CSSS – 124M
C.P. – P.L. 10
Abolition des
agences régionales

MÉMOIRE PRÉSENTÉ

par l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador
et la Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

PROJET DE LOI N°10 :
Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales

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

Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

CONTENU

Introduction 1

1. Description des organisations 1

2. Aperçu du contexte particulier des Premières Nations au Québec 2

3. Les Premières Nations, des partenaires méconnus et trop souvent ignorés par le Québec 3

4. Cette réforme : obstacle ou opportunité pour les Premières Nations au Québec? 4

   4.1 Ententes entre les communautés et les établissements du réseau en protection de la jeunesse 5

   4.2 Continuum des services 6

   4.3 Maintien des services dans la langue d'usage des populations des Premières Nations 8

5. Centralisation des décisions et consultation des Premières Nations : une opportunité à saisir 9

Conclusion 10

Mémoire présenté conjointement par
L'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL)
et
La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Rédacteur principal : Michel Deschênes, CSSSPNQL
Collaborations : Direction générale - CSSSPNQL
Secteurs de la santé et des services sociaux de la CSSSPNQL
Conseil d'administration de la CSSSPNQL
Graphisme : Mireille Gagnon, CSSSPNQL
Révision linguistique : Chantale Picard, CSSSPNQL

Ce document est accessible en version électronique, en français et en anglais, au www.cssspnql.com.

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

ISBN : 978-1-926528-00-7

© CSSSPNQL et APNQL, 2014

MÉMOIRE PORTANT SUR LE PROJET DE LOI n° 10 :
LOI MODIFIANT L'ORGANISATION ET LA GOUVERNANCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NOTAMMENT L'ABOLITION DES AGENCES RÉGIONALES

INTRODUCTION

Le 25 septembre 2014, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Gaétan Barrette, déposait à l'Assemblée nationale le projet de loi n° 10, intitulé *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (PL-10). Des consultations particulières élargies sont en cours auprès de plus d'une quarantaine d'organisations. Le gouvernement les a invitées à présenter leur opinion en commission parlementaire. Parmi ces organisations, on compte plusieurs ordres professionnels, des associations d'administrateurs d'établissements, des organisations représentant les différentes clientèles du réseau, des regroupements d'aidants naturels, d'organismes communautaires et d'entreprises d'économie sociale, des syndicats de travailleurs, etc.

Une fois de plus, dénonçons le fait que les Premières Nations n'ont pas été invitées à ces audiences parce que ce gouvernement en a jugé ainsi. Pourtant, l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) représentent les intérêts d'une population de plus de 60 000 personnes qui seront touchées par les changements proposés. Ce sont autant d'hommes, de femmes et d'enfants qui ont, eux aussi, recours au réseau québécois. Ce sont des personnes vivant, pour la plupart, dans un contexte socioéconomique difficile et qui sont confrontées à des conflits de juridiction particuliers posant déjà obstacle à un accès équitable aux soins. Pourquoi les Premières Nations doivent-elles constamment rappeler au gouvernement son devoir de les consulter?

L'APNQL et la CSSSPNQL déposent donc le présent mémoire afin de porter à l'attention de ce gouvernement les préoccupations des Premières Nations au regard de ce projet de loi.

1. DESCRIPTION DES ORGANISATIONS

Créée en 1985, l'APNQL est le lieu de rencontre des chefs de 43 communautés de dix Premières Nations au Québec et au Labrador. Elle traite de nombreuses questions telles que la défense des titres et des droits ancestraux et issus de traités; les politiques des gouvernements fédéraux et provinciaux qui portent atteinte aux coutumes et au mode de vie des Premières Nations, les politiques et lois gouvernementales, les niveaux de financement, de décisions et de relations avec les gouvernements; le développement économique et toutes les questions sociales, économiques et culturelles; et, en général, toutes les questions touchant l'autonomie gouvernementale, les relations internationales et les relations nationales avec le gouvernement. Le secrétariat de l'APNQL coordonne plusieurs dossiers prioritaires et les activités de représentation du chef régional. Il met en application les décisions

prises par voie de résolution des chefs en assemblée, destinées à améliorer les conditions de vie des Premières Nations.

Pour sa part, la CSSSPNQL est une association à but non lucratif responsable d'appuyer les efforts des Premières Nations au Québec et au Labrador pour, entre autres, planifier et offrir des programmes de santé et de services sociaux culturellement adaptés et préventifs, et ce, depuis 1994. Sa mission est de promouvoir le mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits, et d'y veiller. Elle vise aussi à favoriser l'accès à des programmes globaux de santé et de services sociaux adaptés aux Premières Nations et conçus par des organisations reconnues et sanctionnées par les autorités locales, le tout dans le respect de la culture et de l'autonomie locales.

2. APERÇU DU CONTEXTE PARTICULIER DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC[1]

La Loi constitutionnelle de 1867 confère au Parlement fédéral la compétence exclusive en ce qui concerne les Indiens et les terres réservées pour les Indiens[2]. C'est pourquoi le gouvernement fédéral intervient auprès des communautés des Premières Nations dans tous les domaines d'activités, notamment pour financer et soutenir les services de santé et sociaux de base, en complémentarité avec le réseau québécois. Les lois provinciales d'application générale (santé et services sociaux, sécurité et salubrité des immeubles, etc.) sont valides sur le territoire des réserves, pourvu qu'elles ne viennent pas à l'encontre d'une loi ou d'un règlement fédéral existant ou qui vienne les remplacer, ou encore que le conseil de bande adopte un règlement dans ce domaine[3]. Pour exercer les pouvoirs qui leur sont conférés par la Loi sur les Indiens[4], les conseils de bande ont pris en charge bon nombre de services dans des domaines tels que la santé et les services sociaux, les infrastructures publiques et le logement, l'éducation, la sécurité publique, etc. Aucune municipalité ou ville au Québec et au Canada ne peut comparer ses responsabilités à celle d'un conseil de bande.

Dans la majorité des communautés des Premières Nations au Québec et selon le financement octroyé, les centres de santé offrent principalement des services en matière de santé communautaire et sont ouverts pendant les heures de bureau. Onze communautés dites éloignées gèrent un poste de soins dans le but d'assurer des services à leur population en tout temps (24 heures par jour, sept jours par semaine). Ces derniers offrent des soins d'urgence, en plus des programmes de santé communautaire. Tous ces soins de santé, notamment le programme de soins à domicile et en milieu communautaire (soins infirmiers et soins personnels à domicile), sont financés par Santé Canada, à l'exception des soins rendus par un médecin (permanent ou visiteur), lesquels sont remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec[5]. Les soins et les services complémentaires (nutrition, réadaptation, inhalothérapie, psychologie, soins palliatifs, etc.) dépendent du plan de prestation de services propre à chacune des communautés, lequel est établi en fonction de ses besoins et du financement qui lui est accordé. Dans ce mode d'organisation, les services spécialisés nécessitent le plus souvent un séjour dans un établissement du réseau québécois, à moins que ceux-ci ne soient offerts périodiquement, lorsque c'est possible, par des professionnels itinérants.

Pour les services sociaux, le ministère des Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) finance un ensemble de programmes, notamment des services de placement d'adultes et d'aide à domicile (complémentaire au programme de soins à domicile financé par Santé Canada), ainsi que sept centres d'hébergement pour personnes en perte d'autonomie nécessitant moins de deux heures et demie de soins par jour. Précisons que les centres de santé et de services sociaux, de même que les centres d'hébergement situés dans les communautés, ne sont pas considérés comme des établissements du réseau québécois, bien que certaines de ces installations soient exploitées en vertu d'un permis d'établissement privé délivré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec[6].

PARTEN

1 Voir notamment, APNQL et CSSSPNQL, *L'accès pour tous? Mythe ou réalité…*, Mémoire présenté à la Commission de la santé et des services sociaux de l'Assemblée nationale dans le cadre des consultations particulières portant sur le Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie, CSSSPNQL, 2013, p. 7 à 9.
2 *Loi constitutionnelle de 1867*, L.R.C. 1985, Appendice II, n° 5, art. 91(24).
3 Voir GRAMMOND Sébastien, Aménager la coexistence – Les peuples autochtones et le droit canadien, Établissement Émile Bruylant, Bruxelles et Éditions Yvon Blais, Cowansville, 2003, p. 361 à 377; Michel DESCHÊNES, « Les pouvoirs d'urgence et le partage des compétences au Canada » (1992) 33 Les Cahiers de Droit, 1181, p. 1203 à 1205.
4 L.R.C. 1985, c. I-5
5 Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007, Prestation et financement des services de santé et des services sociaux.
6 Ibid.

3. LES PREMIÈRES NATIONS, DES PARTENAIRES MÉCONNUS ET TROP SOUVENT IGNORÉS PAR LE QUÉBEC

Les Premières Nations évoluent dans un système de santé et de services sociaux encore plus complexe que celui auquel sont habitués les Québécois du fait qu'il nécessite constamment la création de ponts entre les services de première ligne offerts dans les communautés des Premières Nations et les services de deuxième et de troisième lignes assurés par les établissements du réseau québécois. Des efforts constants doivent être déployés de part et d'autre pour établir et maintenir un véritable continuum de services dont peuvent bénéficier les Premières Nations. Une fois établis, les corridors de services et les mécanismes de liaison qui les encadrent demeurent très vulnérables aux changements apportés aux structures du réseau québécois.

L'accès aux soins est un droit fondamental reconnu explicitement dans la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*[7] (LSSSS). Les Premières Nations, par leur statut unique, ont le droit d'être consultées sur une question aussi importante. Précisons que cette réforme, tout comme celles qui l'ont précédée, touche directement l'autonomie institutionnelle des communautés en matière de santé et de services sociaux relativement aux services de première ligne, en plus d'avoir une incidence sur l'accès continu aux services de deuxième et de troisième lignes établis ou en voie de l'être grâce aux ententes sur les corridors de services entre les communautés et le réseau québécois. Elle s'inscrit à la suite d'une série de changements législatifs qui ont eu des effets importants sur les services offerts dans les communautés des Premières Nations au cours des dernières années. Avant de poursuivre, il apparaît essentiel d'en citer quelques exemples.

Jusqu'à maintenant, les agences d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations étaient responsables de la gestion des services sociaux en protection de la jeunesse dans le cadre d'ententes bipartites ou tripartites conclues entre le gouvernement fédéral, les conseils de bande et les centres jeunesse. On peut se rappeler l'impact significatif du projet de loi no 125 : Loi modifiant la Loi sur la protection de la jeunesse et d'autres dispositions législatives (LPJ)[8], adopté en 2006, qui intégrait notamment une durée maximale pour les placements d'enfants, ayant comme conséquence un nombre important d'enfants des Premières Nations et inuits susceptibles d'être placés en permanence à l'extérieur de leur communauté ou de leur village, perdant ainsi leur identité culturelle et tout lien avec leur milieu naturel.

En juin 2009, la *Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective*[9] entrait en vigueur. Cette loi a pour effet de diminuer considérablement les pouvoirs que possédaient nombre d'agences des Premières Nations. Pour plusieurs, l'évaluation, l'accréditation, le suivi ainsi que le paiement des ressources de type familial (RTF) sont des responsabilités qui leur étaient dévolues en vertu d'ententes qu'elles avaient conclues. Avec l'entrée en vigueur de la loi 24, les familles d'accueil de proximité doivent être maintenant évaluées et reconnues par les agences régionales de santé et de services sociaux, tandis que les établissements publics, en vertu du régime d'ententes collectives qui a été mis en place par la loi, ont la responsabilité d'effectuer les paiements pour les RTF. Ces changements importants ne prennent pas en compte l'existence des agences des Premières Nations.

En plus de retirer aux agences des Premières Nations les responsabilités qu'elles exerçaient, la loi 24 aura aussi pour effet de transformer les rapports traditionnels existant entre les membres de la famille élargie (ou ceux de la communauté) et les enfants qu'ils accueillent. Au fil du temps, ils seront davantage considérés comme des rapports contractuels de services conclus entre des travailleurs autonomes et les centres jeunesse. Ainsi, en plus de perdre l'autonomie relative qu'elles avaient dans la protection de leurs enfants, les Premières Nations constatent que la vision de l'entraide familiale et communautaire sur laquelle se fondait leur intervention est totalement mise à l'écart en faveur d'une « syndicalisation » des familles d'accueil, système issu d'une culture québécoise et quasi inexistant dans les communautés. Ce système ne respecte aucunement les structures de gouvernance mises en place par les autorités locales et pourrait diminuer le bassin déjà faible de familles d'accueil des Premières Nations.

NAIRES MÉCONNUS

7 L.R.Q. c. S-4.2, voir notamment les articles 4 à 8.
8 L.R.Q. c. P-34.1.
9 L.R.Q., c. R-24.0.2 [ci-après, Loi 24].

Il est à noter que la loi 24 et l'application des ententes collectives ont entraîné un changement majeur dans la méthode de financement des services dans les communautés par le gouvernement fédéral (AADNC). Avant l'entrée en vigueur de la loi, les agences des Premières Nations recevaient du financement fondé sur un taux unique pour la rétribution des familles d'accueil. Ce mode de financement permettait à la fois de rétribuer les familles d'accueil à un taux raisonnable et de financer une partie des services de première ligne pour organiser des activités de prévention en vue de diminuer les taux de placement d'enfants. Or, la responsabilité de verser les paiements aux RTF devra être transférée aux centres jeunesse, privant ainsi les agences des Premières Nations d'une source de financement complémentaire pour les services de première ligne et représentant un recul quant à leur autonomie. Ce recul s'inscrit en contradiction avec les quinze principes adoptés le 9 février 1983 par le Conseil des ministres[10].

Les modifications apportées au Code des professions par l'adoption, en juin 2009, du projet de loi 21[11], quoique fondées sur des objectifs louables, entraînent aussi des conséquences importantes dans l'organisation des services chez les Premières Nations. L'augmentation des exigences pour certaines catégories de professionnels, notamment les travailleurs sociaux, disqualifie un nombre élevé d'intervenants des Premières Nations déjà en fonction et rend difficile le recrutement d'employés issus de Premières Nations en nombre suffisant.

La situation est aussi préoccupante pour les communautés dites anglophones, c'est-à-dire celles où l'usage de l'anglais par la population est généralisé, en plus de parler leur langue d'origine. Leurs tentatives de recruter des professionnels qualifiés bilingues ne donnent pas les résultats désirés et les professionnels unilingues anglais qu'ils recrutent doivent maintenant faire partie d'un ordre professionnel du Québec. En conséquence, ils doivent aussi maîtriser la langue française, à moins de résider dans une communauté des Premières Nations[12]. Voilà une exigence trop grande pour des communautés aux prises avec une pénurie de logements. Cette situation accentue les inégalités déjà présentes dans l'accès aux soins pour cette population et qui est dénoncée par la coalition formée de ces communautés anglophones des Premières Nations[13].

4. CETTE RÉFORME : OBSTACLE OU OPPORTUNITÉ POUR LES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC?

L'article premier du PL-10 précise trois objectifs pouvant se résumer ainsi :

- Favoriser et simplifier l'accès aux services pour la population;
- Contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- Accroître l'efficience et l'efficacité du réseau.

Pour y arriver, le projet de loi propose d'abord d'intégrer les services de santé et sociaux sur la base de chacune des régions sociosanitaires en créant des établissements à mission élargie issus de la fusion des agences régionales de la santé et des services sociaux (ASSS) et de l'ensemble des établissements publics de chaque région, à l'exception de Montréal. Chaque établissement régional appelé Centre intégré de santé et des services sociaux (CISSS) veillera à l'organisation et à la complémentarité des services offerts sur l'ensemble de son territoire par les centres hospitaliers (CH), les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), les centres de réadaptation (CR) et les directions de santé publique. Cette fusion des établissements et la disparition des agences régionales visent à simplifier la structure décisionnelle du système actuel par l'implantation d'une gestion à deux niveaux : une gestion de proximité à l'échelle régionale assurée par le CISSS et une gestion globale à l'échelle du Québec assurée par le MSSS.

10 Voir, Secrétariat des affaires autochtones (SAA), en référence aux quinze principes qui constituent le fondement de l'action gouvernementale à l'égard des nations autochtones.
11 Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, L.Q. 2009 c. 28.
12 Autre conséquence, cette fois sur le plan légal; cela a pour effet de permettre à la Charte de la langue française de s'appliquer dans les « réserves », même si la Charte prévoit explicitement qu'elles n'y sont pas soumises.1
13 Afin d'être entendues, les communautés des Premières Nations anglophones ont formé, en avril 2012, une coalition composée de directeurs et de responsables des services de santé et sociaux. Un rapport qu'elle a produit démontre qu'à cause du facteur linguistique, l'accès aux services de santé et sociaux pour leurs communautés n'est pas équivalent à celui de la population québécoise en général : CHAMBERLIN, Amy, Portrait de la situation pour les Premières Nations anglophones : Accès aux services sociaux et de la santé anglophone dans la province du Québec, Rapport de recherche final, Onkwata'karitahtshera et Coalition des collectivités anglophones des Premières Nations du Québec, 21 octobre 2013, 100 pages. (Traduction)

4.1 Ententes entre les communautés et les établissements du réseau en protection de la jeunesse

Dans le système actuel, les communautés des Premières Nations se situent en périphérie de l'organisation des services de santé et sociaux. Au niveau local, elles doivent établir des corridors d'accès aux soins pour pallier cette distance et doivent le faire en tenant compte des différences culturelles et linguistiques qui existent chez leurs populations. En ce qui concerne ces différences, elles sont souvent volontairement ignorées ou tout simplement méconnues de la part des intervenants et des décideurs des établissements du réseau québécois.

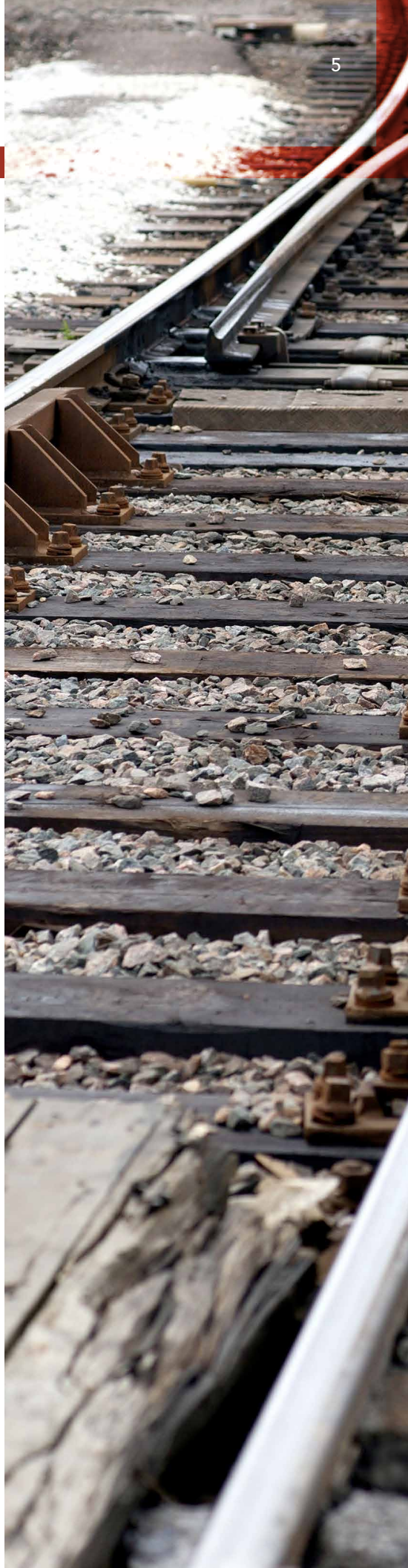
Pour pallier cette « distance », tant sur le plan institutionnel que sur le plan culturel, plusieurs communautés ont conclu des ententes en matière de protection de la jeunesse avec des établissements du réseau québécois et en négocient actuellement d'autres qui visent la mise en place de mécanismes permettant aux intervenants d'exercer eux-mêmes d'autres responsabilités déléguées. Des négociations sont aussi en cours pour permettre à des communautés de créer leur propre direction de protection de la jeunesse en vertu de l'article 37.5 de la LPJ, cela afin de permettre des interventions plus efficaces et adaptées au contexte culturel et à la réalité socioéconomique qui existe dans les communautés des Premières Nations.

Selon le PL-10, « les dispositions de tout texte applicables à un établissement public s'appliquent également à un établissement régional ou supra régional, compte tenu des adaptations nécessaires et à moins que le contexte ne s'y oppose »[14]. Comme le pouvoir de conclure des ententes est dévolu au Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ) en vertu des articles 32 et 33 de la LPJ, le PL-10 ne devrait pas avoir d'effet sur les ententes en cours. Le PL-10 prévoit, à l'article 6, que l'établissement régional succède de plein droit aux établissements publics, qu'il jouit de tous les droits et assume toutes les obligations de ces établissements. Le CISSS assumerait donc les responsabilités du centre jeunesse prévues aux ententes bipartites. Cela crée une certaine incertitude quant à la structure administrative qui sera mise en place au sein du CISSS pour permettre la poursuite de la mission du CPEJ. Qui aura le statut et les pouvoirs (CISSS, DPJ ou ministre) pour s'assurer que les ressources seront disponibles et organisées de façon à permettre l'application effective des ententes?

Dans l'hypothèse où il y aurait renégociation des ententes bipartites, celle-ci devrait se faire avec le DPJ pour les responsabilités qu'il exerce en vertu des articles 32 et 33 de la LPJ, mais aussi avec le CISSS pour les autres aspects de l'entente. Dans le modèle actuel, la négociation se fait avec le centre jeunesse au fait des réalités en matière de protection de la jeunesse chez les Premières Nations. La négociation avec le CISSS pourrait se traduire par une perte d'autonomie des communautés des Premières Nations en raison d'un manque de sensibilité envers leurs spécificités et l'historique de collaboration avec le centre jeunesse. L'éclairage apporté par les centres jeunesse est important dans la conclusion de ces ententes.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi 24, un nouveau système de rétribution des RTF a été mis en place. Afin de pouvoir être payées, les RTF doivent être inscrites dans le système d'information sur les ressources intermédiaires et de type familial (SIRTF). Seuls les centres jeunesse ont accès à ce système et les communautés des Premières Nations souhaitent négocier une entente avec ceux-ci afin d'avoir, elles aussi, accès au système. Avec l'adoption du PL-10, le SIRTF serait cédé au ministre « avec tous les droits et obligations qui s'y rattachent »[15]. Ce changement créerait encore d'autres incertitudes pour les Premières Nations quant à la durée et à l'issu d'une telle négociation. Par contre, le PL-10 pourrait aussi créer de nouvelles relations et des occasions pour les Premières Nations afin d'avoir accès au SIRTF et d'être désignées en tant que payeurs des RTF.

14 Art. 42 al. 1.
15 Voir, art. 162, annexe 2.



Les nombreux retards qui s'additionnent depuis l'entrée en vigueur de la loi 24 placent les RTF des Premières Nations non inscrites dans le SIRTF dans une situation d'incertitude face à la rétroaction de la rétribution qui leur est due. La CSSSPNQL, le MSSS et AADNC travaillent à trouver des solutions visant à ne pas pénaliser ces RTF qui, rappelons-le, sont des familles qui ont droit à une rétribution équivalente à celle des autres RTF inscrites dans le SIRTF. Si le PL-10 est adopté, elles ne devraient pas subir des retards supplémentaires causés par la période de transition, et le ministre devrait alors s'assurer de résoudre cette situation dans les plus brefs délais.

Le PL-10 prévoit que les CISSS respecteront les ententes existantes entre les établissements et les partenaires du réseau. Toutefois, il n'offre aucune garantie en ce qui concerne les mesures transitoires à prendre pour éviter de perturber les négociations d'ententes en cours. Le travail effectué jusqu'ici en collaboration avec les établissements du réseau risque de devenir plus difficile avec cette réforme. Pendant la période de transition, les centres jeunesse risqueraient de perdre leurs pouvoirs décisionnels en raison de la fusion, alors que les CISSS ne seraient pas pleinement fonctionnels. Étant donné leur rôle de coordination et leur proximité avec les établissements publics de leur région, les agences jouent un rôle clé dans la négociation et la mise en œuvre d'ententes en vertu de l'article 37.5 de la LPJ. Leur abolition suppose la dévolution de leurs fonctions au ministre, qui se trouverait à jouer un rôle accru dans la négociation des ententes. Avec la réforme, les établissements perdraient ce pouvoir décisionnel au profit des CISSS et, en même temps, leur capacité de renouveler seuls les ententes qui arriveront à échéance.

Recommandation 1 :

Que, dès l'adoption du projet de loi et pour toute la période de transition qui suivra, le ministre délègue un de ses représentants ayant pour mandat de soutenir la bonne marche des négociations d'ententes en cours et celles à venir entre le DPJ et les communautés des Premières Nations.

4.2 Continuum des services

En matière de dépendances et de santé mentale, le Québec reconnaît aux communautés des Premières Nations la responsabilité de mettre en place leurs propres services de façon autonome. Parmi ceux-ci, citons l'accueil, l'évaluation, l'orientation et le suivi; les services d'intervention de crise ainsi que les services d'intervention de garde assurés par l'équipe d'intervenants de la communauté en dehors des heures régulières. Pour leur part, les établissements du réseau ne peuvent assumer de responsabilité populationnelle à l'égard des communautés non conventionnées, mais doivent néanmoins offrir à la clientèle des Premières Nations qui se présente à ses portes les mêmes services que ceux offerts à l'ensemble des Québécois, qu'il s'agisse de services de première ligne ou de services spécialisés. Le Québec se reconnaît une responsabilité dans la continuité et la complémentarité des services avec les communautés non conventionnées. Il le fait notamment en s'assurant de l'existence de mécanismes d'orientation appropriés lorsque des résidents de ces communautés reçoivent des services dans les établissements du réseau québécois ainsi qu'en facilitant le transfert d'expertise et de connaissances pour répondre aux besoins exprimés par ces communautés.

Les communautés des Premières Nations au Québec ont cependant fait état de facteurs limitant l'accessibilité aux services de santé et sociaux du réseau québécois, notamment la méconnaissance et l'organisation complexe des services. De plus, des barrières existent toujours entre les services du réseau québécois et les communautés en raison d'un manque de collaboration. Il a également été constaté qu'un manque de sensibilité aux différences culturelles persistait dans certains services du réseau.

Des négociations ont été amorcées en vue de conclure des ententes administratives entre les communautés et certains CSSS, d'officialiser leurs engagements respectifs relativement à la prestation de services en santé mentale et en dépendances et de mettre en place des mécanismes de coordination et de communication. Un protocole est établi dans le but de favoriser la continuité et la complémentarité des services en dépendances et en santé mentale entre la communauté signataire et le CSSS qui la dessert. Ces ententes permettront à la clientèle d'être dirigée vers les services appropriés du réseau, en concertation avec les professionnels de la communauté. Le CSSS assurerait des services de santé mentale et de dépendances de première ligne en soutien aux équipes de la communauté ainsi que des services de deuxième ligne d'urgence en psychiatrie et des services de psychiatrie pour les enfants et les adolescents. Le CSSS s'engagerait aussi à offrir de la formation clinique aux intervenants de la communauté, tandis que ceux-ci offriraient des sessions de sensibilisation à la culture au personnel du CSSS.

Depuis le dépôt du PL-10, on se questionne sur ce qu'il adviendra de ces négociations. Un ralentissement se fait déjà sentir et on se demande quels seront les interlocuteurs au sein du réseau. Pour les Premières Nations, une reprise rapide de ces négociations demeure une priorité. Toutefois, de l'avis de certains regroupements de professionnels du milieu, il y a lieu de craindre que les programmes de santé mentale ne reçoivent pas l'attention qu'ils méritent[16].

16 Les priorités des programmes de santé mentale seront perdues selon la Fédération des médecins spécialistes du Québec; voir Mémoire sur le projet de loi no 10 par la Fédération des médecins spécialistes du Québec présenté à la Commission de la santé et des services sociaux (Assemblée nationale du Québec) le 20 octobre 2014, p. 6.

Recommandation 2 :

Que le ministre s'engage officiellement à soutenir activement les négociations entamées entre les communautés des Premières Nations et les établissements du réseau québécois en vue de la conclusion d'ententes portant sur l'établissement d'un continuum de services en santé mentale et en dépendances.

Malgré la disparition des ASSS qui seront fusionnées avec les nouveaux établissements régionaux appelés CISSS, les Premières Nations souhaitent continuer l'établissement de partenariats afin d'améliorer leur accès aux services offerts par le réseau. Compte tenu de la dimension des nouveaux CISSS, les Premières Nations craignent que les enjeux qui les préoccupent soient marginalisés par rapport aux nombreux autres enjeux auxquels font face les décideurs du CISSS à l'échelle régionale.

La grande dispersion géographique des communautés des Premières Nations, dont plusieurs sont situées en zone éloignée ou isolée, leur fait craindre d'être davantage écartées des préoccupations qui guideront les dirigeants des CISSS. La proximité et la continuité des services pourraient être compromises pour la population des grands territoires. La remise en question de l'organisation locale des soins de santé pour la remplacer par une organisation régionale, le réseau local des services (RLS) étant remplacé par le réseau régional des services (RRS), devrait avoir un impact important sur les Premières Nations. La réduction du nombre d'ententes de services à l'intérieur du RRS, la volonté sous-jacente de réduire les structures pour ensuite éventuellement rationaliser davantage les services à l'échelle régionale pourraient favoriser une centralisation accrue des services dans les zones urbaines où est concentrée la clientèle au détriment des petites communautés situées loin en périphérie.

Dans cette logique de centralisation régionale, visant notamment à accroître l'efficience et l'efficacité du réseau (un des objectifs à l'article 1 du projet de loi[17]), des services de proximité destinés à certaines communautés localisées près d'un CSSS périphérique pourraient être graduellement centralisés au sein de la nouvelle structure (CISSS). On peut penser à certains services spécialisés, comme l'oncologie et l'hémodialyse, qui seraient rapatriés au CISSS. Voici ce que le collège des médecins a écrit à ce sujet : « Il nous apparaît que cette tentation de la spécialisation de certains centres et la fragmentation des services dans le territoire risquent d'être les principaux effets secondaires de la réforme proposée, empêchant de *favoriser et de simplifier l'accès aux services pour la population* »[18].

Ce glissement éventuel des services vers les centres urbains régionaux pourrait avoir un impact sérieux sur la clientèle des Premières Nations dans certaines régions (par exemple, la Côte-Nord et l'Abitibi-Témiscamingue), notamment en augmentant les coûts de transport, en prolongeant les séjours loin de la communauté, en absence prolongée au travail et en délais supplémentaires dans l'obtention de soins ou dans la durée de certains traitements.

17 Supra, p. 5.
18 Mémoire sur le projet de loi no 10 par le Collège des médecins du Québec présenté à la Commission de la santé et des services sociaux (Assemblée nationale du Québec) le 20 octobre 2014, p. 5.

4.3 Maintien des services dans la langue d'usage des populations des Premières Nations

Les changements proposés dans cette réforme menacent aussi le droit de plusieurs communautés des Premières Nations d'obtenir des services dans leur langue d'usage lorsque celle-ci est l'anglais. Les articles 155 et 156 du PL-10 prévoient que l'établissement qui succède à un établissement désigné comme desservant une population majoritairement anglophone est tenu à son tour de les rendre accessibles en langue anglaise jusqu'à ce qu'un nouveau programme soit approuvé. Un CISSS devrait donc continuer de rendre accessibles aux personnes d'expression anglaise, dans les installations visées par la désignation faite par le gouvernement (en application de l'article 508 de la LSSSS), les services de santé et sociaux en langue anglaise.

L'article 65 du PL-10 stipule que tout établissement doit élaborer un programme d'accès aux services de santé et sociaux en langue anglaise pour les personnes d'expression anglaise à qui il offre des services. Le programme doit toutefois tenir compte des ressources humaines, matérielles et financières de l'établissement, être approuvé par le gouvernement et être révisé au moins tous les trois ans. Puisque l'article n'est pas contraignant en ce qui concerne le niveau de services requis en anglais, celui-ci étant déterminé par l'établissement lui-même, il est permis de croire que le manque de ressources pourrait être une raison à invoquer dans le contexte actuel, pour réduire ce programme au minimum.

En l'absence de dispositions contraignantes dans le PL-10, on peut se demander si un CISSS verra à inclure dans son programme le maintien du niveau de services en anglais dans ses installations déjà désignées et l'extension de services en anglais dans d'autres installations du territoire régional qu'il dessert. S'assurera-t-il d'embaucher suffisamment de personnel bilingue pour couvrir l'ensemble des missions qu'il accomplit sur le territoire? Offrira-t-il de la documentation en langue anglaise dans l'ensemble des installations pour faciliter l'accès de sa clientèle de langue anglaise aux services, même si elle ne constitue pas la majorité de la clientèle?

La coalition des communautés des Premières Nations anglophones[19], qui tiendra un colloque prochainement, espérait profiter de cette occasion pour obtenir des clarifications de la part des représentants du ministre qui ont été invités. Compte tenu du contexte actuel, plusieurs questions demeureront sans réponse. Il existe actuellement très peu d'initiatives destinées à répondre aux spécificités culturelles et linguistiques des Premières Nations. Certains CSSS peuvent fournir les services d'un agent de liaison issu d'une Première Nation pouvant s'exprimer en français ou en anglais et dans la langue d'origine des communautés que l'établissement dessert (par exemple, la langue innue et naskapie sur la Côte-Nord). Dans une région limitrophe, une communauté située au Québec et dont la population s'exprime majoritairement en langue anglaise assure le suivi des dossiers des patients séjournant dans un établissement d'une province voisine par l'entremise de l'une de ses infirmières. La province pourra-t-elle soutenir et favoriser davantage ce type de services?

Recommandation 3 :

Que le ministre s'engage à accroître les mesures de protection des droits linguistiques de la clientèle des Premières Nations afin qu'elle puisse recevoir des services comparables à ceux reçus par l'ensemble de la population dans chacune des régions sociosanitaires du Québec.

Dans les ASSS, il y a présentement quelques responsables désignés pour traiter des dossiers concernant les Premières Nations sur le territoire qu'elles desservent. Ceux-ci exercent un rôle essentiel de suivi auprès des CSSS, s'assurent que les services sont rendus dans les communautés, coordonnent la prestation de services et servent d'agent de liaison entre les CSSS et les communautés. Ces postes seront-ils abolis ou maintenus? Étant donné qu'un nouveau partage de responsabilités devrait être établi entre le ministre et les futurs CISSS, sous quelle autorité seront placés les responsables des dossiers autochtones?

Recommandation 4 :

Que le ministre s'engage à transférer aux CISSS tous les postes d'agent de liaison pour les communautés des Premières Nations qui existent dans les ASSS, avec les ressources et les pouvoirs équivalents.

19 Supra, p. 5.

5. CENTRALISATION DES DÉCISIONS ET CONSULTATION DES PREMIÈRES NATIONS : UNE OPPORTUNITÉ À SAISIR

Même si l'article 14 du PL-10 précise que le ministre devra tenir compte de la représentativité des différentes parties du territoire couvert lorsqu'il procédera à une nomination au sein du CISSS, la structure proposée ne garantit pas que les Premières Nations seront considérées et représentées tout au long du processus. Rappelons qu'à l'article 100 de la LSSSS, auquel le CISSS serait aussi assujetti, il est dit que tout établissement doit assurer la prestation de services de santé ou sociaux accessibles et respectueux des droits des personnes et de leurs besoins spirituels et qui visent à réduire ou à résoudre les problèmes de santé et de bien-être et à satisfaire aux besoins des groupes de la population.

Cette disposition ajoute que l'établissement doit collaborer avec les autres intervenants du milieu, y compris le milieu communautaire, en vue d'agir sur les déterminants de la santé et les déterminants sociaux et d'améliorer l'offre de services à rendre à la population. L'article limite cependant cette obligation par la nécessité d'assurer une gestion efficace et efficiente des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières.

La CSSSPNQL juge qu'il sera très difficile pour les CISSS d'accomplir une telle tâche à l'échelle régionale, du moins de l'accomplir efficacement au regard des besoins particuliers des communautés. Son expérience acquise auprès des CSSS démontre que, même à l'échelle locale, il peut s'avérer difficile pour les Premières Nations de mettre au point des projets cliniques et organisationnels avec les établissements existants du réseau québécois. La taille des CISSS rendra encore plus ardue la tâche des communautés des Premières Nations de faire reconnaître la particularité de leur population puisque, dans une même région sociosanitaire, les communautés peuvent être situées en milieu urbain, être semi-isolées ou isolées. Par exemple, dans les régions de la Côte-Nord et de l'Abitibi-Témiscamingue, ce sont respectivement six et cinq CSSS qui seront fusionnés en un seul CISSS. En même temps, dans chacune de ces deux régions, il y aura tout autant de réseaux locaux de services (RLS) que de CSSS qui seront regroupés en un seul réseau régional de services (RRS). Cela signifie le regroupement d'une multitude de partenaires concernés travaillant sur le territoire relevant du CISSS (établissements, cliniques privées de médecine, GMF, super cliniques, pharmacies, entreprises d'économie sociale, ressources privées en santé, RI, RTF, groupes communautaires, etc.).

Quant aux conseils d'administration des CISSS, les pouvoirs consentis au ministre par le PL-10 relativement au processus de nomination des membres des conseils d'administration et des dirigeants (PDG et PDG adjoint) confèrent à ce processus une portée politique. Il y a un risque pour les Premières Nations de ne pas trouver l'appui nécessaire pour leur développement chez les dirigeants du réseau régional.

L'article 14 du PL-10 énonce : « Lorsqu'il procède aux nominations, le ministre doit tenir compte de la représentativité des différentes parties du territoire couvert par un établissement ainsi que de la composition socioculturelle, ethnoculturelle, linguistique ou démographique de l'ensemble des usagers qu'il dessert ». Il est essentiel que, dans certaines régions où elles sont nombreuses, les communautés des Premières Nations soient assurées de siéger au conseil d'administration du CISSS.

Recommandation 5 :

Que le conseil d'administration du CISSS de chacune des régions comporte au minimum un représentant des communautés des Premières Nations de ce territoire parmi les membres indépendants et que ces derniers soient désignés en collaboration avec les communautés.

On peut prévoir également que, pendant la période de restructuration du système, qui prendra quelques années, beaucoup d'énergie sera absorbée par le processus de changement et la mobilisation des effectifs, plutôt que d'être dirigée vers l'amélioration des services. D'ailleurs, on remarque déjà des réticences à créer des initiatives avec les Premières Nations depuis l'annonce de ce projet de loi. Le contexte actuel étant rempli d'incertitudes, l'établissement de partenariats en est déjà touché.

L'adoption du PL-10 pourrait avoir des impacts importants sur les projets en cours pendant la période de transition que nécessitera sa mise en œuvre. Il est donc important que les Premières Nations voient à ce que l'exercice de leurs droits et les progrès qu'ils ont réalisés en collaboration avec leurs partenaires du réseau ne soient pas compromis.

Pour cette raison, les Premières Nations doivent être consultées avant même que les projets de loi et les politiques gouvernementales ne soient déposés. L'APNQL et la CSSSPNQL profitent de ce mémoire pour rappeler au gouvernement du Québec qu'il a adopté quinze principes devant guider sa politique envers les Autochtones[20]. Citons en exemple :

« Les nations autochtones ont le droit d'avoir et de contrôler, dans le cadre d'ententes avec le gouvernement, des institutions qui correspondent à leurs besoins dans les domaines de la culture, de l'éducation, de la langue, de la santé, des services sociaux et du développement économique. »

En lien avec ce principe important, l'APNQL et la CSSSPNQL proposent la recommandation suivante :

Recommandation 6 :

Qu'un article soit ajouté dans les dispositions générales d'interprétation du projet de loi assurant que l'organisation des services au sein d'un réseau régional de services et la conclusion d'ententes avec les Premières Nations respectent leurs spécificités culturelles, linguistiques et géographiques et favorisent l'exercice de leur droit à l'autonomie.

Un second principe ajoute : « Le Québec, s'il légifère sur des sujets qui concernent les droits fondamentaux reconnus par lui aux nations autochtones, s'engage à les consulter par le truchement de mécanismes à déterminer avec elles. »

Afin de respecter davantage ce principe, l'APNQL et la CSSSPNQL proposent la recommandation suivante :

Recommandation 7 :

Profiter de la réforme pour effectuer un changement significatif pour les Premières Nations au Québec : la création d'une table de concertation MSSS-APNQL pour discuter en amont des décisions et des enjeux qui concernent les Premières Nations en matière de services de santé et sociaux.

CONCLUSION

Les Premières Nations suivent le débat concernant la détermination de ce qui constitue la meilleure forme d'organisation des services de santé et sociaux pour la population québécoise en général. En fait, les Premières Nations veulent travailler avec le ministre afin de trouver des solutions durables quant à la meilleure façon d'harmoniser les services, et ce, de façon à leur assurer le meilleur accès possible à un ensemble continu de services, tout en préservant leur autonomie institutionnelle.

20 Source : Secrétariat des affaires autochtones (SAA), en référence aux quinze principes qui constituent le fondement de l'action gouvernementale à l'égard des nations autochtones.