



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

RAPPORT
SOMMAIRE
RENCONTRE
RÉGIONALE

JUIN 2017



RAPPORT PRODUIT PAR



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

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

RAPPORT SOMMAIRE
RENCONTRE RÉGIONALE
JUN 2017

RÉDACTION

Emilie Grantham, CSSSPNQL
Patrice K. Lacasse, CSSSPNQL
Suzie Nepton, CSSSPNQL

COLLABORATION

Georges-Auguste Legault, Université de Sherbrooke
Marjolaine Sioui, CSSSPNQL

RÉVISION

Chantale Picard, CSSSPNQL

GRAPHISME

Mireille Gagnon, CSSSPNQL
Patricia Carignan

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

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

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

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

Crédit photo : 123rf, Tapiskwan, CSSSPNQL, Shutterstock

ISBN : 978-1-77315-124-3

Dépôt légal – 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque et Archives Canada

© CSSSPNQL 2017

TABLE DES MATIÈRES

1	Prière d'ouverture	1
2	Mot de bienvenue et thèmes de la rencontre	1
3	Mot d'ouverture du président du conseil d'administration de la CSSSPNQL	2
4	Mise en contexte	2
5	Mise à jour du processus de gouvernance en santé et en services sociaux	3
6	Bilan des enjeux et des changements souhaités liés à la prise de décisions et à l'imputabilité	4
7	Présentation du modèle de gouvernance du CCSSSBJ	5
8	Présentation du modèle de cogestion des Premières Nations de l'Alberta	7
9	Atelier 1 – L'imputabilité et l'obligation de rendre des comptes : le modèle du CCSSSBJ et le modèle de cogestion de l'Alberta	8
10	Mot de bienvenue du chef de l'APNQL	10
11	Mot de bienvenue des représentants du Comité consultatif des chefs	10
12	Mot de bienvenue du président du conseil d'administration de la CSSSPNQL	11
13	Présentation du protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux	11
14	Présentation du scénario sur le processus décisionnel pour le mode actuel	12
15	Présentation du modèle de gouvernance des Premières Nations de la Colombie-Britannique	13
16	Atelier 2 – L'imputabilité et l'obligation de rendre des comptes : le modèle de la Colombie-Britannique	15
17	Présentation de l'association des directeurs en Colombie-Britannique	17
18	Atelier 3 – L'association des directeurs	18
19	Retour sur les lignes directrices de la prise de décisions et l'imputabilité	19
20	Outils de communication	21
21	Mot de la fin	22

TABLE DES MATIÈRES

(suite)

ANNEXES

A	Ordre du jour	23
B	Mise à jour du processus de gouvernance en santé et en services sociaux (PowerPoint)	26
C	Tableau <i>Situation actuelle et changements souhaités liés à la prise de décisions et à l'imputabilité</i>	31
D	Présentation du modèle de gouvernance du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (PowerPoint)	33
E	Présentation du modèle de gestion des Premières Nations de l'Alberta (PowerPoint)	39
F	Résultats de l'atelier 1 – L'imputabilité et l'obligation de rendre des comptes : le modèle du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et le modèle de gestion de l'Alberta	47
G	Motion adoptée par les chefs de l'APNQL concernant le protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux	51
H	Tableau <i>Prise de décisions dans le contexte actuel où la DGSPNI et AANC sont les instances régionales</i>	53
I	Motion adoptée par les chefs de l'APNQL concernant le processus décisionnel pour le mode actuel	57
J	Présentation du modèle de gouvernance des Premières Nations de la Colombie-Britannique (PowerPoint)	59
K	Résultats de l'atelier 2 – L'imputabilité et l'obligation de rendre des comptes : le modèle de la Colombie-Britannique (FNHA)	67
L	Présentation de l'association des directeurs en Colombie-Britannique (PowerPoint)	71
M	Résultats de l'atelier 3 – L'association des directeurs	76

LISTE DES COMMUNAUTÉS PARTICIPANTES

AKWESASNE

EKUANITSHIT

ESSIPIT

GESGAPEGIAG

GESPEG

KAHNAWAKE

KANESATAKE

KEBAOWEK

LAC-SIMON

LISTUGUJ

MANAWAN

MASHTEUIATSH

MATIMEKUSH

NUTASHKUAN

ODANAK

PAKUA SHIPU

PESSAMIT

UNAMEN SHIPU

VIGER

WENDAKE

WINNEWAY

ORGANISATION PARTICIPANTE

CENTRE MIAM UAPUKUN

LISTE DES ACRONYMES UTILISÉS

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AGSPN	Association des gestionnaires de santé des Premières Nations
APNQL	Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
CCSSSBJ	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
FNHA	First Nations Health Authority
FNHC	First Nations Health Council
FNHDA	First Nations Health Directors Association
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
RDS	Réseau des directeurs de la santé
TCFNH	Tripartite Committee on First Nations Health

LE 13 JUIN (MATIN)

1 PRIÈRE D'OUVERTURE

Marcel Pititkwe, aîné de la communauté de Wemotaci, offre une prière aux participants et leur souhaite une belle rencontre.

2 MOT DE BIENVENUE ET THÈMES DE LA RENCONTRE

Patrice K. Lacasse, conseiller à la gouvernance à la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), souhaite la bienvenue aux participants. Il rappelle que l'objectif du processus est de mettre au point un nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux pour améliorer le mieux-être des Premières Nations au Québec. Depuis le début de la démarche, il a été maintes fois affirmé que le statu quo n'est plus acceptable. Le modèle de gouvernance qui sera mis au point devra octroyer plus de pouvoirs, de responsabilités et de contrôle aux Premières Nations. Au cours de la phase 1 du processus, les assises du modèle de même que les principes et les valeurs devant guider la démarche ont été élaborés. Le nouveau modèle de gouvernance doit refléter la vision des Premières Nations et, surtout, ne pas dupliquer le modèle actuel. Depuis le début, l'hypothèse est de rapatrier toutes les responsabilités rattachées à la gestion des programmes de santé actuellement assumées par le bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada ainsi que celles rattachées à la gestion des programmes de développement social assumées par le bureau régional d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC). Il faut toutefois se questionner sur la possibilité de reprendre l'ensemble de ces responsabilités.

La phase 2 du processus est celle de l'appropriation. La présente rencontre portera sur la prise de décisions. Les réflexions permettront d'élaborer des lignes directrices, comme il a été fait aux rencontres régionales de novembre 2016 (lignes directrices de la planification) et de mars 2017 (lignes directrices de l'accompagnement). Avec les chefs, il sera question du protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux et de la prise de décisions dans le contexte actuel où la DGSPNI et AANC sont les instances régionales. Si le temps le permet, la question de la légitimité, dans le nouveau modèle de gouvernance, d'une ou plusieurs instances régionales des Premières Nations sera abordée avec les chefs. La deuxième journée de la rencontre permettra d'aborder la question du rôle des directeurs de la santé et des services sociaux dans le cadre du nouveau modèle de gouvernance.

Au cours de la rencontre, trois modèles seront examinés : celui du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ), celui des Premières Nations de l'Alberta et celui des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

La prochaine rencontre régionale, en novembre 2017, traitera de la présentation d'un modèle concret élaboré à partir de l'ensemble des éléments recueillis depuis le début du processus de gouvernance. Cette première ébauche de modèle présentera les grandes structures et les interrelations entre celles-ci.

3 MOT D'OUVERTURE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CSSSPNQL

Derek Montour remercie la nation atikamekw de l'accueil sur son territoire traditionnel. Il tient à remercier nos ancêtres qui ont légué des savoirs sur la façon dont les nations peuvent s'organiser ensemble et prendre des décisions. Les Premières Nations doivent créer un modèle de gouvernance qui permettra à toutes les nations de prendre des décisions dans l'intérêt fondamental de nos populations. M. Montour rappelle que les Premières Nations ont les connaissances pour rendre la gouvernance plus effective. En travaillant toutes ensemble, les Premières Nations peuvent faire mieux que la DGSPNI et AANC. Le modèle doit avoir un sens pour tous et ne pas répliquer le système actuellement imposé. Il est important de rappeler que le processus ne vise pas à remplacer l'autorité de chaque communauté. Il vise à mieux travailler de façon collective. Les rencontres régionales sont des occasions pour que chacun puisse exprimer son opinion. M. Montour réitère que tous ont une voix égale dans le cadre du processus et il encourage chacun à bonifier la réflexion.

4 MISE EN CONTEXTE

Marjolaine Sioui, directrice générale de la CSSSPNQL, remercie l'aîné pour sa prière. Elle a aimé qu'il parle de l'amour que chacun porte en lui. C'est en effet l'amour qui guidera les Premières Nations à prendre les bonnes décisions et à travailler dans un but commun pour l'amélioration de la santé et du mieux-être des populations. Le processus de gouvernance en santé et en services sociaux est une occasion unique de créer un modèle qui répond aux besoins. Chacun doit y apporter sa vision.

La présente rencontre a notamment pour objectif de réfléchir à la prise de décisions. Un protocole d'entente tripartite sera également proposé aux chefs. Ce protocole, appuyant le processus de gouvernance en santé et en services sociaux, les travaux entourant la prise

de décisions et les conflits de compétence, a déjà été présenté aux chefs en mai. Les chefs avaient alors demandé de revoir le protocole afin de lui donner davantage une perspective politique. La signature du protocole d'entente devrait se faire d'ici l'automne.

À la dernière rencontre du Réseau des directeurs de la santé (RDS), en avril 2017, la prise de décisions dans le mode actuel a été abordée. Les directeurs ont réfléchi à la façon dont les Premières Nations peuvent, de façon intérimaire, mieux influencer la prise de décisions. Tous ont alors réaffirmé que les Premières Nations doivent assurer une présence plus importante. Un projet de motion allant en ce sens sera proposé aux chefs au cours de l'après-midi. D'autres dossiers seront également présentés aux chefs, dont une note d'information sur la légalisation du cannabis, l'économie sociale et la consommation d'opioïdes.

5 MISE À JOUR DU PROCESSUS DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX¹

M. Lacasse énumère les grandes étapes qui constituent la phase 2 du processus. La première grande étape est celle de l'appropriation et de la concrétisation du modèle. Dans les prochains mois, une autre étape qui sera entamée est celle des pourparlers avec le fédéral, ce qui permettra de cerner les limites et les conditions du gouvernement. Le protocole d'entente tripartite qui sera signé vient officialiser l'engagement des gouvernements. Une autre étape à venir est celle de l'étude des impacts et de la faisabilité du nouveau modèle. Il faut notamment analyser les retombées de la prise en charge des différents programmes. Finalement, l'équipe coordonnant le processus veillera à appuyer les chefs qui devront prendre une décision d'ici 2020 relativement à la mise en œuvre du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux.

Les activités des derniers mois avaient principalement pour objectif de mieux connaître le fonctionnement de la DGSPNI et d'AANC. Des rencontres avec ces ministères ont permis de cerner trois grandes responsabilités qu'ils assument : la gestion des programmes, l'accompagnement et la gestion financière. Aussi, plusieurs documents ont été produits pour appuyer la démarche. Ils sont accessibles sur le site Web du processus de gouvernance².

M. Lacasse fait un retour sur les deux dernières rencontres régionales. La rencontre de novembre 2016 était axée sur deux thèmes, soit la culture comme fondement du nouveau modèle de gouvernance et la planification de la santé et du mieux-être. Pour la planification, les participants ont été invités à faire le bilan de leur expérience avec la DGSPNI et AANC, à réfléchir à ce qui est souhaité et à élaborer des lignes directrices pour le nouveau modèle de gouvernance. En mars 2017, la même démarche

¹ La présentation PowerPoint utilisée par M. Lacasse se trouve à l'annexe B.

² <http://cssspnql.com/champs-intervention/gouvernance>.

en trois temps a été adoptée pour aborder le thème de l'accompagnement des communautés. Des discussions sur la prise de décisions ont aussi eu lieu en mars et seront poursuivies lors de la présente rencontre.

Les autres activités en cours sont la poursuite des travaux avec le Comité des partenaires, la collecte d'information concernant les finances publiques, la réalisation d'un profil communautaire sur la couverture médicale et professionnelle et la réalisation d'outils de communication.

Les rencontres à venir dans le cadre du processus de gouvernance sont la pré-assemblée générale annuelle de la CSSSPNQL (12 juillet 2017), qui portera sur la gouvernance de l'information, et une rencontre régionale en novembre 2017, où un modèle concret de gouvernance élaboré à partir de toutes les informations et les opinions recueillies jusqu'à présent sera présenté.

6 BILAN DES ENJEUX ET DES CHANGEMENTS SOUHAITÉS LIÉS À LA PRISE DE DÉCISIONS ET À L'IMPUTABILITÉ

Suzie Nepton, conseillère adjointe à la gouvernance en santé et en services sociaux à la CSSSPNQL, rappelle aux participants que, depuis le début de la phase 2, l'objectif en est un d'appropriation. Les réflexions permettent de s'approprier les différentes responsabilités des ministères (DGSPNI et AANC) en vue de préciser les éléments du nouveau modèle. Jusqu'à maintenant, quatorze lignes directrices pour la planification et 17 lignes directrices pour l'accompagnement ont été élaborées. Aujourd'hui, le même exercice d'élaboration de lignes directrices sera réalisé pour la prise de décisions et l'imputabilité. L'approche sera la même que celle utilisée aux deux dernières rencontres régionales, soit la réalisation d'un bilan, la définition des changements souhaités et la formulation de lignes directrices.

Un tableau³ illustrant le bilan de la situation actuelle et des changements souhaités a été brossé selon les constats que les participants aux rencontres régionales ont soulevés depuis le début. Ces constats ont été classés en fonction des quatre composantes de la prise de décisions : la légitimité de la prise de décisions, les fondements des décisions, les impacts prévus et imprévus des décisions ainsi que l'imputabilité et la reddition de comptes.

Les deux premiers ateliers proposés permettront aux participants de réfléchir sur ce qui pourrait être mis en place pour répondre aux changements souhaités. Pour aider la réflexion, trois modèles de gouvernance seront présentés : celui du CCSSBJ, celui des Premières Nations de l'Alberta et celui des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Chacun de ces modèles sera présenté de la même façon à des fins de comparaison. Ils seront

³ Le tableau remis aux participants se trouve à l'annexe C.

donc présentés en fonction des trois grands niveaux de gouvernance (locale, régionale et nationale) et des trois grandes responsabilités (gestion des programmes, accompagnement et financement). Pour le moment, il a été choisi de ne pas aborder ces modèles de gouvernance sous l'angle du financement ni en fonction de leurs retombées.

7 PRÉSENTATION DU MODÈLE DE GOUVERNANCE DU CCSSSBJ⁴

Mme Nepton présente le modèle de gouvernance du CCSSSBJ, qui est le seul modèle implanté au Québec parmi les trois qui seront présentés.

Mme Nepton signale que le CCSSSBJ représente les neuf communautés crie au Québec qui regroupent, au total, près de 18 000 membres et dont la grande majorité vit sur le territoire de l'une de ces communautés. L'objectif de la nation crie lors du changement de mode de gouvernance était d'avoir plus d'autonomie dans l'administration de la santé et des services sociaux sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations. Mme Nepton expose quelques caractéristiques de ce mode de gouvernance. Le CCSSSBJ a été fondé en 1978, à la suite de la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, dans laquelle il était convenu que les communautés pouvaient reprendre le contrôle de la santé et des services sociaux. Depuis sa création, le CCSSSBJ est responsable de l'administration des services de santé et des services sociaux pour toutes les personnes qui résident de façon permanente ou temporaire sur le territoire cri de la Baie James. Depuis la création de cette organisation, le rôle d'AANC est quasi inexistant. Le mandat du CCSSSBJ est défini par une loi provinciale et l'organisation est intégrée au réseau provincial de la santé et des services sociaux, donc sous l'autorité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec.

Quant aux changements que la mise en place du nouveau modèle a apportés, sur le plan de la planification, tout se fait selon une approche centralisée. C'est donc l'organisation régionale qui établit un plan stratégique sur cinq ans en impliquant les neuf communautés. À partir de ce plan stratégique quinquennal, un plan opérationnel est mis au point annuellement. Pour ce qui est des services offerts à la population, chaque communauté possède un centre de santé qui agit au même titre qu'un centre local de services communautaires (CLSC) du réseau québécois.

Quant à la gouvernance régionale, le CCSSSBJ coordonne plusieurs services régionaux, comme un hôpital, des installations pour jeunes en difficulté et un service de santé publique. Le CCSSSBJ emploie environ 2 700 personnes qui travaillent au sein des communautés ou de l'organisation centrale.

⁴ La présentation PowerPoint se trouve à l'annexe D.

Le CCSSSBJ est géré par un conseil d'administration formé de treize membres, dont un président qui est élu par suffrage universel et un représentant élu par communauté. Le conseil d'administration dépose annuellement un rapport aux communautés. Dans le cadre de la gouvernance régionale, la consultation et la participation des communautés tiennent une place importante. La présidente actuelle du conseil d'administration a à cœur d'écouter les gens des communautés afin de répondre à leurs besoins.

Pour ce qui est de la gouvernance nationale, deux ententes sont négociées avec le Québec tous les cinq ans (une entente pour les services et une entente pour les projets d'infrastructure). Le Grand conseil des Cris réunissant les chefs des communautés est tenu au courant de ces négociations puisque la présidente du CCSSSBJ y siège. Le CCSSSBJ reçoit peu de financement du fédéral. Du côté de son imputabilité, un rapport annuel doit être soumis au MSSS. De plus, un comité de suivi avec le sous-ministre adjoint aux services aux Autochtones du MSSS a été mis en place.

Commentaire : La présence d'un représentant du CCSSSBJ aurait été pertinente pour pouvoir lui poser des questions plus techniques.

Réponse : Il avait été décidé de concentrer les réflexions sur la prise de décisions. Une rencontre avec les représentants du CCSSSBJ pourra être organisée si le besoin est exprimé.

Question : Est-ce possible d'avoir une représentation visuelle de la structure du CCSSSBJ?

Réponse : Le site Web du CCSSSBJ ne contient aucune représentation visuelle. Par contre, puisque le CCSSSBJ est intégré au réseau québécois, sa structure est semblable à celle d'un centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du réseau québécois.

Question : Comment la culture a-t-elle été intégrée dans leurs services et la prise de décisions?

Réponse : Le CCSSSBJ est encore en réflexion pour bien intégrer la culture aux services offerts. C'est une des préoccupations de la présidente du conseil d'administration.

Question : Quelle est la relation entre le CCSSSBJ et le MSSS? Les programmes sont-ils imposés?

Réponse : Le CCSSSBJ relève de la province. Les négociations reposent sur le plan stratégique qui a été travaillé de concert avec l'ensemble des communautés. Le CCSSSBJ a une bonne flexibilité dans la gestion des programmes pour refléter les besoins de la population.

Question : Les communautés font-elles simplement appliquer la planification établie par l'organisation régionale? Qu'en est-il de leur gouvernance locale?

Réponse : L'instance régionale détient l'autorité pour la planification. Cependant, les communautés sont consultées en amont. Elles ont choisi une approche collective. Le CCSSSBJ est imputable au MSSS, mais il tient le Grand conseil des Cris informé et le consulte pour s'assurer de bien répondre aux besoins.

Commentaire : La Convention de la Baie James et du Nord québécois est un document vivant. Lorsque le CCSSSBJ a été mis en place, les services ont été offerts de la même façon que dans le reste de la province. Maintenant, les Cris travaillent pour changer les façons de faire et désirent inclure davantage leur culture.

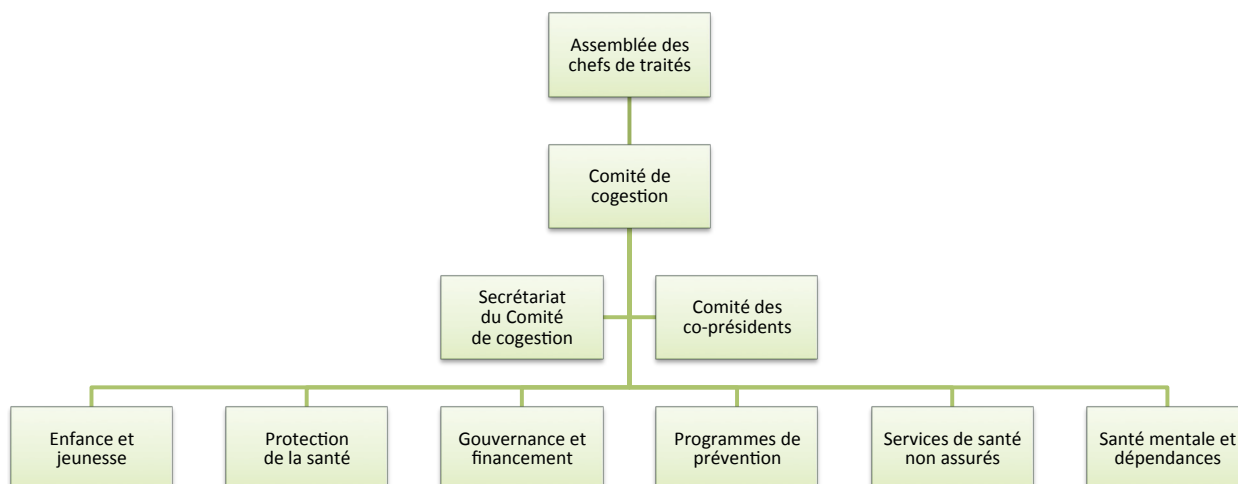
8 – PRÉSENTATION DU MODÈLE DE COGESTION DES PREMIÈRES NATIONS DE L'ALBERTA⁵

M. Lacasse présente le modèle de gouvernance en santé des Premières Nations de l'Alberta qui repose sur une entente de cogestion avec la DGSPNI de l'Alberta.

L'entente de cogestion, signée en 1996, touche l'ensemble des communautés des traités 6, 7 et 8, à l'exception de huit communautés du traité 6 demeurées sous la *Medicine Chest Clause*. Au total, les 47 communautés regroupent 120 000 personnes issues des Premières Nations. L'objectif des Premières Nations de l'Alberta dans le cadre de l'entente de cogestion était d'améliorer la santé et le bien-être des Premières Nations dans une perspective de santé holistique, tout en veillant au respect des budgets convenus, en assurant une redistribution équitable des fonds et en veillant à l'accroissement de la participation des Premières Nations à l'analyse, à la planification et à la gestion des programmes et des services offerts par Santé Canada.

Pour ce qui est de la structure de gouvernance découlant de l'entente, le comité de cogestion, formé de deux chefs par traité (six chefs au total) et de deux représentants de la DGSPNI, prend les décisions en se fondant sur les recommandations des sous-comités. Ces derniers, au nombre de six et coprésidés par un représentant de la DGSPNI et un expert issu des Premières Nations, portent chacun sur une thématique précise : enfance et jeunesse, protection de la santé, gouvernance et financement, programmes de prévention, services de santé non assurés, santé mentale et dépendances. L'ensemble de cette structure est chapeauté par l'*Assembly of Treaty Chiefs*.

⁵ La présentation PowerPoint se trouve à l'annexe E.



Aucun changement n'a été apporté à la gouvernance locale puisque la DGSPNI agit toujours comme l'instance régionale et que, pour la presque totalité des communautés, la gestion des services de santé ne leur a pas été transférée (transfert de 1989). La mise en œuvre de l'entente de cogestion n'a pas entraîné non plus de changement dans les services et les programmes offerts. Quant à la gouvernance régionale, aucun changement n'a été apporté à l'offre de services et à l'accompagnement offert par la DGSPNI. Pour ce qui est de l'imputabilité, le comité de cogestion n'intervient pas dans le processus de reddition de comptes entre les communautés et la DGSPNI. Du côté de la consultation, le comité de cogestion prend ses décisions en fonction des recommandations des six sous-comités. Sur le plan de la gouvernance nationale, la province n'est pas incluse dans l'accord de cogestion, mais les communautés peuvent avoir des ententes particulières avec celle-ci. Les processus d'imputabilité sont aussi inchangés.

9 — ATELIER 1

L'IMPUTABILITÉ ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES : LE MODÈLE DU CCSSSBJ ET LE MODÈLE DE COGESTION DE L'ALBERTA

Le premier atelier proposé aux participants avait pour objectif de commencer les réflexions concernant des lignes directrices de la prise de décisions et de l'imputabilité pour le modèle de gouvernance effective. Pour alimenter leurs réflexions, les participants ont été invités à discuter des caractéristiques du modèle du CCSSSBJ et du modèle de l'Alberta qui pourraient inspirer la mise au point du modèle de gouvernance des Premières Nations au Québec. Pour les fins de l'atelier, les participants ont été divisés en trois groupes.

Modèle du CCSSSBJ

Plusieurs caractéristiques du modèle du CCSSSBJ plaisent aux participants :

- Le fait que les communautés soient consultées et qu'elles participent à la planification stratégique quinquennale;
- L'approche centralisée qui permet notamment le partage des ressources humaines;

- La structure du conseil d'administration qui permet une bonne représentativité des communautés;
- La reconnaissance de leur autorité en santé par la province;
- La perception que la bureaucratie locale est moins lourde.

D'un autre côté, les participants perçoivent des insuffisances dans ce modèle de gouvernance :

- Ce modèle concerne une seule nation, alors que le modèle de gouvernance des Premières Nations au Québec doit prendre en considération plusieurs nations ayant des réalités et des besoins différents;
- Les Cris doivent appliquer les règles et les lois du Québec et non des règles dont ils se sont eux-mêmes dotés;
- Le fait que la planification soit faite seulement sur le plan régional laisse croire qu'il est difficile d'inclure la culture aux services offerts;
- La relation de nation à nation avec le gouvernement fédéral est manquante.

Modèle de cogestion de l'Alberta

Les participants estiment que quelques éléments du modèle de gouvernance des Premières Nations de l'Alberta sont positifs :

- La mise en place des six sous-comités permettant une prise de décisions éclairées à partir des recommandations émises par ces comités;
- L'engagement des chefs;
- La perception d'un dialogue entre les Premières Nations et la DGSPNI pour la prise de décisions.

Toutefois, il appert que le modèle de cogestion de l'Alberta ne répond pas aux besoins des Premières Nations au Québec. Voici les points que les participants ont soulevés :

- Le modèle de cogestion n'apporte pas de changement sur le plan de la gouvernance locale;
- Le leadership politique est très impliqué dans le modèle, alors que les experts du terrain le sont très peu;
- Ce sont uniquement les programmes de la DGSPNI qui sont mis en œuvre dans les communautés;
- Aucun partenariat n'a été établi avec la province, et la relation avec AANC est restée la même;
- La reddition de comptes pour les communautés semble inchangée.

L'ensemble des éléments soulevés par les trois groupes peut être consulté à l'annexe F.

**LE 13 JUIN (APRÈS-MIDI)
RENCONTRE CONJOINTE AVEC LES CHEFS
DE L'ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS QUÉBEC-LABRADOR (APNQL)**

10 MOT DE BIENVENUE DU CHEF DE L'APNQL

Ghislain Picard, chef de l'APNQL, souhaite la bienvenue à tous. Il remercie les chefs et les grands chefs d'avoir accepté de tenir une rencontre conjointe avec les directeurs de la santé et des services sociaux. Il remercie également les chefs qui participent au comité consultatif appuyant le processus de gouvernance en santé et en services sociaux.

M. Picard annonce que cela a été un privilège pour lui d'assister à la dernière rencontre du Comité des partenaires formé dans le cadre du processus de gouvernance. Il est très important pour l'APNQL d'être à l'affût de ce qui se passe dans le cadre du processus de gouvernance. Ce n'est pas un processus facile et il est difficile de faire comprendre aux gouvernements ce que les Premières Nations désirent. Il insiste sur le fait que les principes prônés par la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* sont des incontournables.

À la dernière rencontre du Comité des partenaires, la possibilité de signer un protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux a été abordée. Ce protocole permettra d'augmenter les capacités des Premières Nations dans une optique d'autodétermination.

11 MOT DE BIENVENUE DES REPRÉSENTANTS DU COMITÉ CONSULTATIF DES CHEFS

Jean-Charles Pietacho, chef de la communauté d'Ekuanitshit et membre du Comité consultatif des chefs, réitère qu'il est essentiel que l'équipe de coordination du processus de gouvernance reçoive le soutien des chefs puisqu'il est très important. Il pense à tous les membres des communautés aux prises avec des décisions provenant de l'externe. M. Pietacho réaffirme que les Premières Nations connaissent mieux que quiconque les communautés et les besoins de leurs populations.

Lance Haymond, chef de la communauté de Kebaowek et lui aussi membre du Comité consultatif des chefs, félicite tout le monde du travail accompli jusqu'à présent. Il souligne l'apport des gestionnaires et des autres intervenants qui fait avancer grandement le processus. Les Premières Nations doivent réfléchir à la façon dont elles

désirent gérer leurs services de santé et leurs services sociaux et saisir cette occasion pour apporter des changements. Il évoque le travail de la CSSSPNQL et remercie les chefs de la confiance qu'ils témoignent envers le processus de gouvernance.

12 MOT DE BIENVENUE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CSSSPNQL

Derek Montour remercie les chefs pour cette occasion de discuter du processus de gouvernance. Il raconte que ses ancêtres ont créé un système qui permettait à la nation de prendre des décisions ensemble. En 2007, les communautés ont exprimé leur volonté de changement et d'autodétermination (*Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*). Les chefs ont appuyé cette vision. Le processus de gouvernance est une occasion de prise en charge et de travailler tous ensemble selon une vision commune. En unissant cœur et esprit, les Premières Nations pourront bâtir une gouvernance reposant sur leurs cultures et leurs traditions. M. Montour rappelle que plusieurs comités ont été mis en place pour réfléchir au nouveau modèle. Il souhaite que tous les acteurs s'engagent dans le processus puisque les Premières Nations peuvent faire mieux que le système actuel.

13 PRÉSENTATION DU PROTOCOLE D'ENTENTE TRIPARTITE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

Marjolaine Sioui remercie les chefs pour l'occasion de discuter de cet important dossier qui nous tient tous à cœur et auquel les directeurs de la santé et des services sociaux ont beaucoup collaboré jusqu'à présent. Elle rappelle que la finalité du processus est l'amélioration du mieux-être des Premières Nations.

Elle présente le protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux qui vise, entre autres, à amener les gouvernements provincial et fédéral à inclure davantage les Premières Nations dans la prise de décisions les concernant. En mai, ce protocole avait été présenté aux chefs et il avait alors été demandé de lui donner une perspective plus politique et un ton plus affirmatif. En plus, il a été proposé d'ajouter l'accès aux services et de s'assurer de ne pas enfreindre l'autonomie de chaque communauté et nation. Mme Sioui souligne la contribution du grand chef Konrad Sioui, de la communauté de Wendake, qui a collaboré à la révision du protocole. Elle précise que chaque ministère signataire analyse actuellement le protocole d'entente tripartite. Il est souhaité que ce dernier soit signé à l'automne.

Mme Sioui passe brièvement en revue les changements apportés au protocole depuis qu'il a été présenté en mai. Une motion visant à appuyer la signature du protocole d'entente tripartite par le chef de l'APNQL est également lue. Les chefs émettent quelques commentaires sur le protocole d'entente et la motion. Une nouvelle version de la motion⁶ est présentée et adoptée à l'unanimité.

14 PRÉSENTATION DU SCÉNARIO SUR LE PROCESSUS DÉCISIONNEL POUR LE MODE ACTUEL

D'ici la mise en place du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux, il est souhaité que les Premières Nations soient plus consultées et participent davantage à la prise de décisions. Au fil des ans, le gouvernement fédéral a annoncé de nouveaux fonds sans consulter les Premières Nations, et les programmes leur sont imposés.

À la rencontre régionale sur le processus de gouvernance tenue en mars 2017, les participants se sont prononcés sur les défis rencontrés relativement à la consultation, à l'imputabilité et à la prise de décisions. Ils ont aussi été invités à réfléchir à des modifications qui permettraient de mieux tenir compte de l'opinion des Premières Nations. En avril dernier, les directeurs de la santé se sont penchés sur des actions qui pourraient être prises à court terme afin que les Premières Nations ne soient plus écartées de la prise de décisions les concernant. Les directeurs de la santé ont retenu trois solutions : 1) la mise en place d'un cycle de planification réciproque et conjoint entre les représentants des Premières Nations en santé et en services sociaux et la DGSPNI et AANC, 2) le dépôt par la DGSPNI et AANC d'un rapport annuel aux Premières Nations faisant état des résultats atteints et des dépenses et 3) la révision du mandat, de la composition et du déroulement des rencontres du RDS. Mme Sioui présente un tableau⁷ résumant le bilan de la situation actuelle, le mode souhaité ainsi que les recommandations retenues par les directeurs de la santé.

Une motion visant à appuyer une plus grande implication des Premières Nations dans le processus décisionnel dans le contexte actuel où la DGSPNI et AANC sont les instances régionales est exposée aux chefs. Ils émettent des commentaires et la motion⁸ est revue avant d'être soumise au vote. Celle-ci est adoptée avec trois oppositions.

Fin de la rencontre conjointe avec les chefs

6 La motion adoptée par les chefs peut être consultée à l'annexe G.

7 Le tableau présenté par Mme Sioui se trouve à l'annexe H.

8 La motion adoptée par les chefs se trouve à l'annexe I.

15 PRÉSENTATION DU MODÈLE DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE⁹

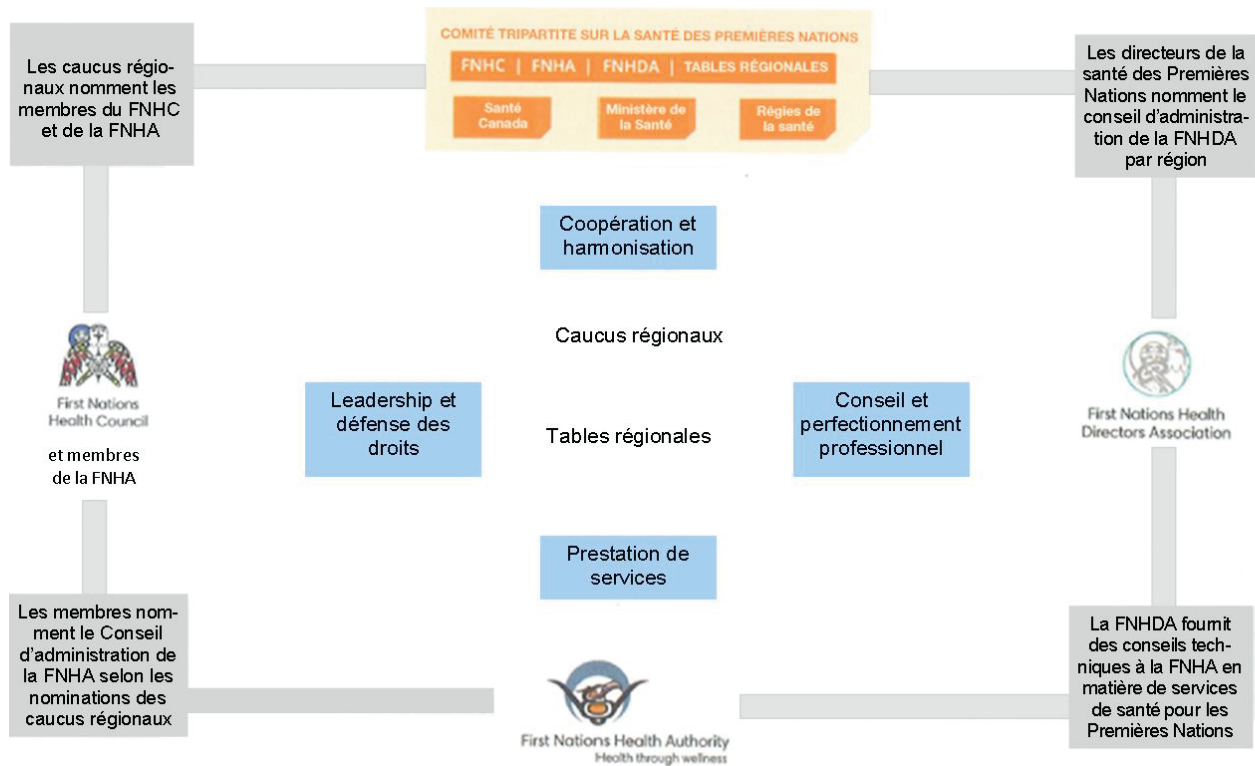
M. Lacasse décrit le modèle de gouvernance en santé du First Nations Health Authority (FNHA) de la Colombie-Britannique.

Les Premières Nations de la Colombie-Britannique sont regroupées en 203 communautés, dont la plupart sont de petite taille, totalisant plus de 130 000 personnes. Ces communautés sont divisées en cinq régions administratives. L'objectif du changement de mode de gouvernance était de réformer la façon dont les soins de santé étaient administrés aux Premières Nations en créant une organisation, indépendante et sans but lucratif, gouvernée par les Premières Nations et à leur service, permettant d'intégrer leur vision et leurs valeurs et, ultimement, de réduire l'écart de santé avec le reste de la population.

Le nouveau modèle de gouvernance repose sur la création de la FNHA grâce à une collaboration tripartite entre les Premières Nations, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial. En 2013, la FNHA a ainsi remplacé la DGSPNI dans l'administration de tous les programmes et services.

Pour ce qui est de la structure de gouvernance mise en place, il y a, en plus de la FNHA, le First Nations Health Council (FNHC), qui est l'organe politique, le First Nations Health Directors Association (FNHDA), qui occupe un rôle de conseiller technique, et le Tripartite Committee on First Nations Health (TCFNH), qui est le comité réunissant les trois parties (le gouvernement provincial, le gouvernement fédéral et les Premières Nations). Chacune des cinq régions administratives a aussi un caucus régional, où chaque communauté est représentée.

⁹ La présentation PowerPoint utilisée se trouve à l'annexe J.



Pour ce qui est des changements découlant de ce nouveau mode de gouvernance, sur le plan de la gouvernance locale, chaque communauté exerce beaucoup d'autonomie pour créer sa propre planification de la santé qui répond à ses besoins. Les plans des communautés sont ensuite transmis au FNHA, qui s'assure d'accompagner les communautés dans la mise en œuvre de leur planification et l'amélioration de leurs services.

Du côté de la gouvernance régionale, les ententes de financement des communautés sont basées sur l'historique avant le transfert de la DGSPNI à la FNHA. Les communautés doivent remettre un rapport annuel à la FNHA, en plus de certains rapports particuliers. En cas de crise financière, des mécanismes pour accompagner les communautés sont prévus. Enfin, la consultation et la participation des communautés sont des éléments centraux du modèle.

Quant à la gouvernance nationale, l'entente de financement est conclue entre le gouvernement fédéral et le FNHA. Le TCFNH permet la coordination des efforts de l'ensemble des partenaires. La FNHA est imputable à la DGSPNI nationale et doit lui remettre un plan quinquennal, un plan stratégique annuel et un rapport annuel. Des rencontres de suivi trimestrielles avec la DGSPNI ont également lieu.

16 ATELIER 2

L'IMPUTABILITÉ ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES : LE MODÈLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

L'objectif du deuxième atelier était de poursuivre les réflexions menant à l'élaboration de lignes directrices de la prise de décisions et de l'imputabilité. Les participants ont tout d'abord discuté des éléments intéressants du modèle des Premières Nations de la Colombie-Britannique qui pourraient être intégrés au modèle de gouvernance des Premières Nations au Québec. Par la suite, ils ont été invités à formuler des lignes directrices. Les trois mêmes groupes que ceux du premier atelier ont été formés.

Modèle des Premières Nations de la Colombie-Britannique

Plusieurs forces de ce modèle de gouvernance ont été énumérées :

- Les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont mis en place un processus leur permettant de travailler tous ensemble, tout tenant compte de la diversité de chaque nation.
- Les besoins de chaque communauté sont pris en compte.
- Le rôle des directeurs de la santé est plus grand et leur expertise est mise à contribution.
- Les règles de financement semblent plus simples et la reddition de comptes est allégée.
- Le comité tripartite permet de concerter les actions des Premières Nations et des gouvernements.
- La gouvernance locale est plus présente et de l'accompagnement est offert aux communautés.
- L'approche des déterminants de la santé est mise de l'avant.
- Le principe de la responsabilité réciproque est intéressant.
- La structure de gouvernance n'est pas hiérarchique.

Quelques caractéristiques de ce modèle de gouvernance sont cependant perçues comme des faiblesses :

- Les Premières Nations de la Colombie-Britannique doivent soumettre des rapports au gouvernement, ce qui les place encore sous le contrôle du gouvernement. Une relation de nation à nation doit être établie.
- Le modèle est axé sur la prise en charge des responsabilités de la DGSPNI, mais peu de changements ont été apportés dans l'application de ces responsabilités.
- La structure de gouvernance est complexe et peut entraîner une lenteur dans les communications entre les niveaux local et régional.
- Il manque l'approche holistique combinant la santé et les services sociaux.

Éléments à prendre en considération pour la formulation de lignes directrices pour le modèle de gouvernance effective

- La prise de décisions doit prendre en compte les besoins de chaque communauté.
- Les décisions ne doivent pas être imposées aux communautés, ni les programmes qui doivent être appliqués.
- Une représentation des nations pourrait permettre de tenir compte de la diversité des communautés.
- Il faut miser sur le développement des capacités locales.
- Les Premières Nations doivent avant tout être imputables à leurs populations.
- Les structures régionales ne doivent pas être trop lourdes afin d'éviter les charges administratives.
- L'instance régionale doit jouer un rôle d'accompagnement des communautés et avoir un rôle dans la résolution de conflits.
- La planification régionale doit découler des éléments définis localement.

L'ensemble des éléments soulevés par les trois groupes se trouve à l'annexe K.

17 PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE¹⁰

Georges-Auguste Legault, professeur à l'Université de Sherbrooke et consultant pour le processus de gouvernance, attire l'attention sur la finalité de la démarche entreprise depuis quelques années, soit d'améliorer le mieux-être des communautés. Les Premières Nations doivent mettre de l'avant leurs propres façons de faire. Elles doivent s'approprier leur système de gouvernance et non pas reproduire un système. Toutefois, il est intéressant d'analyser ce que les autres Premières Nations ont mis en place afin de voir si des éléments de ces modes de gouvernance peuvent être intégrés au modèle des Premières Nations au Québec.

M. Legault expose que l'association des directeurs (FNHDA) est l'une des pièces maîtresses du modèle de gouvernance de la Colombie-Britannique¹¹. Les directeurs de la santé des communautés de la Colombie-Britannique ont exprimé le besoin de se regrouper pour se soutenir dans leurs fonctions. Les directeurs se sentaient en effet isolés et désiraient partager leurs expériences et améliorer les pratiques de chacun. Pour répondre à ce besoin, ils ont créé une association professionnelle. Les quatre critères liés à la professionnalisation sont l'expertise nécessaire pour accomplir les fonctions, l'autonomie dans l'exécution des tâches, le degré de confiance nécessaire pour assurer la réussite des activités et les préjudices que pourraient causer des manquements.

Pour assurer cette professionnalisation des directeurs de la santé, l'association offre à ses membres du soutien pour le développement des capacités professionnelles, de la formation et du réseautage. De plus, elle s'efforce de maintenir des normes professionnelles élevées. L'apport de l'association aux communautés vise à améliorer la qualité des services offerts, à créer des outils pour faciliter le travail des directeurs, à favoriser le partage d'expériences, à aider les nouveaux directeurs à intégrer leurs fonctions et à offrir un programme pour contrer l'épuisement professionnel.

Au sein de la structure de gouvernance en santé, le rôle de l'association des directeurs est de développer une expertise propre aux Premières Nations sur l'ensemble des problématiques en santé dans les communautés. Elle agit comme organisme-conseil auprès de la FNHA, notamment pour améliorer les programmes, et auprès de la FNHC pour soutenir les chefs dans leurs revendications.

¹⁰ La présentation PowerPoint de M. Legault se trouve à l'annexe L.

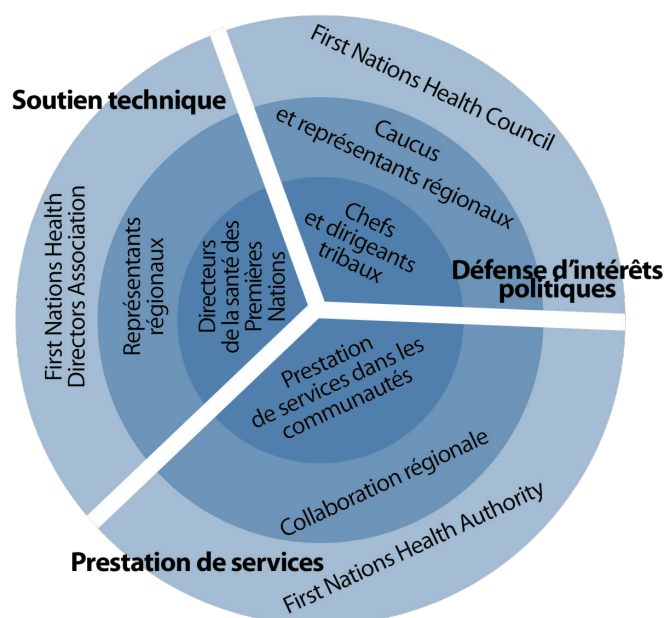
¹¹ L'information présentée par M. Legault provient principalement du site Web de la FNHDA (www.fnhda.ca) et d'une présentation de Keith Marshall à la pré-assemblée générale annuelle de la CSSSPNQL, tenue le 8 juillet 2015.

Rôle de la FNHDA dans le modèle de gouvernance en santé

First Nations Health Council (FNHC) :
Instance politique de défense des intérêts des Premières Nations

First Nations Health Authority (FNHA) :
Instance régionale de prestation de services

First Nations Health Directors Association (FNHDA) :
Instance régionale de soutien technique auprès du FNHC et de la FNHA



Commentaire : L'association des directeurs en Colombie-Britannique ressemble beaucoup au RDS des communautés des Premières Nations au Québec. De plus, les directeurs de la santé ont accès à une association nationale (Association des gestionnaires de santé des Premières Nations [AGSPN]) qui offre un programme de formation menant à une certification.

18 ATELIER 3

L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS

Le troisième atelier proposé a pour objectif de convenir si une association de directeurs en santé et en services sociaux peut inspirer le modèle de gouvernance effective. Les réflexions des participants doivent également conduire à la suggestion de pistes pour des lignes directrices. À la suite de l'atelier, chacun des animateurs est invité à présenter brièvement les principaux éléments ressortis des discussions.

Nadine Gros-Louis fait savoir que les participants de son groupe sont d'avis qu'il est préférable de tabler sur le RDS existant plutôt que de créer une nouvelle instance. Un désir d'inclure les directeurs des services sociaux aux rencontres de ce réseau est exprimé. Les participants soulèvent la crainte qu'une professionnalisation du RDS puisse entraîner une lourdeur bureaucratique supplémentaire. L'exemple du Code des professions, qui a compliqué le travail des communautés, est d'ailleurs cité. Il est suggéré que le RDS travaille selon une approche de codéveloppement, qu'il puisse détenir un certain pouvoir décisionnel et qu'il offre de la formation continue aux directeurs de la santé et des services sociaux pour que tous aient une base commune de connaissances.

Le deuxième groupe, animé par Carl Simard, souligne que l'association des directeurs en Colombie-Britannique a des ressemblances avec le RDS. Le groupe suggère de revoir les rôles et le mandat du RDS. Les participants reconnaissent l'importance pour les directeurs siégeant au RDS d'avoir un minimum de compétences. Le programme de formation offert par l'AGSPN doit permettre d'atteindre ces compétences. Il est aussi exprimé qu'il est important de tenir compte de l'expérience terrain des directeurs. Il faut établir des stratégies de relève pour assurer une continuité de l'expertise. Tout comme l'a fait le groupe précédent, ce groupe suggère d'inclure les directeurs des services sociaux et les directeurs des centres de traitement dans le RDS. Le groupe a mis en évidence la diversité de professionnels qui travaillent dans les communautés et la nécessité que tous soient impliqués à un moment ou à un autre pour mettre à profit leur expertise. Il est important d'offrir aux professionnels allochtones de la formation sur les compétences culturelles. Il ne faut pas oublier que l'application du nouveau mode de gouvernance nécessitera une gestion du changement. Finalement, le groupe désire que le RDS ait un rôle à jouer pour recommander des modifications aux programmes existants et que ces programmes revus soient flexibles et adaptables aux besoins précis de chaque communauté.

Le dernier groupe, celui animé par Jean-Denis Gill, croit aussi qu'il importe de s'appuyer sur ce qui existe déjà, soit le RDS. En plus d'y inclure les directeurs des services sociaux et les directeurs des centres de traitement, les participants suggèrent l'intégration de directeurs provenant des autres secteurs des communautés. Ce groupe considère que le RDS doit jouer un rôle dans le développement des capacités et offrir du soutien pour faciliter l'intégration des nouveaux directeurs. Comme les deux autres groupes, il n'est pas souhaité de professionnaliser la fonction de directeur de la santé et de directeur des services sociaux puisqu'il existe déjà une association nationale pour la certification (AGSPN). De plus, les participants ne veulent pas qu'il y ait de conditions préalables pour être membre du RDS.

Toutes les réflexions des participants à propos de l'association des directeurs se trouvent à l'annexe M.

19 RETOUR SUR LES LIGNES DIRECTRICES DE LA PRISE DE DÉCISIONS ET L'IMPUTABILITÉ

Les éléments soulevés par les participants lors des deux premiers ateliers mènent à l'élaboration de quinze lignes directrices de la prise de décisions et de l'imputabilité en santé et en mieux-être. Ces lignes directrices sont présentées aux participants et leurs commentaires sont recueillis.

LIGNES DIRECTRICES FORMULÉES À PARTIR DES RÉFLEXIONS DES ATELIERS 1 ET 2

COMMENTAIRES DES PARTICIPANTS

Dans une approche holistique, l'organisation régionale doit s'approprier les responsabilités de la DGSPNI et d'AANC.

- Avant de s'approprier les responsabilités, il faut commencer par affirmer le désir comme nation de reprendre le contrôle de la santé pour le mieux-être de nos populations.
 - Il faut revoir l'énoncé. Veut-on enlever la responsabilité du fédéral? Il faut assumer notre autodétermination, mais le fédéral doit conserver une certaine responsabilité.
-

La structure de gouvernance doit être horizontale. Les organisations doivent avoir des mandats clairs et viser un but commun.

Des mécanismes efficaces et probants de consultation et de mobilisation à l'échelle locale doivent être mis en place pour s'assurer de la prise en compte de l'opinion des communautés dans la prise de décisions.

La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue par des experts des Premières Nations provenant de différents domaines.

La prise de décisions et l'imputabilité en santé et en mieux-être doivent répondre aux besoins locaux et respecter la diversité des communautés et des nations.

L'opinion des différents groupes des communautés doit être considérée dans la prise de décisions (aînés, jeunes, femmes, etc.).

- Il faudra réfléchir à la façon dont l'opinion de ces groupes pourra être considérée.
 - Si on désire atteindre le mieux-être, il faut écouter davantage les membres des communautés. Ce sont eux à la base de la gouvernance.
 - Les rôles de chacun doivent être clarifiés.
-

La prise de décisions doit refléter les pratiques traditionnelles propres aux Premières Nations.

La prise de décisions à l'échelle régionale doit être soutenue et légitimée par un « leadership » politique informé.

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

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

- Il faudra penser au cas où l'instance régionale ne ferait pas consensus au sein de toutes les communautés.
-

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

Les organisations locales doivent d'abord être imputables à leur population. L'exercice de reddition de comptes doit être simplifié et axé sur l'atteinte des résultats visant à améliorer le mieux-être de la population.

Il faut miser sur le développement des capacités locales pour que les communautés puissent prendre des décisions éclairées.

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

Les interactions entre les Premières Nations et le gouvernement fédéral doivent reposer sur une relation de nation à nation.

- _ Comment cet énoncé peut-il s'appliquer à une instance régionale?
 - _ Dans le Protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux, cette relation de nation à nation doit être respectée.
 - _ Le Canada n'est pas une nation. C'est une institution gouvernementale qui a un pouvoir de négocier.
-

M. Lacasse mentionne que les trois séries de lignes directrices qui ont été formulées (planification, accompagnement et prise de décisions), en plus de celles qui seront tirées de l'atelier 3 sur l'association des directeurs, permettront de construire le modèle de gouvernance propre aux Premières Nations au Québec. Le défi de l'équipe qui coordonne le processus est donc de réfléchir au nouveau modèle à la lumière de ces lignes directrices, tout en s'assurant qu'il répond aux besoins des Premières Nations. Une ébauche d'un modèle de gouvernance concret sera présentée à la rencontre régionale qui se tiendra à l'automne 2017.

20 OUTILS DE COMMUNICATION

Nadine Gros-Louis, gestionnaire des communications à la CSSSPNQL, explique que plusieurs directeurs ont manifesté le besoin d'avoir accès à des outils pour les soutenir dans leur communication concernant le processus de gouvernance, notamment présenter des rapports au conseil de bande, discuter du processus avec des intervenants ou encore informer la population. Mme Gros-Louis rappelle que, depuis le début de la démarche, plusieurs outils ont été conçus et rendus disponibles sur la page Web du processus de gouvernance. Elle souligne également la publication d'une deuxième série de questions et réponses (foire aux questions) qui peut aider les communautés à transmettre de l'information sur le processus. Mme Gros-Louis demande aux participants quels sont les outils actuellement disponibles qu'ils considèrent comme facilitants et quels sont les outils qui devraient être créés.

Commentaire : La page Web donne beaucoup d'information. Le défi est de trouver la façon de transmettre l'information à la population et de l'impliquer plus activement dans le processus. Il faut entamer un dialogue avec la population. Il faut parler aux gens des changements qui les toucheront et des modifications qui pourront être apportées aux services offerts. Il faut aussi pouvoir expliquer comment ce processus s'intègre aux autres processus et revendications menés par les communautés.

Réponse : Il faut effectivement réfléchir à l'information qui doit être transmise à la population. Pour le moment, les outils de communication existants s'adressent aux gestionnaires et aux autres représentants des Premières Nations impliqués plus directement dans le processus. En plus de la documentation générale sur le processus et des rapports sommaires de chaque rencontre régionale, la CSSSPNQL produit maintenant une note d'information après chaque rencontre régionale afin de faciliter le suivi des participants auprès de leur conseil de bande.

Commentaire : Les participants aux rencontres régionales ont aussi beaucoup d'information à assimiler. Pour ce qui est de la population, il faut trouver le moyen de susciter l'intérêt envers le processus. Il faut simplifier le message. Des affiches pourraient être produites pour favoriser la discussion entre la population et les gestionnaires ou les chefs. Il serait intéressant d'utiliser des événements, comme la Journée nationale des Autochtones (21 juin), pour communiquer de l'information sur le processus de gouvernance.

21 MOT DE LA FIN

M. Lacasse demande aux participants de prendre quelques instants pour penser à l'ensemble du travail réalisé au cours des deux dernières journées. Il rappelle que ce travail est fait pour nos enfants et nos familles. Nous avons la chance de pouvoir contribuer à l'amélioration du mieux-être de nos populations. Nous sommes au cœur d'un processus de changement. Il remercie tous les participants puisque c'est eux qui transmettent l'information nécessaire à l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance. M. Lacasse souligne le travail de l'équipe qui coordonne le processus de gouvernance et de l'ensemble des employés de la CSSSPNQL ainsi que la contribution de Willy Fournier et de Georges-Auguste Legault.

A ANNEXE

ORDRE DU JOUR

DATE : LES 13 ET 14 JUIN 2017

LIEU : HÔTEL DELTA TROIS-RIVIÈRES

13 JUIN 2017

Directeurs et autres représentants en santé et en services sociaux

8 h 30	Accueil et prière d'ouverture
8 h 35	Mot de bienvenue et présentation des thèmes de la rencontre
8 h 45	Membre du Comité consultatif des chefs
8 h 50	Derek Montour, président du conseil d'administration de la CSSSPNQL
8 h 55	Patrice Lacasse : mise à jour du processus de gouvernance et questions
9 h 10	Marjolaine Siouï, directrice générale de la CSSSPNQL : mise en contexte
9 h 15	Bilan des enjeux et des changements souhaités liés à la prise de décisions et à l'imputabilité
9 h 45	Pause
10 h	Présentation de l'atelier 1 : présentation du modèle du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et du modèle de cogestion de l'Alberta – Dégager les forces et les faiblesses des modèles ainsi que les enjeux qui ont pu être réglés par leurs modèles ou leurs structures
10 h 15	Atelier 1 : modèle du Conseil Cri de la santé et des services sociaux et modèle de cogestion de l'Alberta – Est-ce que certaines solutions et lignes directrices de ce modèle sont transférables?
11 h 30	Retour en grand groupe sur l'atelier 1
12 h	Dîner libre

13 JUIN 2017

Chefs, directeurs et autres représentants en santé et en services sociaux

13 h	Mot de bienvenue et présentation des thèmes de la rencontre : Ghislain Picard, chef de l'APNQL – Contexte et présentation des objectifs
13 h 05	Membre du Comité consultatif des chefs
13 h 10	Derek Montour, président du conseil d'administration de la CSSSPNQL
13 h 15	Marjolaine Siouï, directrice générale de la CSSSPNQL – Mise à jour – Protocole d'entente tripartite en santé et en services sociaux
13 h 40	Proposition d'une motion
13 h 50	Marjolaine Siouï : présentation du scénario sur le processus décisionnel pour le mode actuel
14 h	Patrice Lacasse et Suzie Nepton – Présentation du modèle de la Colombie-Britannique aux chefs et aux représentants des Premières Nations

Chefs

14 h 15 Pour l'APNQL : responsabilités d'un collectif et sa légitimité

15 h Fin de la séance

Directeurs et représentants

14 h 15 Poursuite de la présentation

14 h 30 Pause

14 h 45 Atelier : Est-ce que certaines solutions et lignes directrices de ce modèle sont transférables ?

Retour en plénière

16 h – Atelier des chefs

– Atelier des directeurs et des représentants

16 h 30 Fin de la séance

14 JUIN 2017

Directeurs et autres représentants en santé et en services sociaux

8 h 30	Accueil et retour sur la première journée
8 h 45	Présentation de l'atelier 3 : présentation de l'Association des directeurs en Colombie-Britannique
9 h	Atelier 3 : L'Association des directeurs – L'Association des directeurs apparaît-elle comme la piste à suivre pour répondre aux besoins cernés dans nos démarches antérieures? En quoi ce modèle pourrait-il inspirer le modèle de gouvernance effective? Quelles sont ses lacunes? Quelles lignes directrices pourrait-on formuler pour le modèle de gouvernance effective?
10 h	Pause
10 h 15	Retour en grand groupe sur l'atelier 3 : l'Association des directeurs
10 h 30	Plénière : retour sur lignes directrices de la prise de décisions et de l'Association des directeurs
11 h 30	Nadine Gros-Louis : communications – Quels sont les outils dont vous avez besoin pour être plus en mesure d'informer vos dirigeants et votre communauté du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec et de les mobiliser?
11 h 45	Patrice Lacasse : prochaines étapes et mot de la fin
12 h	Prière de fermeture et fin de la rencontre

B ANNEXE

MISE À JOUR DU PROCESSUS DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX (POWERPOINT)





Grandes étapes

- Appropriation et concrétisation du modèle
- Pourparlers et négociation avec les gouvernements fédéral et provincial
- Étude d'impacts et de faisabilité
- Appui à la décision

2



Activités

- Fonctionnement de la DGSPNI et d'AANC
- Production de documents
 - Brosser le portrait de l'environnement

*Processus de mobilisation (AANC)

3



Rencontre régionale novembre 2016

- Identifier les éléments clés d'un modèle de gouvernance à tenir compte pour assurer un respect des cultures Premières Nations ;
- Connaître les responsabilités de la Direction générale de la santé des Premières Nations et Inuits (DGSPNI) et d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) en termes de planification et d'organisation interne ;
- Élaborer les lignes directrices pour la planification de la santé et des services sociaux dans un modèle de gouvernance effective ;

4



Rencontre régionale Mars 2017

- Mieux comprendre l'offre d'accompagnement de la DGSPNI et AANC aux communautés ;
- Évaluer l'offre d'accompagnement en fonction de la situation actuelle, et des besoins et attentes dans un nouveau mode de gouvernance ;
- Dégager des lignes directrices pour l'offre d'accompagnement dans un nouveau mode de gouvernance.

5



Rencontre régionale Juin 2017

- Pour l'assemblée des chefs, la rencontre portera sur la légitimité politique de l'instance régionale et son rôle dans la gouvernance.
- Pour les directeurs de la santé, la rencontre portera sur la prise de décision et l'imputabilité.
- Définir des lignes directrices de la prise de décision pour une instance Premières Nations.

6



En cours

- Comité des partenaires
 - Protocole d'entente tripartite
- Processus actuel de prise de décisions
- Profil communautaire
- Finance publique
- Boîte à outils / FAQ 2

7



Prochaines rencontres

Juillet

- Pré-AGA
 - Gestion de l'information

Novembre

- Rencontre régionale
 - Modèle concret

8



Wela'lin Meegwetch Tià:wen
Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com
Suzie Nepton, Suzie.Nepton@cssspnql.com

9

TABLEAU
SITUATION ACTUELLE
ET CHANGEMENTS SOUHAITÉS
LIÉS À LA PRISE DE DÉCISIONS ET
À L'IMPUTABILITÉ



LIGNES DIRECTRICES DE LA PRISE DE DÉCISIONS ET DE L'IMPUTABILITÉ EN SANTÉ ET EN MIEUX-ÊTRE DES COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

	Situation actuelle	Changement souhaité	Lignes directrices La prise de décisions et l'imputabilité en santé et en mieux-être doivent :
Légitimité de la prise de décisions	La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) prennent des décisions au sujet des programmes et des budgets. Bien que la plupart des communautés aient pris en charge la gestion des programmes de santé et de services sociaux depuis la fin des années 1980, celles-ci n'ont pas réellement la liberté et l'autonomie pour développer et opérer des services correspondant à leur vision du monde et à leur conception de la santé. Actuellement, il y a peu de mécanismes en place qui permettent la prise en compte de l'opinion des Premières Nations dans les décisions qui les concernent.	Les communautés souhaitent que les modes de financement soient basés sur les besoins réels des communautés et que du rattrapage soit effectué le cas échéant. La prise de décisions doit reposer sur l'autodétermination des Premières Nations : celles-ci doivent être au cœur d'une gouvernance locale et régionale en santé et en services sociaux. Dans le nouveau modèle de gouvernance, il faut assurer des liens étroits entre les communautés et l'instance régionale dans le respect de l'autonomie des communautés.	
Fondements des décisions	Les approches et écoles de pensée actuelles pour la conception et la gestion des programmes ne sont pas clairement établies. Les programmes de la DGSPNI et d'AANC ne sont pas élaborés par des experts provenant des communautés des Premières Nations. Les ententes de financement entre la DGSPNI et les communautés, pour celles qui sont transférées, sont basées sur la planification de la santé de la communauté (plan de santé communautaire).	Il est nécessaire d'intégrer davantage la vision de la santé des Premières Nations. Il faut valoriser l'expertise locale en santé et en services sociaux dans l'élaboration des programmes. La planification des services de santé et des services sociaux doit avoir suffisamment de flexibilité pour s'adapter aux besoins des communautés.	<i>Quelles sont les lignes directrices qui vont permettre ces changements souhaités dans le nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux?</i>
Impacts prévus et imprévus des décisions	Les programmes actuels ne permettent pas aux communautés d'adopter une approche intégrée en santé et en mieux-être. La vision imposée par le gouvernement fédéral n'est pas en accord avec les besoins des Premières Nations et leurs cultures.	Les Premières Nations privilégient une approche holistique de la santé et des services sociaux. Les programmes doivent être conçus pour répondre aux besoins réels des communautés.	
Imputabilité et reddition de compte	La reddition de compte actuelle est faite en fonction des besoins du gouvernement fédéral (Conseil du Trésor, DGSPNI et AANC). Les rapports imposés aux communautés sont exigeants, nécessitent beaucoup de temps et mobilisent beaucoup de ressources humaines. Les données exigées dans la reddition de compte n'apportent pas d'informations utiles à la communauté et sont souvent tablettées. La DGSPNI et AANC sont imputables au gouvernement fédéral et le Conseil du Trésor est imputable à la population canadienne. Les communautés doivent rendre des comptes à la DGSPNI et à AANC en fonction de leurs ententes financières.	La reddition de compte doit, avant tout, être axée sur les résultats obtenus sur l'état de santé et le mieux-être des populations. La reddition de compte doit être revue afin qu'elle soit simplifiée et qu'elle permette aux communautés d'amasser des données utiles qui peuvent être réutilisées pour leur prise de décisions. Le gouvernement doit être imputable aux Premières Nations et chacune des communautés doit être imputable à sa population.	

D ANNEXE

PRÉSENTATION DU MODÈLE DE GOUVERNANCE DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES (POWERPOINT)





Objectif de la présentation

- Présenter le modèle de gouvernance du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ)

2



Les Premières Nations représentées

- 9 communautés cries de la région du Québec
- 15 957 résidents et 2 314 non-résidents selon les données d'AANC de 2016

3



Objectif du changement de mode de gouvernance

Avoir plus d'autonomie dans l'administration de la santé et des services sociaux sur le territoire afin de mieux répondre aux besoins des Premières Nations

4



Nouveau mode de gouvernance : caractéristiques

- Le CCSSSBJ est fondé en 1978
- Responsable de l'administration des services de santé et des services sociaux pour toutes les personnes qui résident de façon permanente ou temporaire sur le territoire cri de la Baie James
- Le mandat du CCSSSBJ est défini par la loi S-5 et les règlements de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris; intégré au réseau sanitaire provincial

5



Changements apportés : gouvernance locale

Planification de la santé : approche centralisée

- Aucune planification locale
- Plan stratégique régional quinquennal développé en impliquant les 9 communautés

Services à la communauté (soins, programmes de prévention et autres) :

- Agit comme un CISSS ou CIUSSS

6



Changements apportés : gouvernance régionale

Services régionaux :

- Le centre hospitalier régional de Chisasibi avec 29 lits.
- Les trois installations régionales pour les jeunes en difficulté opérées par les services de guérison pour les jeunes.
- Le service de santé publique régional qui se trouve à Mistissini avec un bureau satellite à Montréal.
- Les bureaux de liaison des services aux patients cris à Chibougamau, Val-d'Or et Montréal.
- Le bureau de recrutement des ressources humaines à Montréal. Ils recrutent pour toutes les catégories d'emploi excepté les médecins et les dentistes.

7



Gouvernance régionale Ententes/imputabilité

- Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
- Le CA est formé de 13 personnes :
 - 1 président élu par les 9 communautés (suffrage universel)
 - 1 représentant élu par communauté
 - 1 représentant clinique
 - 1 représentant des employés
 - le directeur général
- Rapport annuel présenté et soumis aux communautés.

8



Gouvernance régionale Consultation/participation

- Le président du CA, élu par suffrage universel, cherche constamment à écouter les communautés et à les consulter, entre autres dans l'élaboration du plan stratégique régional quinquennal

9



Gouvernance nationale Entente fédérale/provinciale

- 2 ententes négociées aux 5 ans (pour les services et pour les projets d'infrastructure) basées sur l'entente maîtresse de la Baie James
- Peu de financement du fédéral
- Rapport annuel soumis au MSSS
- Comité de suivi avec le sous-ministre adjoint, services aux autochtones du MSSS

10



Wela'lin Meegwetch Tià:wen
Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com
Suzie Nepton, Suzie.Nepton@cssspnql.com

11

PRÉSENTATION DU MODÈLE DE COGESTION DES PREMIÈRES NATIONS DE L'ALBERTA (POWERPOINT)





Objectif de la présentation

- Présenter le modèle de gouvernance en santé du Health Co-Management (HCoM) entre les Premières Nations de l'Alberta et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de l'Alberta

2



Les Premières Nations représentées

- Les 47 communautés des traités no 6, 7 et 8
- Exception de huit communautés du traité no 6, demeurées sous la juridiction du Medicine Chest Clause
- 120 000 Premières Nations (73 700 dans les communautés et 46 700 en dehors des communautés)

3



Objectif du changement de mode de gouvernance

- Améliorer la santé et le bien-être des Premières Nations, dans une perspective de santé holistique, en veillant au respect des budgets convenus, en assurant une redistribution équitable des fonds, et en veillant à l'accroissement de la participation des Premières Nations dans l'analyse, la planification et la gestion des programmes et des services offerts par Santé Canada

4



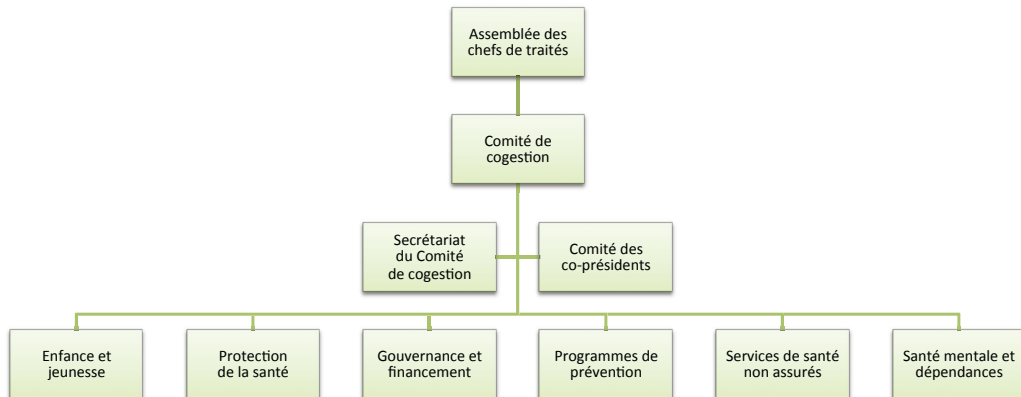
Nouveau mode de gouvernance : caractéristiques

- L'Accord de cogestion a été signé en 1996
- Le Comité de cogestion formé de deux chefs par traité (total de six chefs) et de deux représentants de la DGSPNI prend des décisions fondées sur les recommandations et conseils des sous-comités sur :
 - l'exécution des programmes et la prestation des services, et les ressources requises pour le faire;
 - l'affectation globale des ressources régionales;
 - les questions de santé courantes qui touchent les communautés des Premières Nations.

5



Structure de gouvernance en santé



6



Structure de gouvernance en santé

- Chapeauté par l'Assemblée of Treaty Chiefs de l'Alberta
- Le Comité de cogestion est l'autorité décisionnelle centrale
- Six sous-comités travaillent sur des thèmes spécifiques : enfance-jeunesse, protection de la santé, gouvernance et financement, programmes de prévention, services de santé non assurés, et santé mentale et dépendances

7



Changements apportés : gouvernance locale

Planification de la santé :

- Aucun changement apporté : la DGSPNI agit toujours comme l'instance régionale
- La majorité d'entre elles ne sont pas transférées (transfert de 1989) :
 - quatre communautés sur 47 sont transférées, administrent les programmes de la DGSPNI

Services à la communauté (soins, programmes de prévention et autres) :

- Aucun changement : mêmes programmes et services

8



Changements apportés : gouvernance régionale

- Aucun changement apporté dans l'offre de services et l'accompagnement (services professionnels et développement des compétences); la DGSPNI de l'Alberta agit toujours comme l'instance régionale auprès des Premières Nations en fonction des communautés transférées ou non

9



Gouvernance régionale Ententes/imputabilité

- Le Comité de cogestion n'intervient pas dans le processus de reddition de comptes entre la communauté et la DGSPNI
- Aucun changement apporté : la DGSPNI agit toujours comme l'instance régionale

10



Gouvernance régionale Consultation/participation

- Les chefs membres du Comité de cogestion obtiennent leurs orientations et font état des progrès à l'Assembly of Treaty Chiefs
- Liens en place avec les conseils tribaux « to ensure that health motions continue to progress »
- Le Comité de cogestion, par consensus, prend des décisions fondées sur les recommandations et conseils des six sous-comités

11



Gouvernance nationale Entente fédérale/provinciale

- La province, Alberta Health Service, n'est pas concernée par l'Accord de cogestion
- Les communautés peuvent avoir des ententes spécifiques avec la province
- L'Accord de cogestion est entre les Premières Nations de l'Alberta (sauf les exceptions déjà décrites) et la DGSPNI de l'Alberta

12



Gouvernance nationale - Entente fédérale/provinciale (imputabilité)

- Aucun changement :
 - La DGSPNI agit toujours comme instance régionale
 - Les communautés transférées ont leurs ententes directement avec la DGSPNI de l'Alberta
 - Les mêmes exigences des ententes avant la mise en place de l'Accord de cogestion s'appliquent

13



Wela'lin Meegwetch Tià:wen Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com
Suzie Nepton, Suzie.Nepton@cssspnql.com

RÉSULTATS DE L'ATELIER 1 : L'IMPUTABILITÉ ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES : LE MODÈLE DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES ET LE MODÈLE DE COGESTION DE L'ALBERTA

MODÈLE DU CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective?

- Ils ont leur autonomie, mais ils suivent le même modèle que le Québec (que les CISSS).
- Ils ont leur propre loi (S-5).
- Ils travaillent selon une approche de centralisation.
- Ils ont développé leurs capacités. Beaucoup d'employés et de gestionnaires sont des Cris.
- Leur modèle intègre la santé et les services sociaux (DPJ, adoption coutumière). Ils contrôlent aussi le Programme des soins de santé non assurés.
- Le modèle existe depuis près de 40 ans et est en mouvance.
- La planification stratégique quinquennale regroupant toutes les communautés est un point positif. La reddition de comptes est plus facile lorsque les communautés participent à la planification (indicateurs, objectifs à atteindre, etc.).
- La présidente du conseil d'administration est élue par suffrage universel.
- Le sous-ministre adjoint du MSSS siège au comité de suivi.
- Ils font avancer plusieurs dossiers qui nous servent ensuite. Il faut rester près d'eux pour la suite.
- Les services sont quand même donnés plutôt en fonction de leur culture. Les communautés sont consultées.
- La centralisation des professionnels de la santé est intéressante puisqu'il est difficile pour chaque communauté d'avoir accès à ces ressources.
- Leur autorité en santé (Conseil cri de la santé) est reconnue par la province.

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective? (suite)

- Il semble y avoir un meilleur contrôle de l'offre de services et de la planification stratégique. Cela est peut-être plus facile lorsqu'il s'agit d'une seule et même nation.
- La structure du conseil d'administration est appréciée puisqu'elle permet d'avoir un représentant de chaque communauté qui peut rapporter les besoins locaux.
- Ils parlent de services de guérison pour la jeunesse plutôt que de système de protection de la jeunesse.
- Ils ont des ententes de services avec la province pour l'éducation, ce que nous n'avons pas dans nos écoles.
- Ils ont peu de liens avec AANC, donc moins de ministères avec qui interagir.
- Il y a moins de bureaucratie sur le plan local, ce qui laisse plus de temps pour travailler sur les enjeux.

En quoi ce modèle apparaît-il insuffisant?

- Ce modèle ne concerne qu'une seule nation. Le modèle de gouvernance qui doit être élaboré doit tenir compte du fait que plusieurs nations comprenant des communautés très différentes doivent s'entendre.
 - Les Premières Nations au Québec veulent-elles une élection par suffrage universel pour la présidence du conseil d'administration?
 - L'accord repose sur ce que le Québec désire.
 - Ils doivent suivre toutes les règles et les lois du Québec.
 - La prise de décisions doit inclure toutes les communautés puisque les besoins sont différents.
 - Il semble difficile d'inclure la culture dans les services offerts par les communautés (p. ex. : guérisseur traditionnel) puisque tout est créé à l'échelle régionale. Beaucoup de professionnels dans les communautés sont des allochtones.
 - C'est le modèle québécois. Ce n'est pas une gouvernance crie, mais plutôt un modèle provenant des Québécois.
 - C'est un modèle administratif. Il est difficile de ressentir le pouls de la nation crie et des communautés. L'approche holistique basée sur les déterminants de la santé ne s'y trouve pas.
 - C'est seulement un modèle intégré, ce n'est pas une option.
 - Les obligations administratives des communautés non conventionnées ne sont pas les mêmes.
 - Il y a une absence de planification locale, ce qui peut représenter un enjeu en raison de la diversité des communautés et des nations au Québec.
 - Chaque communauté de la nation crie a un profil semblable, ce qui n'est pas le cas des communautés non conventionnées. Il est logique qu'ils aient une même planification stratégique pour toutes leurs communautés.
 - La relation de nation à nation avec le gouvernement fédéral est manquante dans ce modèle.
 - Il ne semble pas y avoir eu de changement de l'état de santé dans les 40 dernières années.
 - Les Cris ont donné à la province accès à leur territoire.
-

MODÈLE DE COGESTION DE L'ALBERTA

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective?

- La mise en place des six sous-comités est intéressante. Des décisions éclairées peuvent être prises à la lumière des recommandations émises par ces comités.
- Ce modèle pourrait servir de modèle de base pour la transition et de modèle de transfert d'expertise.
- L'engagement des chefs dans ce modèle est un point positif.
- Les Premières Nations et la DGSPNI travaillent ensemble et discutent de la prise de décisions. Leurs processus semblent transparents.

En quoi ce modèle apparaît-il insuffisant?

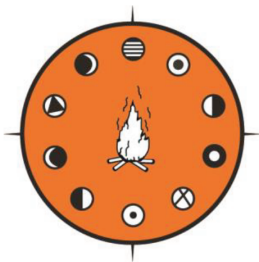
- Il n'y a pas de changement concernant la gouvernance locale.
- Les Premières Nations de l'Alberta sont divisées en trois traités, ce qui est très différent des Premières Nations au Québec.
- En Alberta, il est souhaité que le gouvernement conserve toute sa responsabilité envers les Premières Nations. Il y a beaucoup d'avantages à ce que les communautés soient transférées.
- Peu d'avantages sont perçus dans la cogestion.
- Les Premières Nations de l'Alberta sont encore sous le contrôle d'une organisation externe.
- Pour qu'il y ait du changement, ça prend un plan d'action à long terme.
- Il ne semble pas y avoir de progrès ni de plan pour aller plus loin. Les Premières Nations n'ont pas plus de contrôle.
- Il y a seulement des chefs qui siègent au comité de cogestion. Il devrait aussi y avoir des experts du terrain.
- Ils ont encore beaucoup de problèmes de santé non réglés, notamment concernant les dépendances et la santé mentale. L'évaluation réalisée démontre la même réalité.
- En Alberta, il y a trop de chefs impliqués et il n'y a pas suffisamment de directeurs et de gestionnaires. Ça prend les deux.
- Il n'y a pas de portrait global puisque la province n'est pas impliquée.
- Il faut une vision axée sur les déterminants sociaux de la santé.
- Très peu de communautés sont transférées. C'est peut-être le modèle le plus simple à gérer pour la DGSPNI.
- La cogestion ne peut pas fonctionner pour les Premières Nations au Québec.
- On ne voit pas l'implication ni la prise de décisions des communautés. Il y a un manque de vision.
- Les Premières Nations au Québec souhaitent être plus indépendantes et parties prenantes dans la prise de décisions et dans la définition des besoins. Elles souhaitent aussi que l'opinion des membres soit prise en compte.
- Il faut mettre l'accent sur la différence et les enjeux de notre région. Ce modèle est une copie de Santé Canada.
- Tant et aussi longtemps que les Premières Nations n'auront pas une indépendance financière envers le gouvernement, elles n'auront pas d'indépendance réelle.
- Les cultures locales ne semblent pas prises en compte.

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle apparaît-il insuffisant? (suite)

- _ Il faut limiter les étapes et les nombreuses discussions entre différentes instances. Ce qu'on veut, c'est un transfert complet de responsabilité.
 - _ La politique occupe une trop grande place dans le modèle.
 - _ La mise en place de sous-comités semble créer des silos et limiter l'établissement d'une vision holistique.
 - _ Il est difficile d'avoir un mode de gouvernance conférant plus d'autonomie aux communautés non transférées.
 - _ Ce sont uniquement les programmes de la DGSPNI qui sont appliqués.
 - _ Il n'y a pas de lien avec la province ni avec AANC.
 - _ La reddition de comptes est inchangée.
-

MOTION ADOPTÉE
PAR LES CHEFS DE L'APNQL
CONCERNANT LE PROTOCOLE
D'ENTENTE TRIPARTITE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX



**Assemblée des Premières Nations
Québec–Labrador**

250, Place Chef Michel Laveau, bureau 201
Wendake (Québec) G0A 4V0
Tél. : 418-842-5020 • Téléc. : 418-842-2660
www.apnql-afnql.com

**Assembly of First Nations
Quebec-Labrador**

250, Place Chef Michel Laveau, Suite 201
Wendake, Quebec G0A 4V0
Tel.: 418-842-5020 • Fax: 418-842-2660
www.apnql-afnql.com

**ASSEMBLÉE DES CHEFS DE L'APNQL
13, 14 ET 15 JUIN 2017
TROIS-RIVIÈRES, QUÉBEC**

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

**MOTION : PROJET DE PROTOCOLE D'ENTENTE DANS LE CADRE DU PROCESSUS DE
GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX**

Les chefs de l'APNQL autorisent le chef régional à signer un protocole d'entente qui vise à engager officiellement les gouvernements fédéral et provincial à aborder des sujets portant sur la santé et les services sociaux. Les sujets en question concernent les droits ancestraux et issus de traités, les compétences et la prise de décisions sous l'angle de la gouvernance et toujours dans l'esprit d'affirmer et de mettre en œuvre l'autodétermination des Premières Nations, peu importe leur lieu de résidence.

Il est entendu que la présente motion n'affecte en rien le processus de gouvernance par la Nation atikamekw.

*Proposée par : Chef Darcy Gray, Listuguj
Appuyée par : Grand chef Serge Simon, Kanesatake
Adoptée par consensus le 13 juin 2017, à Trois-Rivières*

LE GRAND CERCLE DE NOS PREMIÈRES NATIONS – THE GREAT CIRCLE OF OUR FIRST NATIONS

TABLEAU
PRISE DE DÉCISIONS
DANS LE CONTEXTE ACTUEL
OÙ LA DGSPNI ET AANC
SONT LES INSTANCES RÉGIONALES



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

Prise de décisions dans le contexte actuel où la DGSPNI et AANC sont les instances régionales

BILAN	Mode souhaité pour tenir compte de l'opinion des Premières Nations	Actions retenues Rencontre du Réseau des directeurs de santé le 26 avril 2017
<p>Voici des éléments soulevés par les participants lors de la dernière rencontre régionale de mars 2017 qui visent les <u>défis rencontrés</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les ministères semblent plus intéressés par leur imputabilité envers le gouvernement qu'envers les Premières Nations. ▪ La consultation des Premières Nations se fait sur une base occasionnelle et non régulière. ▪ Les ministères ont adopté une approche paternaliste avec les Premières Nations, ce qui les rend dépendantes. ▪ Les Premières Nations sont informées des décisions, mais elles ne sont pas consultées pour les prendre. ▪ L'accès au financement additionnel se fait par appel de propositions. ▪ Les besoins, les réalités et les particularités géographiques et sociopolitiques des communautés ne sont pas pris en compte dans la prise de décisions. 	<p>Voici des éléments soulevés par les participants lors de la dernière rencontre régionale de mars 2017 qui visent <u>dés modifications aux systèmes actuels</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le <i>status quo</i> est inacceptable. ▪ Les ministères doivent être imputables aux Premières Nations. ▪ Les Premières Nations doivent proposer des actions, ne plus attendre et être proactives. ▪ Il faut se consulter entre nous et ensuite faire la démarche auprès des ministères. ▪ Il y a des différences entre les communautés et organisations, mais cela n'empêche pas les Premières Nations de s'unir pour en arriver à un positionnement commun. ▪ Les Premières Nations doivent analyser leurs forces et bâtir sur les capacités des communautés. ▪ Il faut agir dès maintenant et avoir plus de pouvoir. ▪ Les Premières Nations doivent également influencer les décisions prises au niveau national puisque les politiques viennent de cet ordre de gouvernement. ▪ Tous les éléments nécessaires à la prise de décisions doivent être connus par les communautés. ▪ Il faut trouver un processus qui ralliera toutes les communautés. La CSSSPNQL peut représenter cette voix. Son rôle de défense des intérêts pourrait être renforcé. 	<p>Un cycle de planification réciproque et conjoint doit être mis en place entre les directeurs de santé (représentants des Premières Nations en santé et services sociaux), la DGSPNI et AANC.</p> <p>Quoi :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ce cycle doit inclure plusieurs sujets tels que la planification des priorités annuelles, la planification budgétaire, les nouvelles initiatives, les nouveaux budgets; une liste des sujets d'intérêt devra être dressée. ▪ La planification de la santé et du mieux-être des communautés doit se faire en parallèle. ▪ Transparence : l'information doit être complète et inclure les budgets en immobilisation, les sommes disponibles pour les situations d'urgence ou de crise ou autres. ▪ Il faudra penser à inclure certains éléments de la planification de la province de Québec qui pourraient avoir une incidence sur la planification des activités des communautés (p. ex. : santé publique). <p>Comment :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les processus de communication devront être établis pour appuyer le cycle de gestion. ▪ Le processus de prise de décisions devra être clarifié afin d'y inclure les Premières Nations. ▪ Des sessions de travail conjointes avec la DGSPNI et AANC et avec les représentants en santé et services sociaux des communautés devront être planifiées.

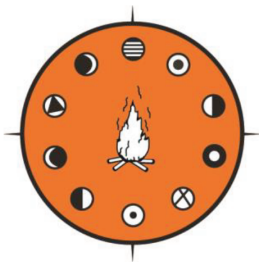


BILAN	Mode souhaité pour tenir compte de l'opinion des Premières Nations	Actions retenues Rencontre du Réseau des directeurs de santé le 26 avril 2017
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les communautés ne connaissent pas les gens des ministères, et cette méconnaissance est réciproque. Il est plus facile d'influencer les décisions lorsqu'on connaît les gens. ▪ Les ministères ne reconnaissent pas les connaissances et les compétences des Premières Nations. ▪ Les Premières Nations n'ont pas toutes les informations nécessaires pour prendre des décisions éclairées. ▪ On apprend souvent à retardement que des fonds ont été accordés. Il y a un manque de communication. Il y a aussi une mauvaise circulation de l'information lorsque des changements sont apportés à la structure des ministères. ▪ Lorsqu'on demande aux communautés de prendre une décision, elles ont peu de temps pour le faire, et les critères ne correspondent pas à leurs façons de faire. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Il ne faut pas créer de nouvelles entités à court terme. ▪ Il faudra des experts qui pourront soutenir les communautés dans leur prise de décisions. ▪ Un changement doit être fait dans les prochains 3 à 6 mois. ▪ La clarification des rôles et des responsabilités de chacun est nécessaire. ▪ Il y a une possibilité de revoir le mandat du Réseau des directeurs de santé pour que les directeurs puissent prendre des décisions. Les décisions prises par le Réseau devraient ensuite être rapportées aux chefs, selon le cas. Pour cela, l'autorité de prendre des décisions doit être déléguée aux directeurs par les chefs. ▪ Dans les communautés, le pouvoir de prendre des décisions est présentement détenu par les chefs. Ce sont donc eux qui doivent être assis à la même table que le gouvernement. ▪ Il doit y avoir plus d'occasions d'échanges entre les chefs et les directeurs pour qu'ils aient une vision semblable. Le porteur du dossier de la santé devrait assister aux rencontres du Réseau des directeurs. ▪ Les chefs doivent avoir suffisamment de connaissances pour prendre des décisions éclairées. ▪ Il est proposé que les Premières Nations soient représentées au niveau régional par trois personnes. ▪ Les Premières Nations doivent se doter d'un plan stratégique et développer une vision commune. ▪ Les Premières Nations doivent être présentes dans les différents comités des ministères. ▪ On peut utiliser davantage les technologies de l'information pour accroître la circulation de l'information et le partage des expertises. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Des rencontres régulières doivent être planifiées en fonction des jalons (dates charnières) dans le cycle de planification réciproque. ▪ La relation avec la DGSPNI au niveau régional permet une certaine flexibilité : il faudra tenir compte de cette opportunité. <p>La DGSPNI et AANC doivent soumettre annuellement aux directeurs de santé (représentants des Premières Nations en santé et services sociaux) un rapport annuel faisant état, entre autres, des résultats atteints et des dépenses :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un rapport intermédiaire devrait être déposé et discuté à la moitié de l'année; permettrait un réajustement des priorités et du financement en fonction des besoins et des résultats. ▪ Les informations nécessaires à être transmises dans ces rapports annuels devront être dégagées. ▪ La province de Québec devrait aussi soumettre un rapport annuel en santé et services sociaux pour les Premières Nations au Québec. <p>Pour assurer la mise en œuvre des actions mentionnées ci-dessus, il est convenu de ne pas mettre en place une autre structure ou un autre groupe de travail pour le moment. Le Réseau des directeurs de santé des communautés des Premières Nations du Québec reverra ses termes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revoir son mandat, sa composition (inclure les représentants des services sociaux en ce qui concerne la planification réciproque), ses rôles et ses responsabilités. ▪ Revoir le but et les objectifs des rencontres. ▪ Revoir le déroulement des rencontres en fonction des buts et objectifs : une journée pour transmettre l'information, une journée pour les échanges et la réflexion et une demi-journée pour les décisions et suivis des actions ou décisions.



BILAN	Mode souhaité pour tenir compte de l'opinion des Premières Nations	Actions retenues
	<ul style="list-style-type: none">Il faut s'assurer que toutes les nations sont parties prenantes et représentées. Par contre, il faut respecter les nations qui veulent représenter leurs propres intérêts.	Rencontre du Réseau des directeurs de santé le 26 avril 2017 Il est convenu que le 13 juin prochain, lors de la rencontre avec les chefs dans le cadre du processus de gouvernance en santé et en services sociaux des Premières Nations au Québec, Marjolaine Sioui, directrice générale de la CSSSPNQL, présentera les actions retenues aux chefs.

MOTION ADOPTÉE
PAR LES CHEFS DE L'APNQL
CONCERNANT
LE PROCESSUS DÉCISIONNEL
POUR LE MODE ACTUEL



**Assemblée des Premières Nations
Québec-Labrador**

250, Place Chef Michel Laveau, bureau 201
Wendake (Québec) G0A 4V0
Tél. : 418-842-5020 • Téléc. : 418-842-2660
www.apnql-afnql.com

**Assembly of First Nations
Quebec-Labrador**

250, Place Chef Michel Laveau, Suite 201
Wendake, Quebec G0A 4V0
Tel.: 418-842-5020 • Fax: 418-842-2660
www.apnql-afnql.com

**ASSEMBLÉE DES CHEFS DE L'APNQL
13, 14 ET 15 JUIN 2017
TROIS-RIVIÈRES, QUÉBEC**

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL

MOTION : PROCESSUS INTÉrimAIRE DE PRISE DE DÉCISIONS EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

À maintes reprises, et ce, depuis plusieurs années, les représentants des Premières Nations ont manifesté leur profond désaccord quant aux processus décisionnels de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) et d'Affaires autochtones du Nord Canada (AANC).

Les chefs de l'APNQL appuient les actions proposées par la CSSSPNQL. Les Premières Nations entameront des discussions avec la DGSPNI et AANC afin d'élaborer un cycle de planification, réciproque et conjoint. Les actions proposées permettent une pleine implication des Premières Nations dans la prise de décisions, et ce, jusqu'à ce qu'un modèle de gouvernance en santé et en services sociaux respectueux des droits et de la culture des Premières Nations soit adopté formellement et mis en œuvre par les Premières Nations.

Proposée par : Chef Lance Haymond, Kebaowek

Appuyée par : Cheffe Adrienne Jérôme, Lac Simon

Oppositions : 3

Adoptée le 13 juin 2017 à Trois-Rivières

LE GRAND CERCLE DE NOS PREMIÈRES NATIONS – THE GREAT CIRCLE OF OUR FIRST NATIONS

PRÉSENTATION DU MODÈLE DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (POWERPOINT)





Objectif de la présentation

- Présenter le modèle de gouvernance en santé du First Nations Health Authority (FNHA) de la Colombie-Britannique

2



Premières Nations représentées

- 203 communautés de Premières Nations (61 374 dans les communautés; 71 313 hors communautés)
- « La plupart des Premières Nations de la Colombie-Britannique n'ont jamais signé de traités, ce qui fait de la négociation de traités modernes une entreprise extrêmement compliquée. »
- 5 régions administratives

3



Objectif du changement de mode de gouvernance

L'objectif était de réformer la façon dont les soins de santé étaient administrés aux Premières Nations en créant une organisation, indépendante et sans but lucratif, gouvernée par les Premières Nations et à leur service, permettant d'intégrer leur vision et leurs valeurs et, ultimement, de réduire l'écart de santé avec le reste de la population.

4



Nouveau mode de gouvernance : caractéristiques

- Fondé en 2013; relation tripartite entre les Premières Nations, le gouvernement fédéral (Santé Canada) et la province de la Colombie-Britannique (ministère de la Santé).
- La FNHA administre tous les programmes et les services auparavant gérés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) – région de la Colombie-Britannique.
- Les services offerts par le gouvernement de la Colombie-Britannique en vertu du *Medicare Protection Act* restent sous la responsabilité de la province et de ses autorités sanitaires régionales.

5

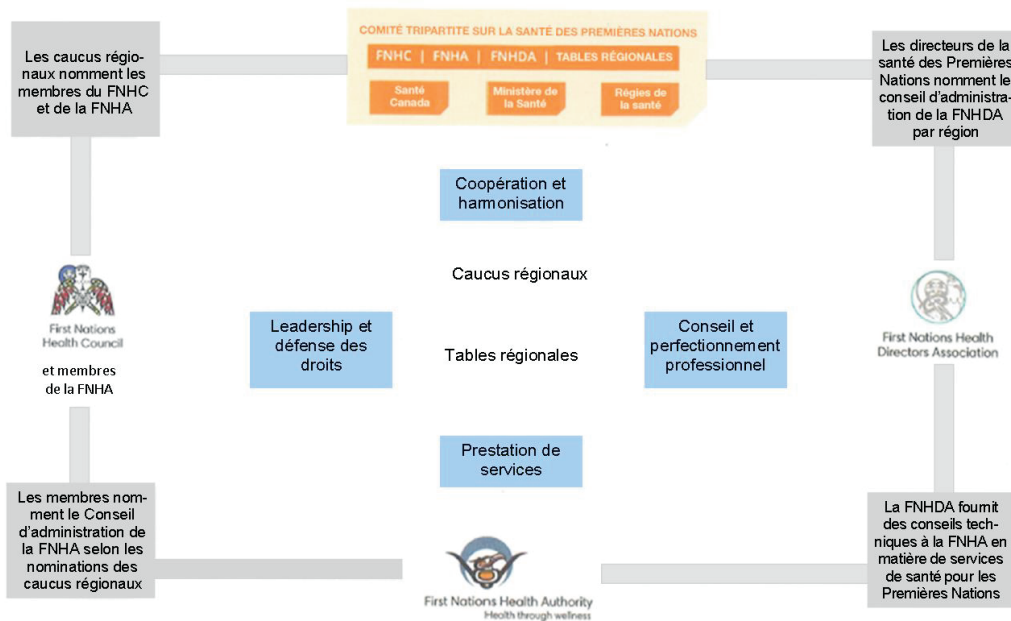


FIGURE 1 : STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE



Structure de gouvernance en santé

- First Nations Health Authority (FNHA)
 - Gestion et leadership opérationnel (bureau central et 5 bureaux régionaux)
 - Mise en œuvre des plans de santé
 - Prestation et financement des programmes de santé
- First Nations Health Council (FNHC)
 - Gouvernance et leadership politique
- First Nations Health Directors Association (FNHDA)
 - Perfectionnement professionnel, conseiller technique
- Tripartite Committee on First Nations Health (TCFNH)
 - Collaboration entre les Premières Nations, la province et le fédéral



Gouvernance locale

- Planification de la santé
 - La planification de la santé est l'élément essentiel pour assurer la gouvernance locale en santé. Cette planification est toujours en lien avec le financement, et chaque communauté établit son plan.

- Services à la communauté (soins, programmes de prévention et autres)
 - Accompagnement dans les communautés pour améliorer la planification en santé.
 - Accompagnement pour assurer l'amélioration des services de santé.

8



Gouvernance régionale Accompagnement

- Services offerts
 - Certains services sont offerts à l'échelle régionale compte tenu du nombre de communautés (tables régionales).

- Services professionnels
 - Maintien de mêmes services tels qu'ils sont assurés par la DGSPNI avant la signature de l'entente.

- Développement des compétences
 - Assurer l'amélioration de la qualité des services dans les communautés et les 5 régions.

9



Gouvernance régionale Ententes/imputabilité

- Ententes de financement avec les communautés basées sur l'historique (avec la DGSPNI) avant le transfert à la FNHA avec une indexation annuelle :
 - Rapport annuel remis par chaque communauté à la FNHA
 - Certains rapports spécifiques sont exigés (par exemple : l'immunisation).

10



Gouvernance régionale Rupture de services (crise financière)

- Visites sur place (cycle en place)
- Vérification interne
- Beaucoup d'échange d'information et maintien constant de la relation entre la communauté et la FNHA (bureau régional)
- Collabore avec AANC s'il y a des enjeux de financement (gestion des manquements)

11



Gouvernance régionale Consultation/participation

- Chaque bureau régional (5) a son directeur régional et son agent de liaison
- Chaque bureau régional a ses tables régionales et ses caucus régionaux
- Chaque région a ses processus de mobilisation auprès des communautés
- L'association des directeurs de santé FNHDA : expertise-conseil en santé pour la FNHA et le FNHC

12



Gouvernance nationale Entente fédérale/provinciale

- Le financement provincial est transmis au fédéral et l'entente de financement est entre le fédéral et la FNHA
- Tripartite Committee on First Nations Health (TCFNH)
 - Permet la coordination et l'alignement des efforts de programmation et de planification de la FNHA, des autorités de santé des 5 régions de la province, du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et de Santé Canada

13



Gouvernance nationale Entente fédérale/provinciale (imputabilité)

- La FNHA remet à la DGSPNI nationale
 - Plan quinquennal
 - Plan stratégique annuel
 - Rapport annuel
- Évaluation aux 5 ans est exigée (effectuée par le vérificateur général du Canada)
- Rencontres de suivi trimestrielles avec la DGSPNI nationale : une avec le sous-ministre adjoint et une autre avec la directrice générale de la planification

14



Wela'lin Meegwetch Tià:wen
Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse : placasse@cssspnql.com
Suzie Nepton : Suzie.Nepton@cssspnql.com

15

RÉSULTATS DE L'ATELIER 2 : L'IMPUTABILITÉ ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES : LE MODÈLE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE (FNHA)

PREMIÈRE PARTIE DÉTERMINER LES FORCES ET LES FAIBLESSES DE CE MODÈLE

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective?

- Les communautés sont regroupées en cinq grandes régions. Au Québec, il pourrait y avoir une division par nation.
 - Le même modèle régional pourrait être appliqué, mais avec des particularités pour chaque nation.
 - Ils ont mis en place un processus leur permettant de travailler ensemble.
 - Ils sont à l'écoute des besoins de chaque communauté.
 - Il y a beaucoup de documentation disponible sur leur modèle. Les Premières Nations au Québec peuvent apprendre d'eux.
 - Le rôle des directeurs est plus grand. Ils misent sur l'expertise et la consultation des directeurs est très présente.
 - Les mesures sont adaptées en fonction de la réalité des Premières Nations et des normes provinciales.
 - Les règles de financement semblent plus simples et la reddition de comptes allégée.
 - La mise en place d'un comité tripartite permet de concerter les actions de toutes les parties.
 - C'est un modèle qui rejoint davantage les Premières Nations au Québec, car la gouvernance locale est plus présente et de l'accompagnement est offert aux communautés.
 - La représentation par région permet de représenter la diversité des nations.
 - Le rôle des comités est intéressant et le fait qu'il y ait des représentants des autres secteurs est aussi intéressant (p. ex. : habitation, sécurité publique). Cela rejoint l'approche des déterminants de la santé et l'approche holistique de la santé. Ce ne sont pas seulement les services de santé qui peuvent contribuer au mieux-être.
 - Le principe de la responsabilité réciproque, où chacun est responsable de ses décisions, est intéressant.
 - Il y a plusieurs instances et entités responsables qui doivent contribuer à l'amélioration de la santé.
-

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective? (suite)

- Les objectifs permettent de mettre les valeurs des communautés de l'avant.
- L'accompagnement local est un point fort pour les communautés.
- Ce n'est pas un traité et il y a une ouverture de la part des deux partenaires (fédéral et provincial).
- Lorsqu'il y a un enjeu financier, il semble y avoir une possibilité d'accompagnement.
- Les Premières Nations ont souvent l'impression que Santé Canada ne reconnaît pas ce qu'elles ont à dire, alors que, dans ce modèle, l'expertise des Premières Nations semble reconnue.
- Ils tiennent compte de l'historique de financement des communautés (la question financière est toujours une préoccupation pour les communautés). Il faut bien prévoir pour ne pas créer d'écart dans le financement des communautés. Il faut partir de là où chaque communauté se trouve.
- On voit dans ce modèle l'affirmation des Premières Nations; elles s'imposent et n'attendent pas après les gouvernements.
- La structure n'est pas hiérarchique (comme pour la province de Québec). Le modèle en cercle avec les acteurs au centre est intéressant et rejoint plus les Premières Nations qu'un modèle *top-down*.

En quoi ce modèle apparaît-il insuffisant?

- Ils doivent rapporter annuellement au gouvernement ce qui semble copier une approche qui ne reflète pas les Premières Nations. Il y a un désir d'avoir une relation de nation à nation, mais le fait de soumettre des rapports place encore les Premières Nations sous le contrôle du gouvernement.
 - Il y a beaucoup de restrictions et de limites dans leur modèle.
 - Il faut décoloniser la façon de penser et se gouverner selon notre façon de faire.
 - Ils n'ont pas beaucoup de traités.
 - Ils ont pris en charge la DGSPNI, mais ils continuent à faire comme avant. C'est une leçon à apprendre.
 - L'apport des communautés semble plus grand, mais la structure est complexe. Cela peut entraîner une lenteur des liens de communication entre le niveau régional et le niveau local.
 - L'idée de commencer par du financement basé sur l'historique est bonne, mais cela peut ne pas convenir aux besoins de certaines communautés.
 - Il manque une approche holistique combinant la santé et les services sociaux (mieux-être). Pour les Premières Nations au Québec, il faudrait intégrer cette approche tout de suite. Sinon, il y a une crainte de créer des silos.
 - Les Premières Nations doivent encore produire des rapports spécifiques. Pourtant, les petites communautés peuvent faire un seul rapport qui intègre l'ensemble de leurs activités (éviter de faire plusieurs petits rapports dont les dates de remise sont différentes). Il est souhaité de produire un seul rapport annuel en lien avec du financement global.
-

DEUXIÈME PARTIE

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LA FORMULATION DE LIGNES DIRECTRICES POUR LE MODÈLE DE GOUVERNANCE EFFECTIVE

- L'approche par sous-comités, comme dans le modèle de l'Alberta, est intéressante.
- Il faut créer quelque chose dont tout le monde pourra bénéficier, selon les besoins de chaque communauté. On doit mettre en place un processus ensemble.
- Le processus de prise de décisions doit donner les moyens pour que les communautés puissent prendre des décisions qui répondent aux besoins locaux. Les décisions ne doivent pas être imposées, ni les programmes.
- Considérant la diversité des communautés, la prise de décisions doit permettre une grande flexibilité aux communautés en fonction de leurs besoins.
- Il faut mettre en place un pouvoir décisionnel au niveau des nations (regroupement des communautés par nation). La DGSPNI a séparé le Canada en régions. Il faut faire des regroupements en fonction des territoires traditionnels des nations.
- Il faut développer les capacités de chaque communauté.
- La prise en charge des responsabilités doit être vue comme une étape s'échelonnant sur une période. Il faut former les gens pour garder le modèle.
- Les Premières Nations doivent être imputables à leurs populations et non aux bailleurs de fonds (gouvernement fédéral). Le concept de la responsabilité réciproque utilisé en Colombie-Britannique est intéressant.
- Au Québec, les Premières Nations ont déjà un niveau élevé d'autonomie. Il faut bâtir là-dessus.
- Il est important de simplifier la question du financement et de faire connaître les besoins des Premières Nations à la province.
- Des mécanismes doivent être créés pour résoudre les situations de crise.
- L'instance régionale doit définir les besoins particuliers et financer adéquatement.
- Il faut assouplir les structures régionales pour éviter les charges administratives liées au fonctionnement.
- L'instance régionale doit jouer un rôle de soutien auprès des communautés et jouer un rôle dans la résolution des conflits.
- Il doit y avoir une planification régionale élaborée à partir des éléments définis localement.
- Il faut informer les communautés des fonctions gouvernementales ainsi que des éléments et des enjeux relatifs aux programmes gouvernementaux.
- Il faut dresser le portrait des besoins et des services en santé et connaître l'engagement de la province à y répondre.
- Il faut miser sur le développement des capacités et des compétences.
- Il est trop tôt pour définir la représentation des communautés à l'échelle régionale.

- La gouvernance locale doit définir les besoins, les priorités et les services, en plus de décider des dépenses.
- Il faut une instance centralisée comprenant des sous-comités régionaux parce qu'il y a beaucoup de différences entre chaque communauté. D'un autre côté, il ne doit pas y avoir trop de personnes autour de la table.
- Il faut tenir compte de la réalité de chaque communauté.
- Les consultations locales sont très importantes.
- Les CISSS et les CIUSSS ne doivent pas être oubliés dans le processus. L'information ne se rend pas toujours à eux. Il faut des tables régionales où ils sont inclus. Certains services sont fournis par ces organisations. Il faut s'assurer qu'ils connaissent bien nos besoins et nos structures.
- Il faut donner une place aux communautés éloignées.
- Il faut prendre des éléments des différents modèles de gouvernance qui existent.

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE (POWERPOINT)





Objectifs de la présentation

- Le but de l'Association des directeurs de santé des Premières Nations dans la FNHA de la Colombie-Britannique
- L'apport de l'Association des directeurs
 - aux membres
 - aux communautés
- Le rôle de l'Association des directeurs dans le modèle de gouvernance

2



Le but de l'Association des directeurs de santé des Premières Nations (FNHDA)

Besoin d'une association professionnelle :

- Avant l'entente tripartite, les directeurs de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique ont senti le besoin de se regrouper en association professionnelle dont le but serait avant tout de soutenir les directeurs de santé dans leurs fonctions.
- Plusieurs besoins :
 - combattre l'isolement
 - partager l'expérience
 - améliorer leur pratique

3



L'apport de la FNHDA aux membres : *la professionnalisation*

- Que veut dire « professionnaliser » ?
Quatre critères :
 - Les connaissances spécialisées requises pour faire les activités
 - L'autonomie des personnes dans l'exercice des activités
 - Le degré de confiance nécessaire pour assurer la réussite des activités
 - Les préjudices que peuvent causer des manquements dans l'exercice des activités
- Pour assurer la professionnalisation :

« Fournir du perfectionnement professionnel, de la formation, du réseautage et des services de soutien aux directeurs de la santé pour favoriser leur mieux-être et leur réussite dans leurs rôles communautaires et leur permettre de participer à l'amélioration de l'ensemble du réseau de santé. »

« Maintenir des normes fonctionnelles élevées... »

4



L'apport de la FNHDA aux membres : *la professionnalisation (suite)*

- Plan de formation 2015-2018; domaines prioritaires de la formation des directeurs :
 1. Planification de la santé et du mieux-être des communautés
 2. Programmes et services de santé communautaires, connaissances en santé et mieux-être
 3. Compétence culturelle et sécurité culturelle
 4. Communication
 5. Gestion financière
 6. Ressources humaines
 7. Gouvernance, transformation et leadership en santé communautaire

5

L'apport de la FNHDA aux communautés

Soutenir les directeurs de santé dans les communautés :

- Assurer de façon continue l'amélioration des services de santé
- Développer des outils pour faciliter le travail des directeurs dans leur communauté
- Favoriser le partage d'expérience afin de soutenir les directeurs dans la conduite des activités
- Aider à intégrer de nouveaux directeurs dans leurs fonctions
- Offrir un programme pour contrer l'épuisement professionnel

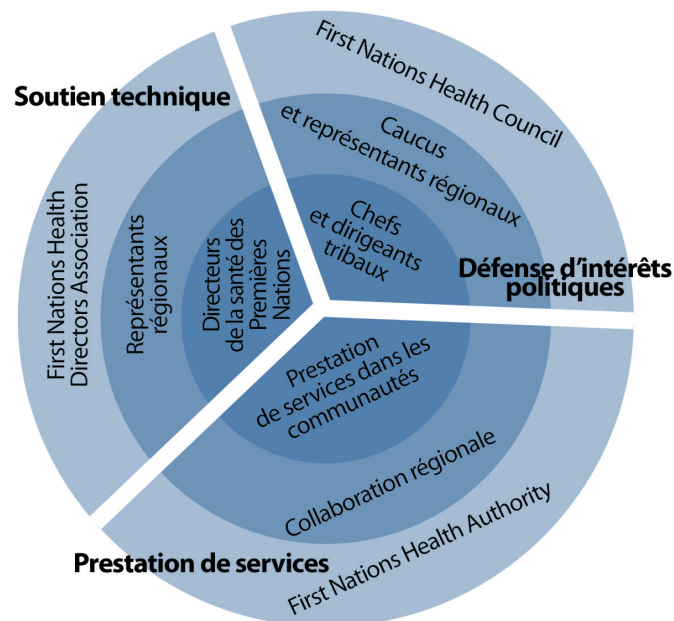
6

Rôle de la FNHDA dans le modèle de gouvernance en santé

First Nations Health Council (FNHC) :
Instance politique de défense des intérêts des Premières Nations

First Nations Health Authority (FNHA) :
Instance régionale de prestation de services

First Nations Health Directors Association (FNHDA) :
Instance régionale de soutien technique auprès du FNHC et de la FNHA



7



Le rôle de la FNHDA dans le modèle de gouvernance

- Développer une expertise propre aux Premières Nations sur l'ensemble des problématiques en santé dans les communautés.
- Agir comme organisme conseil auprès de la FNHA, notamment dans la révision des programmes et des services.
- Agir comme organisme conseil auprès du FNHC, notamment pour soutenir des demandes politiques pour répondre aux besoins en santé des communautés.

8



Wela'lin Meegwetch Tià:wen
Nià:wen Tshi Nashkumitin

9

RÉSULTATS DE L'ATELIER 3 : L'ASSOCIATION DES DIRECTEURS

PREMIÈRE PARTIE DÉTERMINER LES FORCES ET LES FAIBLESSES

ÉLÉMENTS DE RÉPONSE

En quoi ce modèle pourrait-il inspirer notre modèle de gouvernance effective?	<ul style="list-style-type: none">– Il faut un regroupement des directeurs de la santé et des services sociaux.– Il est important qu'un groupe pouvant prendre des décisions et agir soit en place, pas seulement pour être consulté.– Cette association des directeurs offre du soutien technique et permet de transmettre de l'expertise aux nouveaux directeurs.– L'association permet de briser l'isolement et de développer les compétences des directeurs.– Il y a des ressemblances avec le Réseau des directeurs de la santé (RDS) des Premières Nations au Québec, mais les directeurs de la Colombie-Britannique semblent avoir plus de responsabilités.– Cette association est reconnue auprès des décideurs.– Les directeurs de la santé sont les personnes les plus au fait des besoins des communautés.– Ils ont établi un plan de formation comprenant les compétences culturelles. Des outils qui ont été créés pourraient servir de modèles pour les Premières Nations au Québec.
En quoi ce modèle apparaît-il insuffisant?	<ul style="list-style-type: none">– Il n'y a pas un besoin de créer une association professionnelle.– Ce genre d'association pourrait devenir trop bureaucratique.– Il y a déjà beaucoup d'ordres professionnels au Québec.– Le RDS actuel joue déjà ce rôle.– La majorité des communautés détiennent les compétences nécessaires.– En Colombie-Britannique, l'association semble être un « club exclusif », alors qu'au RDS, tout le monde est bienvenu.– La structure actuelle de gouvernance repose sur le soutien offert par la CSSSPNQL.– Une association nationale ayant élaboré un cadre de compétences comprenant des indicateurs existe déjà. La professionnalisation se fait déjà par l'intermédiaire de cette association nationale.– Les communautés anglophones ont déjà en place une coalition.– Il faut pousser plus loin les instances existantes, adopter une approche holistique et faire valoir nos propres façons de faire.– Il faut que tous les directeurs travaillent ensemble (directeurs de la santé, directeurs des services sociaux et directeurs des centres de traitement).– Tous les directeurs (santé, services sociaux, centres de traitement) doivent recevoir les mêmes formations afin que tous puissent renforcer leurs capacités.

DEUXIÈME PARTIE

ÉLÉMENTS À PRENDRE EN CONSIDÉRATION POUR LA FORMULATION DE LIGNES DIRECTRICES POUR LE MODÈLE DE GOUVERNANCE EFFECTIVE

- Il y a un souhait de s'appuyer sur le RDS existant et de ne pas créer une nouvelle entité.
- Il faut revoir la composition du RDS afin d'y inclure les directeurs de la santé, les directeurs des services sociaux et les directeurs des centres de traitement.
- Il faut miser sur le développement des capacités ainsi que l'intégration et le soutien offert aux nouveaux directeurs.
- Les directeurs doivent être appuyés dans leur prise de décisions.
- Il faut éviter de créer d'autres instances autour de la nouvelle autorité en santé.
- On doit miser sur le développement de programmes au lieu de créer constamment de nouveaux projets.
- La nouvelle autorité en santé doit compter des représentants de chaque nation, des représentants des chefs et des représentants du RDS.
- Le nouveau modèle de gouvernance pourrait d'abord être cogéré et devenir ensuite une autorité en santé.
- L'autorité en santé doit se rapporter directement aux communautés.
- L'autorité en santé doit décider quelles décisions le RDS peut prendre.
- La CSSSPNQL doit continuer à offrir du soutien technique aux communautés.
- Il faut améliorer les liens avec le réseau québécois.
- La composante de la gestion du changement doit être réfléchie.
- Il est important de donner accès aux formations à tous les directeurs (il doit y avoir une formation minimale).
- Le RDS doit être plus stratégique et discuter davantage des besoins des communautés.
- Il faut tenir compte des professionnels présents dans chaque communauté, y compris les guérisseurs traditionnels.
- Il faut clarifier les rôles et les responsabilités de chaque organisation.
- Il faut réfléchir à l'inclusion des Cris et des Inuits et aux partenariats qui peuvent être créés avec ces nations. Toutes les nations au Québec devraient travailler comme une seule grande nation.
- La CSSSPNQL doit être plus impliquée dans l'intégration des nouveaux directeurs et devrait être plus présente dans les communautés.
- Le RDS devrait tenir plus de rencontres dans les communautés. Cela permettrait d'inviter les membres des communautés et les intervenants comme observateurs.
- La planification des activités (plan de santé) doit être faite à l'interne. Il faut aller chercher l'opinion de la population.
- Il faut partager l'expérience détenue par les directeurs du RDS. Les directeurs de l'éducation n'ont pas ce genre de réseau.

- Chaque communauté a une structure interne propre. On ne peut pas copier ce que les autres font.
- Il faut rechercher une stabilité dans les postes de directeurs de la santé.
- Le RDS consacre beaucoup de temps à la formation, ce qui laisse peu de temps aux discussions et à la prise de décisions.
- Le RDS doit avoir comme rôle de donner des avis techniques à la nouvelle autorité et de continuer à développer les compétences des directeurs.
- La fonction de directeur de la santé est une grosse responsabilité, même dans les petites communautés. L'administration représente une grande partie du travail, ce qui limite le temps dédié à l'amélioration de la santé de la population.
- Les directeurs de la santé ne sont pas des experts dans toutes les sphères qui touchent la santé. Il faut miser sur le renforcement de leurs capacités et le soutien des professionnels travaillant dans les communautés.

UNE GOUVERNANCE REPENSÉE ET FAVORABLE À L'AUTODÉTERMINATION

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

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

Le processus est guidé par la vision adoptée par les chefs de l'APNQL en 2014 :
Par notre autodétermination, une approche globale concertée et à l'engagement individuel et collectif, nous serons un peuple en santé lié à la Terre-Mère et notre mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel sera en harmonie.

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

RÉSUMÉ

Toujours dans le même objectif poursuivi d'appropriation du modèle de gouvernance, la rencontre régionale des 13 et 14 juin 2017 a porté sur la prise de décisions et l'imputabilité. En se basant sur la situation actuelle, les changements souhaités et des modèles de gouvernance adoptés par d'autres Premières Nations au Canada, les participants se sont penchés sur l'élaboration de lignes directrices pour la prise de décisions. De plus, une demi-journée a été consacrée à une rencontre conjointe avec les chefs de l'APNQL, au cours de laquelle ils ont réitéré leur appui envers le processus de gouvernance.



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