à certains aspects de la santé des Premières Nations, comme par exemple la cybersanté¹⁶⁵. La question du respect des valeurs des Premières Nations, voire celle de l'organisation même de l'accès aux soins de santé, ne sont pas pour autant réglées, le ministère de la Santé de la Saskatchewan continuant d'établir des plans en santé qui ne reflètent pas complètement les intérêts des Premières Nations¹⁶⁶.

Bien qu'il ne possède donc pas la force juridique de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*¹⁶⁷, mais plutôt celle du droit commun des contrats, il faut comprendre que ce protocole s'inscrit dans la continuité des traités d'autonomie signés à la fin du XIX^e siècle¹⁶⁸. Il fait donc suite à un long processus historique de revendications. Même si le domaine de la santé n'était pas l'objet principal de ces traités, puisqu'un seul comporte une clause en santé (*Medicine Chest Clause*)¹⁶⁹, cet historique manquerait certainement aux Premières Nations au Québec, si elles optent pour cette initiative. En effet, par ces traités, les Premières Nations de la Saskatchewan étaient déjà regroupées et orientées vers une même direction. Le premier pas était donc fait.

Concrètement, ce protocole vient créer un partenariat formel entre les trois parties pour améliorer la participation des Premières Nations de la Saskatchewan dans le domaine de la santé. Cependant, il ne leur octroie aucune autonomie en tant que telle. Il fixe seulement des objectifs communs d'amélioration en matière de santé¹⁷⁰. En effet, d'une part, il n'y a aucun transfert de compétence des services provinciaux ou fédéraux et, d'autre part, les pouvoirs d'agir sont partagés entre les chefs de bande, représentants officiels des Premières Nations, et les représentants des gouvernements (tableau 8). Le principal avantage d'un partage de compétence réside dans l'intégration de la gouvernance au réseau de la santé provincial.

165 SANTÉ CANADA, *Le gouvernement Harper investit pour améliorer la cybersanté chez les Premières Nations de la Saskatchewan – Partenariat visant à améliorer les services de santé*, communiqué de presse, le 31 juillet 2012, en ligne : <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=688519>.

166 GOUVERNEMENT DE LA SASKATCHEWAN, *Saskatchewan Provincial Budget 14-15*, Regina, 2014, en ligne : <http://www.finance.gov.sk.ca/PlanningAndReporting/2014-15/GovernmentDirection1415.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

167 *Loi constitutionnelle de 1982*, art. 35.

168 Tous les traités sont rassemblés sur cette page du gouvernement fédéral : GOUVERNEMENT DU CANADA, AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Textes des traités*, en ligne : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1370373165583/1370373202340> (consulté le 8 février 2015). Voir à ce sujet : Margaret HAWORTH-BROCKMAN, Kathy BENT et Joanne HAVELOCK, « Health Research, Entitlements and Health Services for First Nations and Métis Women in Manitoba and Saskatchewan », *International Journal of Indigenous Health* 4, 2, 2009, p. 15, en ligne : <https://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/12322> (consulté le 8 avril 2015).

169 Cette clause prévoit la gratuité des fournitures médicales pour ces Premières Nations. Voir plus haut. AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *op. cit.*, note 149.

170 Angela-Rose MASHFORD PRINGLE, *op. cit.*, note 150, p. 42.

Tableau 8 : Avantages et inconvénients de l'initiative en Saskatchewan

Avantages	Inconvénients
Structure de partage des compétences en santé	Accord qui n'a la force juridique que d'un contrat
Structure tripartite entre les Premières Nations, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial	Renonciation aux droits ancestraux reconnus dans les traités d'autonomie antérieurs
Délai de mise en place très court	Question du respect des valeurs des Premières Nations non résolue
Intégration au réseau de la santé provincial	Pouvoirs d'agir partagés
	Aucun transfert de compétence pour les services provinciaux et fédéraux
	À part la voix des chefs, aucun processus pour entendre les Premières Nations

**3.1.4
Les Cris**

En 1975, les Cris signent la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*¹⁷¹ (ci-après la « Convention ») avec, entre autres¹⁷², le gouvernement du Québec, qui leur confère un certain degré d'autodétermination en santé.

La Convention est avant tout un traité qui représente un compromis entre les parties. Il a permis aux Cris de voir consacrer leurs droits territoriaux de chasse et de pêche¹⁷³ et d'obtenir différents avantages¹⁷⁴, dont la création d'administrations locales et régionales dans des matières telles que l'éducation, la santé et les services sociaux¹⁷⁵. En échange, les Cris ont dû renoncer à leurs droits ancestraux¹⁷⁶ et permettre au gouvernement du Québec de construire des barrages hydroélectriques en vue d'assurer l'autonomie énergétique du

171 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, op. cit., note 68.

172 Les parties signataires sont : le gouvernement du Québec, la Société d'énergie de la Baie James, la Société de développement de la Baie James, la Commission hydroélectrique de Québec (Hydro-Québec) et le Grand Conseil des Cris du Québec, les Cris de la Baie James, l'Association des Inuits du Nord du Québec, les Inuits du Québec, les Inuits de Port Burwell ainsi que le gouvernement du Canada. *Ibid.* À l'origine, les Cris de la Baie James formaient un peuple nomade dont les membres participaient à des activités de chasse et de trappe afin de subvenir à leurs besoins. La santé était, quant à elle, préservée grâce aux traditions médicinales transmises de génération en génération. Ces traditions utilisaient majoritairement la faune et la flore dans le traitement des maladies. À la suite du contact avec les Européens, les Cris se sont rapidement intégrés à la traite des fourrures de la compagnie de la Baie d'Hudson. Or, ce contact a favorisé la transmission de maladies jusqu'alors inconnues des Premières Nations. Leurs connaissances médicales et leur structure de santé ont donc été ébranlées en raison des générations de guérisseurs fauchés par les maladies. Les Premières Nations se sont mises à douter de leur savoir-faire médical. Joseph FRANKLIN, *La perception de l'autonomie gouvernementale par les Cris du Québec*, mémoire présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en sciences humaines des religions, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Université de Sherbrooke, 2000, p. 44 et 88.

173 Jacques-Guy PETIT, « Cris et Inuits du Nord du Québec : deux peuples entre tradition et modernité (1975-2010) », dans Jacques-Guy PETIT, Yves BONNIER VIGER, Pita AATAMI et Ashley ISERHOFF (dir.), *Les Inuits et les Cris du Nord du Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011, p. 16.

174 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, op. cit., note 68, art. 2.2 et 2.3.

175 Sébastien GRAMMOND, « Les effets juridiques de la Convention de la Baie James au regard du droit interne canadien et québécois », *Revue de droit de McGill*, 37, 761, 1992, p. 763.

176 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, op. cit., note 68, art. 2.1.

Québec et d'étendre les activités d'Hydro-Québec¹⁷⁷. Pour les Cris, la signature de cette entente a représenté un premier pas vers une gouvernance autonome en matière de santé et vers l'amélioration de leur état de santé malgré l'absence de dispositions portant sur l'autonomie gouvernementale en santé *per se*¹⁷⁸. Afin de donner un caractère effectif à la Convention, l'Assemblée nationale du Québec a adopté la *Loi approuvant la Convention de la Baie James et du Nord québécois*¹⁷⁹; elle a ainsi légalisé les dispositions de cet accord en modifiant les lois d'application générale existantes. En outre, des lois particulières ont été adoptées, comme en matière de santé la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones (sic) cris*¹⁸⁰ qui est venue apporter plus de force à la Convention.

Tel que mentionné au premier chapitre et malgré la Convention, il demeure que le gouvernement du Québec élabore, organise et effectue la prestation des services de santé à tous les Québécois, y compris les Premières Nations crie¹⁸¹. En théorie, celles-ci doivent avoir accès aux mêmes soins que le reste de la population québécoise et dans les mêmes conditions. Depuis la signature de la Convention, il semblerait que la gouvernance en santé a amélioré significativement la santé de la nation crie¹⁸². En effet, les conditions sanitaires et les programmes sanitaires de la Baie James ont été améliorés, entraînant une réduction des maladies infectieuses et une augmentation du suivi médical¹⁸³. Ce modèle de gouvernance semble donc avoir eu des effets positifs. Les Cris tentent cependant de l'améliorer afin que les réalités et les besoins de leur nation soient mieux pris en compte (voir au tableau 9 les avantages et les inconvénients de cette initiative).

La spécificité de la Convention réside, d'une part, dans le transfert de la responsabilité des services de santé du gouvernement fédéral vers le gouvernement provincial et la nation crie et, d'autre part, dans l'octroi aux Cris des pouvoirs d'administrer les services de santé, d'en assurer la prestation et d'en gérer le budget par le biais d'une instance du réseau sanitaire québécois, le Conseil cri.

177 Ce n'est qu'au début des années 70 que les Cris se sont distingués des autres nations quant à leur modèle de gouvernance. À cette époque, Hydro-Québec souhaitait construire des barrages hydro-électriques sur les rivières La Grande, Grande-Baleine, Nottaway, Broadback et Rupert. Les Cris, en désaccord, ont alors entamé une bataille juridique contre le gouvernement du Québec par la revendication de leurs droits territoriaux. Joseph FRANKLIN, *op. cit.*, note 172, p. 47.

178 Même si « l'autonomie gouvernementale est considérée comme une condition *sine qua non* à l'amélioration de la santé des Autochtones » : Thibault MARTIN et Éric DIOTTE, « Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones », dans Jerry P. WHITE et Jodi BRUHN (dir.), *Aboriginal Policy Research Volume VIII. Exploring the Urban Landscape*, Ed. Thompson, Toronto, 2010, p. 107 et 108, en ligne : <http://apr.thompsonbooks.com/vols/APR_Vol_8Ch6.pdf>.

179 *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, *op. cit.*, note 68, art. 2.5.

180 *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris*, R.L.R.Q., c. S-5.

181 *Loi constitutionnelle de 1867*, par. 92(7), 92(13) et 92(16). SANTÉ CANADA, *op. cit.*, note 15, p. 7.

182 Joseph FRANKLIN, *op. cit.*, note 172, p. 92.

183 *Id.*

Le principal avantage découlant de cette initiative de gouvernance est certainement la protection constitutionnelle attribuée aux traités modernes en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*¹⁸⁴. Les parlements ne pouvant pas modifier unilatéralement la structure de gouvernance¹⁸⁵, les institutions des nations crie bénéficient ainsi d'une plus grande stabilité. Les relations gouvernementales peuvent alors être vues dans un esprit de changement à long terme. Il demeure cependant que le droit à l'autonomie gouvernementale n'a tout de même pas été consacré. Ainsi, contrairement à une entente d'autonomie gouvernementale, la Convention ne confère pas aux Cris le pouvoir de légiférer en matière de santé. Dans les faits, ce pouvoir manquant n'influe que dans une faible mesure sur la gouvernance en santé. En effet, les pouvoirs nécessaires à la bonne gestion de la santé ont été transférés au Conseil cri.

Il est également avantageux pour la nation crie de tenir un modèle de gouvernance assurant la prise de décisions sanitaires par ses membres. Effectivement, par le biais du Conseil cri, la représentation des intérêts sanitaires de la Première Nation est garantie. Par ailleurs, les pouvoirs de ce dernier permettent ensuite de traduire ces intérêts sur le terrain. En outre, même si les responsabilités du gouvernement québécois sont déléguées au Conseil cri, ce dernier conserve un lien direct avec le réseau québécois de la santé. La gouvernance sanitaire des Cris est donc complètement intégrée au réseau. Cette particularité nous laisse croire que les ententes entre le Conseil cri et les établissements du réseau et le lien avec les services spécialisés et surspécialisés sont plus aisément réalisés.

Ce modèle de gouvernance ne pourrait concorder avec les attentes de la CSSSPNQL. En effet, une telle convention ne pourrait être signée aujourd'hui sans l'abandon de certaines revendications. En outre, l'applicabilité de cette initiative au Québec dépend principalement de son lourd processus de mise en œuvre. En effet, il s'agit d'un modèle de gouvernance tripartite qui comprend le gouvernement du Canada, le gouvernement provincial ainsi que ces Premières Nations. La mise en œuvre de cette initiative au Québec repose donc principalement sur la volonté des gouvernements de transiger avec les Premières Nations. Dans le cas de la Convention, le gouvernement provincial désirait, dès le départ, conclure une entente avec les Premières Nations afin d'établir un réseau hydroélectrique sur le territoire. L'enclenchement des négociations s'est ainsi effectué plus facilement. Aussi, l'initiative des Cris est comprise dans un traité moderne ou une entente sur une revendication territoriale. Tous les pans de la gouvernance des Premières Nations doivent être négociés pour ensuite conclure des ententes sectorielles. Cette voie n'est certainement pas la plus simple. Une fois le traité moderne conclu, les gouvernements devront ensuite élaborer des lois habilitantes nécessaires à la mise en œuvre des

¹⁸⁴ *Supra*, p. 10 et suiv.

¹⁸⁵ Ghislain OTIS et Geneviève MOTARD, *op. cit.*, note 69, p. 135.

dispositions de l’entente. De plus, ils devront peut-être adopter ou modifier certaines lois complémentaires. Si ce modèle de gouvernance est attrayant par sa nature et son étendue, son application serait plus ardue.

Tableau 9 : Avantages et inconvénients de l’initiative des Cris

Avantages	Inconvénients
Pouvoirs d’agir transférés à la nation crie	Lourd processus de mise en œuvre
Protection constitutionnelle d’un traité	Absence d’autonomie gouvernementale
Représentation des Premières Nations	Renonciation à leur titre autochtone
Intégration au réseau sanitaire	

Jusqu’à présent dans cette section, nous avons présenté des modèles canadiens de gouvernance en santé, puisque le cadre constitutionnel présenté au chapitre 1 est le même que pour les Premières Nations au Québec. Le modèle de gouvernance en santé des Maoris présenté ci-dessous ne bénéficie donc pas des mêmes règles constitutionnelles. Néanmoins, il nous paraît important de l’analyser compte tenu de son succès (sous-section 3.1.5).

**3.1.5
Nouvelle-Zélande (Maoris)**

En Nouvelle-Zélande, la population des Premières Nations maories a conçu un système de gouvernance en santé basé sur une coopération avec le gouvernement. Bien qu’il ne corresponde pas à l’avènement d’une gouvernance complètement autonome pour les Maoris, ce modèle est souvent cité en exemple compte tenu de sa réussite¹⁸⁶.

La naissance de cette gouvernance coopérative remonte à la signature du *Traité de Waitangi*, le 6 février 1840, par la Couronne britannique et les nations maories. Il s’agit d’un traité de cessation, ce qui signifie – et nous voyons ici le principal inconvénient de cette initiative – que les Maoris ont dû renoncer à leurs droits ancestraux. Les principaux objectifs visent non pas la reconnaissance d’un droit à l’autonomie des Maoris, mais, tels que le prévoient les principes qui y sont sous-jacents : 1) la protection de la Couronne et l’égalité entre les peuples; 2) la participation de la communauté à la prestation des soins, mais aussi à l’organisation et à la prise de décisions; et 3) l’accroissement de partenariats entre la Couronne et les Maoris¹⁸⁷. Inscrits en 2000 dans la loi habilitante *Public Health*

¹⁸⁶ Meredith GIBBS, « The Right to Development and Indigenous People : Lessons from New Zealand » *World Development*, 33, 8, février 2005, 1365-1378.

¹⁸⁷ Au moment de la signature, ce traité a été traduit en anglais et en langue maorie. Mais la version anglaise accorde plus de pouvoirs à la Couronne, alors qu’au contraire, dans la version maorie, une certaine forme d’autodétermination est laissée aux Maoris sur leurs institutions. En 1975 a été créé le tribunal de Waitangi qui est également une commission d’enquête pour résoudre les problèmes d’interprétation des deux versions du traité et les faire coexister. Le tribunal a recommandé que tous les acteurs (le tribunal de Waitangi, le gouvernement néo-zélandais, la Cour d’appel et le Conseil des Maoris) développent leur propre interprétation. C’est en 1988 que l’ensemble des principes communs sur la relation entre le traité et la santé des Maoris a été dégagé. Te Kani KINGI, « The Treaty of Waitangi: A Framework for Māori Health Development », *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 54, 1, mars 2007, p. 4 et 8.

*and Disability Act*¹⁸⁸, ces principes permettent en pratique aux Maoris de participer activement aux décisions en santé. Notons que le premier avantage de cette gouvernance est la protection offerte à titre de traité et de surcroît par une loi habilitante qui offre une stabilité certaine aux Maoris.

La réussite de cette gouvernance (voir le tableau 10 pour un récapitulatif) réside également dans l'intégration des Maoris à des postes de gestion des *District Health Boards* (DHB)¹⁸⁹, c'est-à-dire des organismes de santé régionaux responsables d'assurer l'organisation et la prestation des soins de santé dans la zone géographique qui leur est attribuée¹⁹⁰. Tout d'abord, la participation de chacun de ces DHB au développement et à l'amélioration des services de santé destinés à la population maorie est une obligation légale¹⁹¹. Pour ce faire, chaque DHB doit produire un plan en santé pour les nations maories de sa région¹⁹²; il y a donc autant de plans que de nations maories. De plus, les membres de ces organismes doivent avoir des connaissances suffisantes sur le *Traité de Waitangi* pour être en mesure de favoriser les valeurs maories. En plus d'être parfaitement représenté dans les postes principaux de gestion en santé, le personnel qui dispense les soins de santé aux Maoris reçoit également des cours de culture maorie. Par exemple, des cours de formation en culture maorie sont offerts dans certains programmes infirmiers¹⁹³. Enfin et surtout, les Maoris – non pas nécessairement des chefs mais des personnes ayant acquis des compétences de gestion en santé – doivent être représentés au sein de chacun des DHB¹⁹⁴. Chacun des trois comités du DHB¹⁹⁵ doit comprendre au moins deux représentants Maoris¹⁹⁶, et cette représentation doit être proportionnelle à la population que sert le DHB¹⁹⁷. Cela signifie qu'en pratique, les Maoris participent à chaque décision administrative et financière ou relative à la prestation des services ou à l'accès aux soins de santé au sein de leur DHB.

188 *Public Health and Disability Act*, 2000, No 91, al. 3(1b) et art. 4 : « to reduce health disparities by improving the health outcomes of Maori and other population groups » et *Treaty of Waitangi* respectivement. Cette loi a fait l'objet de débats houleux au Parlement et est encore remise en cause aujourd'hui. Pour ses détracteurs, l'inscription de ces principes confère des privilèges spéciaux aux Maoris : *ibid.*, p. 9. En outre, il y aurait encore beaucoup de racisme entre Maoris et non-Maoris dans le pays : Joy Colleen PANOHO, *A Māori-centred inquiry into health governance: Māori directors on District Health Boards*, thèse de doctorat, Palmerston North, Faculté de philosophie, Université de Massey, Nouvelle-Zélande, 2012, p. 48.

189 *Public Health and Disability Act*, *op. cit.*, note 188, art. 5.

190 Joy Colleen PANOHO, *op. cit.*, note 188, p. 29. Ils sont composés de sept membres élus et de quatre membres nommés par le ministère de la Santé. *Public Health and Disability Act*, *op. cit.*, note 188, par. 29(3). Chacun de ces DHB a trois comités permanents (le Comité consultatif de la santé publique et de la communauté, le Comité consultatif de soutien aux personnes handicapées et le Comité consultatif sur les hôpitaux). *Ibid.*, par. 5(4).

191 *Ibid.*, art. 23.

192 Voir sur le site du gouvernement néo-zélandais les plans en santé : MINISTRY OF HEALTH, *DHB Māori Health Plans, profiles and summaries*, en ligne : <<http://www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/dhb-maori-health-plans-profiles-and-summaries>> (consulté le 5 février 2015).

193 Derek HAND, « Indigenous Health in New Zealand: 'By Maori, for Maori' », *Australian Nursing Journal*, 5, 10, mai 1998, 18-20, en ligne : <<https://studylib.net/doc/10539686/-by-maori--for-maori--indigenous-health-in-new-zealand->>.

194 *Public Health and Disability Act*, al. 5(3a).

195 *Ibid.*, art. 34, 35 et 36.

196 *Ibid.*, al. 29(4b).

197 *Ibid.*, al. 29(4a).

De surcroît, la Nouvelle-Zélande permet aux Maoris de co-acheter, avec le gouvernement et grâce à son financement, des établissements de santé exploités « par les Maoris et pour les Maoris », ainsi que de conclure des ententes avec des fournisseurs de services¹⁹⁸. Cette politique (*National Primary Health Care Strategy*) instaurée en 2001¹⁹⁹ par le gouvernement néo-zélandais à l'échelle du pays favorise une meilleure compréhension de la culture maorie dans la prestation des soins, indispensable pour les Premières Nations maories. Néanmoins, il semblerait qu'en pratique, la libre concurrence s'est révélée irréalisable, la majorité des contrats étant signés avec les mêmes fournisseurs maoris. Il appert en effet que peu de non-Maoris osent investir dans des infrastructures de santé destinées principalement aux Maoris²⁰⁰. Les mêmes fournisseurs peuvent alors faire monter les prix, ce qui est très onéreux et limite finalement la réalisation des priorités locales²⁰¹. C'est pourquoi on a mis en place les *Primary Health Care Organizations*, des entités publiques à but non lucratif, pour surveiller la conclusion des contrats avec les fournisseurs²⁰².

Tableau 10 : Avantages et inconvénients de l'initiative des Maoris

Avantages	Inconvénients
Priorités maories inscrites dans une loi	Renonciation aux droits ancestraux
Maoris (non forcément des chefs mais des personnes compétentes en la matière) représentés obligatoirement dans les organismes de santé régionaux	Collaboration et non autonomie (prise de décisions commune)
Priorités en santé des Maoris établies dans des plans de santé régionaux	
Compétence pour conclure des contrats de fourniture avec des Maoris	Concurrence faussée dans la conclusion des contrats
Culture maorie sauvegardée dans la prestation des soins	

198 MINISTRY OF HEALTH, *He Korowai Oranga: Māori Health Strategy* par A. KING et T. TURIA, Wellington, 2002, en ligne : <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mhs-english.pdf> (consulté le 5 février 2015). À partir de 2002, la conclusion de ces contrats est apparue comme une priorité, et en 2006, plus de 240 fournisseurs maoris participaient à la prestation des soins de santé aux Maoris. Ian Anderson, Sue Crengle, Martina Leialoha Kamaka, Tai-Ho Chen, Neal Palafox, Lisa Jackson-Pulver, « Indigenous health in Australia, New Zealand, and the Pacific », *The Lancet*, 367, 9524, 27 mai 2006, p. 1784.

199 Josée G. LAVOIE, « Governed by Contracts: The Development of Indigenous Primary Health Services in Canada, Australia and New Zealand », *Journal of Aboriginal Health*, janvier 2004, p. 16, en ligne : http://www.naho.ca/jah/english/jaho1_01/journal_p6-25.pdf (consulté le 8 avril 2015).

200 Josée G. LAVOIE, Amohia BOULTON et Judith DWYER, « Analysing contractual environments : lessons from Indigenous health in Canada, Australia and New Zealand », *Public Administration*, 88, 3, septembre 2010, p. 673. En effet, par exemple, citons le Korowai Aroha qui est un centre de santé à Rotorua, fondé en 1992 et exploité par du personnel soignant maori pour le peuple maori. Derek HAND, *op. cit.*, note 193.

201 *Ibid.*, p. 670.

202 *Ibid.*, p. 671. Voir également : Sally ABEL et coll. « Implementing the Primary Health Care Strategy: A Māori Health Provider Perspective », *Social Policy Journal of New Zealand, Te Puna Whakaaro*, 25, juillet 2005, en ligne : <https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj25/implementing-the-primary-health-care-strategy25-pages70-87.html> (consulté le 5 février 2015).

3.2

PERSPECTIVES ORGANISATIONNELLES D'ENTENTES POUR L'INSTAURATION D'UNE GOUVERNANCE AUTONOME DES PREMIÈRES NATIONS

Cette deuxième section du présent chapitre vise à étayer et à analyser deux modèles de gouvernance en santé consacrés par des ententes d'autonomie gouvernementale, dont le premier a cours en Alaska (États-Unis) et l'autre au Yukon (Canada). Ces deux nations des Premières Nations sont donc les seules compétentes en matière de santé sur leur territoire. Compte tenu des limites constitutionnelles actuelles dans les deux pays, ces modèles sont les plus avancés. De ce fait, ils sont associés à des délais et à des processus de mise en place relativement longs.

3.2.1 Alaska

Le modèle de gouvernance en santé mis en œuvre pour les Premières Nations de l'Alaska depuis 1994 est l'*Alaska Native Health System*. Il représente certes un modèle de gouvernance autonome complet et harmonisé, mais il a ceci de particulier qu'il n'est pas entièrement centralisé. En effet, les nations qui en bénéficient n'ont pas opté pour un transfert de compétences centralisé au sein d'un organisme tiers comme en Colombie-Britannique; elles ont plutôt choisi de conserver leur autonomie déjà acquise en confiant les pouvoirs d'agir en santé soit à des agences de santé locales (principalement des conseils de bande), soit à des organismes régionaux.

À l'origine de ce modèle de gouvernance se trouve l'*Indian Self-Determination and Education Assistance Act*²⁰³, qui a permis aux Premières Nations dès 1975 d'assumer presque entièrement la gestion de leurs services de santé par l'entremise des agences de santé locales et de douze agences de santé régionales²⁰⁴ autonomes et à but non lucratif, pour les Premières Nations qui y ont volontairement adhéré. À cette époque, ces autorités sanitaires étaient effectivement chargées de gérer les fonds que le gouvernement fédéral leur transférait pour fournir les soins de santé aux bénéficiaires. Néanmoins, elles demeuraient sous l'autorité du gouvernement fédéral américain²⁰⁵ en ce qu'elles ne pouvaient élaborer ni offrir de nouveaux services ou programmes qu'avec l'approbation

203 *Indian Self-Determination and Education Assistance Act*, Public Law 93-638.

204 En 1971, l'*Alaska Native Claims Settlement Act* réorganise les territoires indiens et regroupe les villages dans des régions. Tracy L. SPEIER, *In-State Contract Health Services and Emergency Care within the Alaska Tribal Health System: A Policy Process Analysis*, mémoire de maîtrise, Université d'Alaska Anchorage, 2004, p. 8 et 9, en ligne : <<http://www.mpaalaska.org/wp-content/uploads/2013/03/Speier.pdf>> (consulté le 10 mars 2015).

205 Le gouvernement des États-Unis doit fournir les services de santé à toute sa population, y compris les Premières Nations : *Constitution of 1787*, États-Unis, art. 1, sect. 8. Pour cette raison et bien que les services de santé soient gérés par les Autochtones, ces derniers restent admissibles aux programmes *Medicare* et *Medicaid*. Pour mener à bien cette mission, en 1921, la *Snyder Act*, Public Law 67-85, 1921 établit l'*Indian Health Service* (équivalent de notre DGSPNI à l'intérieur du Bureau of Indian Affairs du Department of Interior) – qui sera transféré en 1954 au *Public Health Service* du Department of Health and Human Services. *Ibid.*, p. 7.

préalable (par contrat) du gouvernement fédéral. Le processus de mise en place de cette gouvernance découle ainsi d'une longue série de revendications et nécessite également la participation de tous les acteurs.

En 1994, cette autonomie de gouvernance en santé est devenue entière avec la signature de l'*Alaska Tribal Health Compact* (ATHC)²⁰⁶, une entente accordant les pouvoirs d'agir en santé aux Premières Nations qui souhaitaient y adhérer et qualifiant la relation entre les nations et le gouvernement américain de relation de « gouvernement à gouvernement ». Une entente d'autonomie offre le modèle de gouvernance le plus avancé. La force juridique conférée par cette entente est la plus haute. Désormais, toutes les agences de santé des Premières Nations d'Alaska (qu'elles soient locales ou régionales) possèdent les pouvoirs d'agir nécessaires en matière de financement, de détermination, d'administration, de gestion et de prestation de services de santé à leurs populations respectives²⁰⁷. Par ce fait même, elles peuvent conclure directement des contrats avec les fournisseurs de services ou encore de nouvelles ententes de financement avec le gouvernement fédéral. Il importe toutefois de noter que l'autonomie n'est pas absolue, puisque ces agences n'ont pas le pouvoir d'adopter des lois.

Notons que depuis 1998, 99 % des services de santé des Premières Nations d'Alaska sont gérés soit par les Premières Nations elles-mêmes, soit par des organismes tiers des Premières Nations non centralisés. Seule une communauté (*Metlakatla Indian Community*) a refusé de participer à cette structure; elle reste donc sous la responsabilité du gouvernement fédéral et doit conclure des contrats avec lui pour acquérir de nouveaux services.

Cependant, comme les nations se partagent certaines infrastructures en vertu de l'entente d'autonomie, l'*Alaska Native Tribal Health Consortium*²⁰⁸ a été créé pour administrer les services de santé dans ces structures communes²⁰⁹. La prise de décisions y est donc commune, puisque ce consortium est composé de quinze membres représentant les agences de santé (locales ou régionales), ainsi que de deux membres des nations non affiliées, c'est-à-dire celles qui ont refusé de participer à la gouvernance autonome et qui sont encore sous la responsabilité du gouvernement fédéral²¹⁰. Ainsi, à la différence des

206 Voir à ce sujet : Paul SHERRY, « Health care delivery for Alaska Natives: A brief overview », *International Journal of Circumpolar Health*, 63, 2, 2004, en ligne : <<http://journals.co-action.net/index.php/ijch/article/viewFile/17786/20261>> (consulté le 8 avril 2015).

207 Tracy L. SPEIER, *In-State Contract Health Services and Emergency Care within the Alaska Tribal Health System : A Policy Process Analysis*, mémoire de maîtrise, Université d'Alaska Anchorage, 2004, p. 10, en ligne : <<http://www.mpaalaska.org/wp-content/uploads/2013/03/Speier.pdf>> (consulté le 10 mars 2015).

208 Pour les hôpitaux, il s'agit de l'*Alaska Native Medical Center*.

209 *Snyder Act*, sect. 325.

210 Ce sont des nations qui ne participent pas à la structure et qui sont sous la responsabilité du gouvernement fédéral.

agences des Premières Nations du reste des États-Unis, toutes les agences locales ou régionales de santé des nations d'Alaska sont composées de membres de leurs Premières Nations, et ce sont ces dernières qui, en tant que « gouvernements autonomes », prennent toutes les décisions en matière de santé²¹¹.

Tableau 11 : Avantages et inconvénients de l'initiative en Alaska

Avantages	Inconvénients
Entente d'autonomie : force juridique importante	Délai de mise en place très long (découpage des nations, regroupement ou non au sein d'organismes, etc.)
Autonomie totale des nations	Seul pouvoir manquant : le pouvoir législatif
Autonomie qui n'est pas obligatoirement transférée à un organisme tiers (sauf s'agissant des structures communes) mais qui peut l'être	Nécessité d'une volonté de toutes les Premières Nations et des gouvernements
Infrastructures communes gérées par un organisme tiers autochtone	

**3.2.2
Yukon**

Comme en Alaska, une entente d'autonomie gouvernementale a été conclue au Yukon entre les Premières Nations et les autorités gouvernementales canadiennes²¹². Cependant et contrairement à l'entente de l'Alaska, il s'agit d'une entente-cadre, puisque chacune des quatorze Premières Nations du Yukon a dû signer une entente d'autonomie gouvernementale avec les deux gouvernements²¹³. Ces ententes d'autonomie gouvernementale, tel qu'expliqué au chapitre 1, reconnaissent les Premières Nations signataires comme des entités autonomes²¹⁴ et non plus comme des bandes concernées, telles que définies dans la *Loi sur les Indiens*. Puis, la *Loi sur l'autonomie gouvernementale des premières nations du Yukon*²¹⁵ adoptée par le Parlement canadien a parfait cette entente en 2002 en leur octroyant le pouvoir de légiférer. Ce pouvoir n'est pas prévu dans la gouvernance des Premières Nations d'Alaska.

Les ententes d'autonomie gouvernementale reconnaissent le statut de gouvernement aux nations concernées et établissent le cadre de leurs relations avec les gouvernements provincial et fédéral. Ainsi, les gouvernements fédéral et provincial ont transféré aux Premières Nations les pouvoirs en matière d'élaboration, de gestion, d'administration et de

211 Leanna Ellsworth et Annmarée O’Keeffe, « Circumpolar Inuit health systems », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013, en ligne : <<http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/21402>> (consulté le 10 mars 2015).

212 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Accord-cadre définitif entre le gouvernement du Canada, le Conseil des Indiens du Yukon et le gouvernement du Yukon*, Whitehorse, 29 mai 1993, en ligne : <<http://publications.gc.ca/collections/Collection/R34-5-1-1993F.pdf>>.

213 PARLEMENT DU CANADA, *L'autonomie gouvernementale des autochtones*, par Jill Wherrett, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 1999, en ligne : <<http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/researchpublications/962-f.htm#3.%20Premières>> (consulté le 8 avril 2015).

214 *Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon*, L.R.Y., c. 90, art. 8.

215 *Ibid.*

financement de la santé dans leurs nations. Mais surtout, ces ententes leur permettent de contracter et de légiférer dans l'intérêt de leur population²¹⁶. Elles peuvent, par exemple, établir de nouvelles taxes. Les Premières Nations du Yukon sont donc dotées de pouvoirs et de responsabilités – pas seulement dans le domaine de la santé – au même titre que les gouvernements territoriaux²¹⁷.

En santé, cela signifie que chaque communauté des Premières Nations signataire²¹⁸ possède, en tant que gouvernement, tous les pouvoirs d'agir. Néanmoins, le *Department of Health and Social Development du Council of Yukon First Nations* (CYFN) agit à titre de coordonnateur entre les gouvernements et aide les nations à élaborer leurs programmes de santé²¹⁹. En outre, mentionnons que le Yukon est le seul au Canada à reconnaître dans sa législation le besoin de respecter les normes culturelles des Premières Nations dans la prestation des services de santé²²⁰.

Il importe toutefois de mentionner que la mise en place de l'autonomie gouvernementale des nations du Yukon a été relativement longue, s'étendant sur presque deux décennies. À ce propos, le mouvement pour une autonomie gouvernementale a pris naissance en 1968 lorsque les Premières Nations du Canada se sont unies pour réclamer d'une seule voix de nouveaux droits auprès des autorités gouvernementales²²¹. Il a ensuite fallu attendre 1993 pour la conclusion de l'entente-cadre définitive de revendication territoriale²²². Celle-ci,

216 *Ibid.*, par. 11(1).

217 AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Un Avenir à Bâtir : l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon*, Ottawa, 2008, en ligne : <<http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1316214942825/1316215019710>> (consulté le 8 avril 2015).

218 Voir la liste dans : *Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon*, Annexe I, Colonne II.

219 Le CYFN est composé d'une assemblée générale (qui regroupe les chefs de bande) et de plusieurs comités (sur la santé, la justice, les ressources naturelles, etc.) disposant chacun de sous-comités spécialisés (en santé par exemple : comité sur la santé mentale). BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL, *Programmes et services de santé au Yukon – 2011*, Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon, Rapport de la vérificatrice générale du Canada, Ottawa, février 2011, p. 4, en ligne : <http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/yuk_201102_f_34985.pdf> (consulté le 6 février 2015). CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada*, par Josée G. LAVOIE, Prince Georges, 2011, en ligne : <[http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/2/Health%20Legislation%20and%20Policy%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/2/Health%20Legislation%20and%20Policy%20(French).pdf)> (consulté le 8 avril 2015).

220 *Ibid.*

221 Au Yukon, cela se traduit en 1973 par la présentation *Together Today for Our Children Tomorrow*, où les principaux chefs du Yukon et les deux organisations représentatives, la Yukon Association of Non-Status Indians et la Yukon Native Brotherhood, rencontrent le premier ministre Pierre Elliott Trudeau pour réclamer la conclusion d'un traité d'autonomie. La formation du CYFN se termine en 1979, date à laquelle le gouvernement provincial se joint aux négociations comme troisième partie. COUNCIL OF YUKON FIRST NATIONS, *History of Land Claims*, en ligne : <<http://cyfn.ca/history/history-of-land-claims/>> (consulté le 6 février 2015). En 1973, pour être en mesure de conclure une telle entente, les Premières Nations du Yukon décident de se regrouper et de former le Conseil pour les Indiens du Yukon (Council for Yukon Indians), devenu par la suite le CYFN.

222 MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, *Accord-cadre définitif, ententes définitives des Premières nations et droits conférés par traité*, en ligne : <<http://www.eco.gov.yk.ca/fr/landclaims/about.html>> (consulté le 8 avril 2015). En 1993, l'accord-cadre définitif accordant l'autonomie à chacune des quatorze nations du Yukon sans qu'elles doivent renoncer à leurs droits est signé. Le modèle de gouvernance qu'il préconise est mis en place avec le CYFN puis, progressivement, des accords d'autonomie individuels avec les nations sont conclus. GOUVERNEMENT DU CANADA, COUNCIL FOR YUKON INDIANS et GOUVERNEMENT DU YUKON, *Umbrella Final Agreement*, 1993, en ligne : <<http://cyfn.ca/ufa/>> (consulté le 7 février 2015). En 1994, la *Yukon First Nations Self-Government Act*, S.C. 1994, c. 35 précise que les quatorze nations ont autorisé dans leur réserve. En 2008, il manquait la signature de deux Premières Nations : la Liard First Nation et le Ross River Dena Council. AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *op. cit.*, note 217.

qui a force de traité en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, a constitué la base des négociations entre les Premières Nations du Yukon et les gouvernements fédéral et provincial. Notons que plusieurs décennies séparent les premières revendications de l'adoption, en 1993, de la *Loi sur l'autonomie gouvernementale des premières nations du Yukon*, laquelle a été parfaite en 2002.

Selon le CYFN, ces longs délais ont été occasionnés par les changements politiques, sociaux et identitaires de l'époque, mais également par la difficulté de parvenir à concilier toutes les attentes de toutes les nations, compte tenu surtout que les Premières Nations considéraient inconcevable de renoncer à leurs droits ancestraux²²³. Le CYFN est donc resté ferme et a décidé de poursuivre les négociations, conscient que cela prendrait encore beaucoup de temps²²⁴.

Au sein de cette gouvernance, notons par ailleurs que la *Yukon Hospital Corporation* (YHC), qui gère les services et les programmes dans les trois hôpitaux de la province, a élaboré dès 1990 un programme de santé des Premières Nations, de sorte que les services dispensés dans ces lieux sont choisis, financés et offerts par le Conseil des Premières Nations, l'un des comités de la YHC²²⁵. En outre, des agents de liaison en santé s'occupent de pallier une mauvaise communication entre le patient et le médecin, ce dernier devant obligatoirement respecter les normes culturelles de son patient²²⁶. En ce qui concerne les services et programmes non offerts dans les hôpitaux, ils sont dispensés par des centres de santé locaux des Premières Nations qui peuvent être sous l'autorité de leur réserve grâce à l'entente d'autonomie gouvernementale ou sous la responsabilité du gouvernement provincial²²⁷. Néanmoins, la YHC collabore avec le gouvernement provincial et lui remet tous les six mois un rapport complet sur les programmes de santé²²⁸.

223 Marian C. HORNE, « Yukon's Self Governing First Nations », *Canadian Parliamentary Review*, 33, 2, 2010, en ligne : <http://www.revparl.ca/33/2/33n2_10e_Horne.pdf> (consulté le 6 février 2015).

224 COUNCIL OF YUKON FIRST NATIONS, *op. cit.*, note 221.

225 IAPC, MNP et FASKEN MARTINEAU, *op. cit.*, note 161, p. 51 et 53.

226 Kali ROMANO, Amy PASSMORE, Trent KELLOCK et Jennifer NEVIN, « Understanding Integrated Care : The Aboriginal Health Initiative Heads North », *University of British Columbia Medical Journal*, 3, 1, septembre 2011, p. 35, en ligne : <https://ubcmjmedicaljournal.files.wordpress.com/2015/11/ubcmj_3_1_2011_34-35.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

227 BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL, *op. cit.*, note 219.

228 Josée G. LAVOIE, « Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013, p. 4, en ligne : <<http://health.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/attachments/Policy%20Silences%20Why%20Canada%20Needs%20a%20National%20First%20Nations,%20Inuit%20and%20Metis%20Health%20Policy.pdf>> (consulté le 8 avril 2015).

Tableau 12 : Avantages et inconvénients de l'initiative du Yukon

Avantages	Inconvénients
Entente d'autonomie gouvernementale : force juridique importante	Délai de mise en place très long
Pouvoirs d'agir totaux avec pouvoir d'édicter des lois	Nécessité d'une volonté de toutes les Premières Nations et des gouvernements
Aucun partage de compétence	Possibilité de se regrouper au sein d'organismes régionaux non prévue
Aucun transfert à une entité tierce	
Reconnaissance des valeurs autochtones dans la législation	

CONCLUSION

Comme nous l'avons indiqué, les modèles de gouvernance en santé appliqués par certaines provinces canadiennes et à l'étranger que nous avons exposés diffèrent quant au niveau de pouvoirs d'agir octroyés aux Premières Nations. La majorité des exemples tirés proviennent de provinces canadiennes, puisqu'ils présentent l'avantage d'avoir été réalisés à l'intérieur du même cadre constitutionnel, contrairement aux modèles de l'Alaska et de la Nouvelle-Zélande.

Ces modèles permettent d'envisager diverses options de gouvernance en santé pour les Premières Nations au Québec. Ces options représentent des degrés de gouvernance plus ou moins autonomes. Il peut s'agir d'une gouvernance partagée où des membres des Premières Nations soit codirigent le comité décisionnel aux côtés des représentants de Santé Canada (Alberta et Saskatchewan), soit siègent au sein de chaque Régie (Nouvelle-Zélande). Dans ces cas, il n'y a aucun transfert de responsabilités, mais simplement une collaboration étroite entre les partenaires. Par ailleurs, les pouvoirs d'agir en matière d'administration, de gestion, de financement et de prestation des services de santé peuvent être transférés aux Premières Nations par une entente de transfert, moyennant la création d'une entité tierce chargée de cette responsabilité (Colombie-Britannique, Cris). Enfin, une gouvernance complètement autonome à l'image de celle des Premières Nations du Yukon et de l'Alaska est envisageable. Elle représente le degré d'autonomie le plus avancé et nécessite donc un délai de mise en place beaucoup plus long mais également une conciliation des intérêts.

Quoi qu'il en soit, chacune de ces initiatives exposées représente un grand pas à faire, puisque toutes nécessitent évidemment le regroupement des nations et des négociations avec le ou les gouvernements. Les moyens mis en œuvre pour instaurer l'un de ces types de gouvernance sont variés : traités, protocoles, contrats ou encore mesures législatives. Il importe alors aux parties signataires de trouver l'instrument juridique qui servira le mieux leurs intérêts. Néanmoins, tous les modèles de gouvernance exposés permettent, à différents degrés, d'améliorer les services de santé des Premières Nations.

4 CONCLUSION

Le présent rapport est un rapport préliminaire visant à exposer les résultats des analyses effectuées jusqu'à présent. À cet effet, nous avons recueilli les commentaires de la CSSSPNQL auxquels nous tentons de répondre dans ce rapport.

Notons que le cadre législatif actuel permet aux Premières Nations de participer seulement dans une faible mesure à l'élaboration des programmes de santé leur étant destinés. En effet, en pratique, ces pouvoirs d'agir ne sont pas suffisants pour que les Premières Nations puissent faire reconnaître leurs besoins et priorités. Néanmoins, ce cadre législatif peut octroyer aux Premières Nations des pouvoirs d'agir plus importants et, ce faisant, améliorer leur gouvernance locale.

Comme nous l'avons indiqué, plusieurs instruments juridiques sont à leur disposition (entente, traité, protocole, mesure législative) et plusieurs degrés de gouvernance peuvent être envisagés (cogestion, transfert ou autonomie). Selon le niveau d'autodétermination souhaité, le regroupement des nations et les négociations plus ou moins longues avec le ou les gouvernements nécessitent une volonté commune et un certain consensus au sein des nations, ce qui est réalisable, mais à plus ou moins long terme.

C'est pourquoi nous proposons, au chapitre 2, des solutions permettant d'améliorer la gouvernance locale à court terme sans nécessiter la combinaison des préférences, notamment : 1) le renforcement de la relation entre les nations et les établissements les servant, notamment par la création d'ententes et par la participation de représentants de la communauté au sein de l'établissement, par exemple au conseil d'administration ou au comité des usagers; 2) l'amélioration de l'expertise en gestion de la santé au sein des conseils de bande; et 3) l'augmentation de la participation citoyenne à la prise de décisions locale.

5

BIBLIOGRAPHIE

5.1 LÉGISLATION ET RÉGLEMENTATION

5.1.1 Lois canadiennes

Fédérales

Loi constitutionnelle de 1867, 30 & 31 Vict., c. 3 (R.-U.)

Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R-U), 1982, c. 11

Loi sur les Indiens, L.R.C., c. I-5

Québec

Loi approuvant la Convention de la Baie James et du Nord québécois, R.L.R.Q., c. C-67

Loi approuvant l'Entente concernant la construction et l'exploitation d'un centre hospitalier sur le territoire de Kahnawake, L.R.Q., c. 13

Loi sur l'assurance maladie, R.L.R.Q., c. A-29

Loi sur l'assurance-hospitalisation, R.L.R.Q., c. A-28

Loi sur les services de santé et les services sociaux, R.L.R.Q., c. S-4.2

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, R.L.R.Q., c. S-5.

Loi sur les sages-femmes, R.L.R.Q., 1973, c. S-O.1

Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation, R.L.R.Q., c. A-28, r. 1

Règlement sur les normes relatives aux ordonnances faites par un médecin, R.L.R.Q., c. M-9, r. 25-1

Colombie-Britannique

Medicare Protection Act, R.S.B.C. 1996, c. 286

Society Act, R.S.B.C., c. 433

Saskatchewan

The Department of Health Act, S.C., 1996, c. 8

Yukon

Accord-cadre définitif entre le gouvernement du Canada, le Conseil des Indiens du Yukon et le gouvernement du Yukon, Whitehorse, 29 mai 1993.

Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières Nations du Yukon, L.C. 1994, c. 35

Yukon First Nations Self-Government Act, S.C., 1994, c. 35

5.1.2 Lois étrangères

Nouvelle-Zélande

Public Health and Disability Act, 2000, No 91

Alaska

Constitution of 1787 (U.S.)

Snyder Act, Public Law 67-85, 1921

Indian Self-Determination and Education Assistance Act, Public Law 93-638

5.1.3 Ententes, traités ou accords

Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, 13 octobre 2011

Copie du Traité N° 6 conclu entre Sa Majesté la Reine et les Cris des Plaines, les Cris des Bois et d'autres tribus indiennes aux Forts Carlton et Pitt et à Battle River, et adhésions à ce dernier, 24 février 1877

Convention de la Baie James et du Nord québécois, 1975

Entente de principe d'ordre général entre les Premières Nations de Mamuitun et Nutashkuan, le Gouvernement du Canada et le Gouvernement du Québec, 31 mars 2004

Protocole d'entente sur la santé et le mieux-être des Premières nations en Saskatchewan, 19 août 2008

5.2 JURISPRUDENCE

Red Bank First Nation, (1999) CCRI n° 5

Re Eskimos, [1939] R.C.S. 104

5.3 DOCTRINE

5.3.1 Articles de revue et de presse

ABEL, Sally et coll., « Implementing the Primary Health Care Strategy: A Māori Health Provider Perspective », *Social Policy Journal of New Zealand, Te Puna Whakaaro*, 25, juillet 2005, en ligne : <<https://www.msd.govt.nz/about-msd-and-our-work/publications-resources/journals-and-magazines/social-policy-journal/spj25/implementing-the-primary-health-care-strategy25-pages70-87.html>> (consulté le 5 février 2015).

Anderson, Ian, Sue Crengle, Martina Leialoha Kamaka, Tai-Ho Chen, Neal Palafox, Lisa Jackson-Pulver, « Indigenous health in Australia, New Zealand, and the Pacific », *The Lancet*, 367, 9524, 27 mai 2006, 1775-1785.

BRUN, Henri, Guy TREMBLAY et Eugénie BROUILLET, *Droit constitutionnel*, 5^e éd., Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2008.

- Ellsworth, Leanna et Annmaree O’Keeffe, « Circumpolar Inuit health systems », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013, en ligne : <<http://www.circumpolarhealthjournal.net/index.php/ijch/article/view/21402>> (consulté le 10 mars 2015).
- GIBBS, Meredith, « The Right to Development and Indigenous People : Lessons from New Zealand », *World Development*, 33, 8, février 2005, 1365-1378.
- GRAMMOND Sébastien, « Les effets juridiques de la Convention de la Baie James au regard du droit interne canadien et québécois », *Revue de droit de McGill*, 37, 761, 1992.
- HAND, Derek, « Indigenous Health in New Zealand: ‘By Maori, for Maori’ », *Australian Nursing Journal*, 5, 10, mai 1998, 18-20, en ligne : <<https://studylib.net/doc/10539686/-by-maori--for-maori--indigenous-health-in-new-zealand->>.
- HAWORTH-BROCKMAN, Margaret, Kathy BENT et Joanne HAVELOCK, « Health Research, Entitlements and Health Services for First Nations and Métis Women in Manitoba and Saskatchewan », *International Journal of Indigenous Health*, 4, 2, 2009, 14-23, en ligne : <<https://journals.uvic.ca/index.php/ijih/article/view/12322>> (consulté le 8 avril 2015).
- HORNE, Marian C., « Yukon’s Self Governing First Nations », *Canadian Parliamentary Review*, 33, 2, 2010, en ligne : <http://www.revparl.ca/33/2/33n2_10e_Horne.pdf> (consulté le 6 février 2015).
- KELLY, Miranda D., « Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations », *The International Indigenous Policy Journal*, 2, 1, mai 2011, en ligne : <<http://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1017&context=iipj>> (consulté le 5 février 2015).
- KENT, Alexandra J. M., « Restructuring First Nations Health Governance : a Multilevel Solution to a Multifaceted Problem », *The Arbutus Review*, 5, 1, automne 2014, en ligne : <<http://journals.uvic.ca/index.php/arbutus/article/view/13295/4187>> (consulté le 5 février 2015).
- KINGI, Te Kani, « The Treaty of Waitangi: A Framework for Māori Health Development », *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 54, 1, mars 2007, 4-10.
- LAVOIE, Josée G., Amohia BOULTON et Judith DWYER, « Analysing contractual environments : lessons from Indigenous health in Canada, Australia and New Zealand », *Public Administration*, 88, 3, septembre 2010, 655-679.
- LAVOIE, Josée G., « Governed by Contracts : The Development of Indigenous Primary Health Services in Canada, Australia and New Zealand », *Journal of Aboriginal Health*, janvier 2004, en ligne : <http://www.naho.ca/jah/english/jah01_01/journal_p6-25.pdf> (consulté le 8 avril 2015).
- LAVOIE, Josée G., « Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013, en ligne : <<http://health.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/attachments/Policy%20Silences%20Why%20Canada%20Needs%20a%20National%20First%20Nations,%20Inuit%20and%20Metis%20Health%20Policy.pdf>> (consulté le 8 avril 2015).
- MACINTOSH, Constance, « Envisioning the Future of Aboriginal Health Under the Health Transfer Process », *Health Law Journal*, édition spéciale, 2008, 67-100, en ligne : <http://www.hli.ualberta.ca/HealthLawJournals/~media/hli/Publications/HLJ/VS-05_MacIntosh.pdf> (consulté le 19 janvier 2015).
- MARTIN, Thibault et Éric DIOTTE, « Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l’autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d’un partenariat équitable entre l’État et les Autochtones », dans Jerry P. WHITE et Jodi BRUHN (dir.), *Aboriginal Policy Research Volume VIII. Exploring the Urban Landscape*, Ed. Thompson, Toronto, 2010, en ligne : <http://apr.thompsonbooks.com/vols/APR_Vol_8Ch6.pdf>.

O'NEIL, Peter, « B.C. First Nations take over their own health care services », *VancouverSun.com*, 30 septembre 2013, en ligne : <http://www.vancouverSun.com/health/First+Nations+take+over+their+health+care+services/8979530/story.html#__federated=1> (consulté le 5 février 2015).

RÉGIE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE et SANTÉ CANADA, *Premier anniversaire du transfert historique des services de santé destinés aux Premières Nations de la Colombie-Britannique*, communiqué de presse, 1^{er} octobre 2014, en ligne : <http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=889159&tp=1&_ga=1.213775254.363019337.1479991023> (consulté le 5 février 2015).

OTIS, Ghislain et Geneviève MOTARD, « De Westphalie à Waswanipi : la personnalité des lois dans la nouvelle gouvernance crie », *Les Cahiers de droit*, 50, 1, 2009, en ligne : <<http://www.erudit.org/revue/cd/2009/v50/n1/o37739ar.pdf>>.

PETIT, Jacques-Guy, « Cris et Inuits du Nord du Québec : deux peuples entre tradition et modernité (1975-2010) », dans Jacques-Guy PETIT, Yves BONNIER VIGER, Pita AATAMI et Ashley ISERHOFF (dir.), *Les Inuits et les Cris du Nord du Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011.

ROMANO, Kali, Amy PASSMORE, Trent KELLOCK et Jennifer NEVIN, « Understanding Integrated Care : The Aboriginal Health Initiative Heads North », *University of British Columbia Medical Journal*, 3, 1, septembre 2011, en ligne : <https://ubcmedicaljournal.files.wordpress.com/2015/11/ubcmj_3_1_2011_34-35.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

RUANO DE LA FUENTE, José M., « La participation citoyenne comme source de légitimité de la gouvernance », *La Revue administrative*, 59, 353, septembre 2006, 487-495.

SHERRY, Paul, « Health care delivery for Alaska Natives: A brief overview », *International Journal of Circumpolar Health*, 63, 2, 2004, en ligne : <<http://journals.co-action.net/index.php/ijch/article/viewFile/17786/20261>> (consulté le 8 avril 2015).

WILMOT, Stefan, « First Nations health care and the Canadian covenant », *Medicine, Health Care and Philosophy*, 17, 1, février 2014, 61-69.

5.3.2 Monographies

PETIT, Jacques-Guy, Yves BONNIER VIGER, Pita AATAMI et Ashley ISERHOFF (dir.), *Les Inuits et les Cris du Nord du Québec*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 2011.

WHITE, Jerry P. et Jodi BRUHN (dir.), *Aboriginal Policy Research Volume VIII. Exploring the Urban Landscape*, Ed. Thompson, Toronto, 2010.

5.3.3 Rapports publics et communiqués de presse

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Le renouvellement de la Politique sur les revendications territoriales globales : Vers un cadre pour traiter des droits ancestraux prévus par l'article 35*, Ottawa, septembre 2014, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1408631807053/1408631881247#chp2>> (consulté le 8 avril 2015).

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Note d'information générale sur les politiques relatives à l'autonomie gouvernementale et aux revendications territoriales globales du Canada et sur l'état actuel des négociations*, Ottawa, 2013, en ligne : <<https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1373385502190/1373385561540>>.

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale*, Ottawa, 1995.

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Politique sur les revendications territoriales globales*, Ottawa, 1973.

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Règlement des revendications des Autochtones, Un guide pratique de l'expérience canadienne*, Ottawa, 2003, en ligne : https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/rul_1100100014175_fra.pdf.

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA, *Un Avenir à Bâtir : l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon*, Ottawa, 2008, en ligne : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1316214942825/1316215019710> (consulté le 8 avril 2015).

ASSEMBLÉE NATIONALE DU QUÉBEC, *Résolution de l'Assemblée nationale du Québec du 20 mars 1985 sur la reconnaissance des droits des Autochtones et résolution du 30 mai 1989 sur la reconnaissance de la nation malécite*, Québec, 1985, en ligne : <http://www.apnql-afnql.com/fr/publications/pdf/Declaration-Assemblee%20nationale-fr.pdf>.

BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT, SECTION DES AFFAIRES SOCIALES, CULTURELLES ET DE SANTÉ, *Aide-mémoire sur les questions autochtones*, par Tonina SIMEONE, Ottawa, 2011, en ligne : http://carolynbennett.ca/files/2010/07/Primer-on-Aboriginal-Issues_FR.pdf (consulté le 8 avril 2015).

BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL, *Programmes et services de santé au Yukon – 2011, Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon*, Rapport de la vérificatrice générale du Canada, Ottawa, février 2011, en ligne : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/yuk_201102_f_34985.pdf (consulté le 6 février 2015).

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *À la recherche des autochtones dans les mesures législatives et les politiques sur la santé de 1970 à 2008, Projet de synthèse politique*, 2011, en ligne : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(French%20-%20Web\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(French%20-%20Web).pdf).

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE, *Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada*, par Josée G. LAVOIE, Prince Georges, 2011, en ligne : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/2/Health%20Legislation%20and%20Policy%20\(French\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/2/Health%20Legislation%20and%20Policy%20(French).pdf).

COMITÉ SPÉCIAL SUR L'AUTONOMIE POLITIQUE DES INDIENS, *L'autonomie politique des Indiens au Canada : rapport du Comité spécial*, Ottawa, 1983.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE, *Les médicaments d'ordonnance : état de la situation au Québec*, Québec, 2014, en ligne : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Medicaments/CSBE_Medicaments_EtatSituation_2e.pdf.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec de 2007-2017*, version condensée, Québec, 2007.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec de 2007-2017*, version détaillée, Québec, 2007, en ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/final-fr.pdf?sfvrsn=2>.

Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec – Améliorer le bien-être par une meilleure gouvernance, par Daniel WILSON, Québec, 2015, p. 5, en ligne : http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/css_1509_gouvern_wilson_fr_webf.pdf?sfvrsn=2. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR, *Projet de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec – Améliorer le bien-être par une meilleure gouvernance*, par Daniel WILSON, Québec, 2015, en ligne : http://www.cssspnql.com/docs/default-source/centre-de-documentation/css_1509_gouvern_wilson_fr_webf.pdf?sfvrsn=2.

CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ, *Profil des secteurs de compétence dans la perspective du renouvellement des soins de santé : Annexe du Rapport de progrès 2013 – Colombie-Britannique*, Vancouver, 2013, en ligne : http://conseilcanadiendelasante.ca/n3w11n3/progress2013/BritishColumbia2013_FR.pdf (consulté le 5 février 2015).

CONSEIL DES MINISTRES, GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Quinze principes*, Québec, 1983.

FIRST NATIONS HEALTH AUTHORITY, *Consensus Paper*, Vancouver, 2011, en ligne : http://www.fnhc.ca/pdf/Consensus_Paper-_BC_First_Nations_perspectives_on_a_new_Health_Governance_Arrangement-_FIN.pdf (consulté le 5 février 2015).

FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *First Nations in B.C. Tripartite Data Quality and Sharing Agreement*, Vancouver, 16 février 2010, en ligne : http://www.fnhc.ca/pdf/BC_Tripartite_Data_Quality_and_Sharing_Agreement_-_SIGNED_COPY.pdf (consulté le 5 février 2015).

FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *Together in Wellness*, Rapport annuel 2001-2012, Vancouver, 2012, en ligne : http://www.fnhc.ca/pdf/together-in-wellness_2011-12_interim_report.pdf (consulté le 8 avril 2015).

FIRST NATIONS HEALTH COUNCIL, *Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance Sub-Agreement Summary*, 2012, en ligne : http://www.fnhc.ca/pdf/APP_C_Summaries-FIN.pdf (consulté le 5 février 2015).

GOUVERNEMENT DE LA SASKATCHEWAN, *Saskatchewan Provincial Budget 14-15*, Regina, 2014, en ligne : <http://www.finance.gov.sk.ca/PlanningAndReporting/2014-15/GovernmentDirection1415.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

Health Co-Management Secretariat, *HCOM 101*, février 2014.

IAPC, MNP et FASKEN MARTINEAU, *Healthcare Governance Models in Canada: Saskatchewan*, 2013, en ligne : <http://www.ipac.ca/documents/ALL-COMBINED.pdf> (consulté le 8 avril 2015).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*, Québec, 2007, en ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-01.pdf>.

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF, SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES, *Le Gouvernement du Québec propose de nouvelles orientations concernant les affaires autochtones*, communiqué de presse, Québec, 2 avril 1998, en ligne : http://www.autochtones.gouv.qc.ca/centre_de_presse/communiques/1998/saa_com19980402.htm (consulté le 8 avril 2015).

MINISTRY OF HEALTH, *He Korowai Oranga: Māori Health Strategy* par A. KING et T. TURIA, Wellington, 2002, en ligne : <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/mhs-english.pdf>.

PARLEMENT DU CANADA, *L'autonomie gouvernementale des autochtones*, par Jill Wherrett, Bibliothèque du Parlement, Ottawa, 1999, en ligne : <http://www.parl.gc.ca/Content/LOP/>

researchpublications/962-f.htm#3.%20Premières> (consulté le 8 avril 2015).

SANTÉ CANADA, *Alberta On-Reserve Health Services and Programs*, Ottawa, 2012, en ligne : <http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/sc-hc/H34-256-2012-eng.pdf>.

SANTÉ CANADA, *First Nations and Inuit Health – Alberta Region Programs and Services*, Ottawa, 2010.

SANTÉ CANADA, *Le Canada, la Saskatchewan et les Premières nations de la Saskatchewan collaborent en vue d'améliorer la santé des Premières nations en Saskatchewan*, communiqué de presse, Ottawa, 19 août 2008, en ligne : <<http://www.marketwired.com/press-release/le-canada-la-saskatchewan-et-les-premieres-nations-de-la-saskatchewan-collaborent-en-891217.htm>>.

SANTÉ CANADA, *Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Ottawa, 2012, en ligne : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/strat-plan-2012/strat-plan-2012-fra.pdf>.

SANTÉ CANADA, *Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits*, Ottawa, 1989.

SANTÉ CANADA, *Rapport du comité consultatif sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuits*, Ottawa, 1980.

BRITISH COLUMBIA ASSEMBLY OF FIRST NATIONS, *Governance Toolkit: A Guide to Nation Building Part 1 : The Governance Report*, 2^e édition, 2014, en ligne : <<http://www.bcafn.ca/wp-content/uploads/2016/06/Governance-Toolkit.pdf>> (consulté le 5 février 2015).

5.3.4 Sites internet

AFFAIRES AUTOCHTONES ET DU NORD Canada : <www.aadnc-aandc.gc.ca>

Commission de LA santé et Des services sociaux des Premières Nations DU QUÉBEC et du Labrador : <<http://cssspnql.com/>>

COUNCIL OF YUKON FIRST NATIONS : <<http://cyfn.ca/>>

FEDERATION OF SOVEREIGN INDIGENOUS NATIONS (anciennement FEDERATION OF SASKATCHEWAN INDIAN NATIONS) : <<http://www.fsin.com>>

HEALTH CO-MANAGEMENT COMMITTEE : <<http://hcom.ca/>>

MINISTÈRE DU CONSEIL EXÉCUTIF DU YUKON : <<http://www.eco.gov.yk.ca/>>

MINISTRY OF HEALTH OF NEW ZEALAND : <<http://www.health.govt.nz/>>

SANTÉ CANADA : <www.hc.sc.gc.ca>

BRITISH COLUMBIA ASSEMBLY OF FIRST NATIONS : <<http://www.bcafn.ca/>>

5.3.5 Thèses de doctorat et mémoires de maîtrise

FRANKLIN, Joseph, *La perception de l'autonomie gouvernementale par les Cris du Québec*, mémoire présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en sciences humaines des religions, Faculté de théologie, d'éthique et de philosophie, Université de Sherbrooke, 2000.

MASHFORD PRINGLE, Angela-Rose, *Self-Determination in Health Care : A Multiple Case Study of Four First Nations Communities in Canada*, thèse de doctorat, Toronto, Faculté de philosophie, Université de Toronto, 2013.

PANOHO, Joy Colleen, *A Māori-centred inquiry into health governance: Māori directors on District Health Boards*, thèse de doctorat, Palmerston North, Faculté de philosophie, Université de Massey, Nouvelle-Zélande, 2012.

SPEIER, Tracy L., *In-State Contract Health Services and Emergency Care within the Alaska Tribal Health System : A Policy Process Analysis*, mémoire de maîtrise, Université d'Alaska Anchorage, 2004, en ligne : <<http://www.mpaalaska.org/wp-content/uploads/2013/03/Speier.pdf>> (consulté le 10 mars 2015).



Ce rapport met en lumière l'encadrement juridique de l'offre et de la prestation de soins de santé aux Premières Nations ainsi que les mécanismes prévus en matière d'autonomie. Ces éléments permettent de comprendre comment la voix des Premières Nations peut être prise en compte dans le système actuel.



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