

RAPPORT ANNUEL



MODS DE FINANCEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS 2002 - 2003

**RAPPORT ANNUEL SUR LE TRANSFERT DU
CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
2002 - 2003**

Table des MATIÈRES

INTRODUCTION	1
RÉALISATIONS	2
PROJETS DE DÉMONSTRATION DES PLANS DE SANTÉ	4
<u>PROJETS DE DÉMONSTRATION</u>	
ACCORDS	6
RAPPORT DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DU CANADA - CHAPITRE I REPENSER LES RAPPORTS SOU MIS PAR LES PREMIÈRES NATIONS AUX ORGANISMES FÉDÉRAUX, DÉCEMBRE 2002	8
ÉVALUATION DES TRANSFERTS	10
Défis	13
POLITIQUE ET LIGNES DIRECTRICES MISES À JOUR	15
COMMUNICATION	16
APERÇU - CONTRÔLE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS	17

Liste des tableaux et des illustrations

Illustration 1 : Transferts simples et transferts visant plusieurs communautés	3
Illustration 2 : Financement pour soutenir le contrôle par les Premières Nations et les Inuits	5
Illustration 3 : État des activités de contrôle par les Premières Nations et les Inuits .	7
Illustration 4 : Transfert des établissements de traitement	7
Illustration 5 : Tendances relatives au contrôle par les Premières Nations et les Inuits	12
Illustration 6 : Financement pour soutenir le contrôle par les Premières Nations et les Inuits	12
Illustration 7 : Ressources relevant du contrôle des Premières Nations et des Inuits .	14
Tableau 1: Activités de contrôle des Premières Nations et des Inuits - nombre de communautés	17
Tableau 2 : Population des Premières Nations et des Inuits par type de communauté .	18
Tableau 3 : Transferts actuels et transferts prévus - Communautés	18
Tableau 4 : Accords de transfert au 31 mars 2003	19
Tableau 5 : Activités préalables au transfert au 31 mars 2003	20
Tableau 6 : Accords intégrés au 31 mars 2003	20
Tableau 7 : Nouveaux accords de transfert - Exercice 2002 - 2003	21
Tableau 8 : Nouveaux accords préalables au transfert - Exercice 2002-2003	21
Tableau 9 : Nouveaux accords intégrés - Exercice 2002-2003	22
Tableau 10 : Exigences de rapports sommaires à l'échelle nationale pour la période du 1 ^{er} avril 2002 au 31 mars 2003	23
Tableau 11 : Calendrier du renouvellement des accords de transfert - Exercice 2003 - 2004	24

INTRODUCTION

En mai 2002, des changements ont été mis en oeuvre à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) dans le but de renforcer la capacité organisationnelle de la Direction générale pour contribuer à l'amélioration de la santé des Premières nations et des Inuits dans toutes les régions du Canada. Compte tenu des nouveaux modèles de responsabilisation mis en place et du rôle de la Division des modes de financement en matière de santé (DMFMS) dans le processus d'examen et d'approbation des accords de transfert des services de santé, il a été décidé que le meilleur endroit pour effectuer ces fonctions était la Direction de la planification et de la gestion des affaires. Cela permettrait de meilleures relations de travail avec les unités de responsabilisation et de rapports.

Dans le rapport annuel de l'exercice 2002 - 2003, nous voulons souligner, à l'intention de nos intervenants, les diverses activités que la DMFMS a entreprises et les nombreux liens que cette division entretient avec d'autres ministères et divisions concernant divers enjeux. Un des objectifs de la DMFMS est de fournir aux communautés des Premières nations et des Inuits les outils nécessaires pour gérer et exécuter avec efficacité leurs propres programmes de santé. L'exercice examiné, qui couvre la période du 1^{er} avril 2002 au 31 mars 2003, met en évidence les activités réalisées par la DGSPNI et les résultats attendus pour l'exercice 2003 - 2004.

Au nom du personnel de la Division des modes de financement en matière de santé, nous espérons que cette information vous sera utile.

Division des modes de financement en matière de santé

Direction de la planification et de la gestion des affaires

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Santé Canada

<http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/dgspni/pga/mfms/index.htm>

RÉALISATIONS

Au cours de l'exercice 2002 - 2003, nous avons travaillé à un certain nombre de priorités. Certaines de ces priorités sont énumérées ci-après et seront décrites de façon plus détaillée tout au long du rapport, notamment :

- ateliers sur les éléments de base du transfert des responsabilités;
- mise à jour et élaboration de nouvelles politiques ou lignes directrices et de publications;
- participation à l'élaboration d'une politique d'intervention de la Direction générale;
- projets de démonstration des plans de santé;
- évaluation des transferts;
- renouvellement du transfert de l'administration des services de santé – Conseil du Trésor.

Atelier sur les éléments de base du transfert des responsabilités

En raison du nombre de nouveaux employés qui travaillent à la DGSPNI dans l'environnement de transfert, la DMFMS a organisé un atelier sur les éléments de base du transfert des responsabilités pour offrir une formation et une orientation quant aux divers mécanismes de contrôle concernant les initiatives pour la santé des Premières nations et des Inuits. Cet atelier global a permis aux nouveaux membres du personnel, ainsi qu'au personnel expérimenté, d'examiner les politiques et les procédures pour que les questions liées au transfert soient gérées de façon uniforme partout au pays.

L'atelier a été divisé en deux séances : l'une, à l'Est et l'autre, à l'Ouest. La séance de l'Ouest a eu lieu en août 2002 à Edmonton, en Alberta. La séance de l'Est est prévue pour le printemps 2003.

Processus de ratification

Un nouveau concept intitulé Ratification, ou action de préparer et de traiter les Accords de contribution unifiés

(ACU) après la date prévue pour leur entrée en vigueur, a été introduit par la Division de la responsabilisation et du développement des capacités pour tenter de couvrir le retard de préparation des ACU. Pour des raisons valables, il est parfois impossible de préparer l'accord en question à temps pour la date d'entrée en vigueur prévue pour la prestation de services. Le processus de ratification est le mécanisme utilisé pour veiller à ce que les modalités de l'ACU soient respectées. À cet effet, les régions doivent faire parvenir la demande à l'unité des contrats et des contributions de l'administration centrale pour traitement et approbation aux échelons appropriés. En outre, cette nouvelle initiative comprenait l'élaboration d'une clause, appelée « clause d'accord préalable », qui est nécessaire lorsque le bénéficiaire a déjà commencé à répondre aux exigences du programme et à dépenser les fonds. Cette clause d'accord préalable permet au Ministère d'accepter et de payer les « Droits et Obligations prioritaires », qui est communément nommé travail préalable à l'accord.

Politique d'intervention de la Direction générale

La Direction générale admet que des situations exceptionnelles ou problématiques peuvent survenir relativement aux ACU. À partir des lignes directrices de la Direction générale, une politique d'intervention a été élaborée et mise en oeuvre en 2002. L'intervention de la Direction générale est déclenchée lorsque le bénéficiaire est incapable, par manque de capacité ou de volonté, de régler une situation problématique. L'intervention peut prendre trois formes différentes : aide apportée au bénéficiaire pour l'élaboration et la mise en oeuvre d'un plan d'action, demande à la communauté de conclure une entente de cogestion, ou demande à la communauté de conclure une entente de gestion par une tierce partie. Un élément clé de cette politique consiste en l'obligation de travailler en étroite collaboration avec les bénéficiaires pour définir la nature du problème et obtenir le point de vue et la contribution du bénéficiaire pour trouver la solution. La politique d'intervention assure la continuité de la prestation des services et aide à protéger l'intégrité des programmes de santé.

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

Systèmes d'information

Système de gestion et de planification des communautés (SGPC)

Une fois l'élaboration du système achevée, l'objectif pour 2002 - 2003 consistait à offrir une formation au personnel régional et à intégrer les données des communautés dans le système.

La Direction générale utilise encore le système comme un moyen d'acheminer ou de repérer les ressources pour les communautés des Premières nations et des Inuits, qui sont approuvées par la haute direction. En 2002-2003, on a utilisé le SGPC pour recueillir des données pour aider la Direction générale à acheminer des ressources supplémentaires aux infirmières employées par des bandes.

Le système est continuellement appelé à fournir un profil national de la croissance démographique, et à déterminer l'état de l'accord et le classement d'après l'éloignement des communautés. De plus, il faut effectuer chaque année des mises à jour pour présenter de l'information exacte et que le système s'appuie sur la participation des régions.

Base de données Access de la DMFMS

La base de données Access de la DMFMS est une application utilisée pour repérer les antécédents relatifs à l'accord conclu avec un bénéficiaire, tout en étant dans le continuum du contrôle par les Premières nations et les Inuits. Le système saisit, plus particulièrement, de l'information relative aux accords sur les bénéficiaires qui figurent dans un accord de contribution concernant le transfert, notamment les programmes offerts, les fonds fournis et les exigences relatives à l'établissement de

rapports mentionnés dans leurs accords respectifs. Cette base de donnée a été élaborée et entièrement mise en oeuvre en mars 2002.

Étant donné que de plus en plus de communautés optent pour une approche intégrée, la DMFMS a élargi la base de données en vue d'inclure les accords intégrés. Cette amélioration à la base de donnée permettra à la DMFMS de détenir un outil de suivi plus complet.

La base de donnée permet à la DMFMS de surveiller ce type d'accord particulier en vue de la conformité aux exigences relatives à l'établissement de rapports, d'effectuer des examens d'assurance de la qualité, d'effectuer une recherche documentaire variée et de mettre en place des demandes de présentation connexe, ce qui permettra la réalisation de la base de données.

Système de gestion des contrats et contributions (SGCC)

Le SGCC est un système électronique établi à l'échelle nationale pour améliorer la capacité de la Direction générale de surveiller et de vérifier ses Accords de contrats et de contributions (ACC), et d'établir des rapports à cet égard. Au 1^{er} avril 2002, tous les accords devaient être acheminés par le SGCC. Même si certaines difficultés sont survenues en ce qui concerne le traitement des accords sur le transfert, la plupart des problèmes détectés ont été résolus. Les régions doivent acheminer leurs accords par le système électronique, puis les présenter à l'administration centrale pour examen. Tous les documents sur la responsabilisation doivent être scannés dans le SGCC.

ILLUSTRATION 1 : TRANSFERTS SIMPLES ET TRANSFERTS VISANT PLUSIEURS COMMUNAUTÉS

La présente illustration montre que, le 31 mars 2003, 295 (49 %) sur les 602 communautés réparties au Canada, qui étaient admissibles au transfert, ont signé des accords de transfert des services de santé. Parmi elles, 180 (61 %) étaient des transferts visant plusieurs communautés et 115 (39 %) visaient une seule communauté.



PROJETS DE DÉMONSTRATION DES PLANS DE SANTÉ

Dans son rapport de 1997, le vérificateur général du Canada s'interrogeait sur l'obligation de rendre des comptes par rapport au financement des soins de santé pour les Premières nations et les Inuits. Le vérificateur général a souligné le besoin d'améliorer la capacité de déterminer les conséquences des dépenses sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Le Projet de démonstration des plans de santé a été entrepris pour répondre à ces éléments et pour accroître, par cette nouvelle étape, le rôle des Premières nations et des Inuits dans la planification de leurs programmes et services de santé. Le Projet de démonstration des plans de santé vise à :

accroître la capacité des communautés de répondre aux besoins de leurs membres en matière de santé;
améliorer la responsabilisation;
favoriser l'intégration de la planification, des services et des rapports

En 2002 - 2003, la DGSPNI a continué à créer des outils pour aider les communautés des Premières nations et des Inuits dans le processus de planification de la santé. Un tableau récapitulatif du processus a été établi comme outil, qui offre aux communautés des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'au personnel des régions et de l'administration centrale, un « aperçu sélectif » sur le cycle de planification de la santé. La DGSPNI continue à élaborer de nouveaux outils qui aideront ces communautés dans le processus de planification de la santé.

Un bulletin trimestriel est actuellement publié, qui fournit des détails sur le processus de planification de la santé. Il renseigne sur les activités qui ont eu lieu, notamment des ateliers ou des séances de formation sur le Projet de démonstration. Le bulletin constitue un précieux outil pour informer les communautés de ce qui se passe à l'administration centrale, dans les régions et dans d'autres communautés. On peut consulter les bulletins sur le site Web de la DGSPNI.

En 2002 - 2003, on a organisé un atelier pour réunir le personnel de la DGSPNI et les représentants des communautés qui participent aux Projets de démonstration. Cet atelier a permis aux communautés de renforcer leur capacité grâce à la formation, de communiquer leurs succès et leurs échecs, et de proposer des manières différentes de faire les choses, afin que le projet soit couronné de succès.

PROJETS DE DÉMONSTRATION

En 2002 - 2003, la phase I du Projet de démonstration a été mise en oeuvre dans les communautés suivantes :

- région de la Saskatchewan : Première nation de Gordon
- Secrétariat du Nord (Yukon) : Première nation Liard
- région de l'Alberta : tribu des Blood
- région du Pacifique : Première nation Kitasoo (projet de développement régional)

À la phase I du Projet de démonstration des plans de santé, les communautés des Premières nations doivent établir une structure de gestion de la santé et offrir une formation à l'équipe de gestion. Parmi les principales activités de cette phase, mentionnons l'évaluation des besoins et des ressources en santé et la définition des priorités des communautés en matière de santé.

À la phase II du Projet de démonstration du plan de santé, les communautés des Premières nations doivent établir les buts et les objectifs nécessaires pour répondre à leurs priorités en matière de santé, choisir des programmes et des services, ou en élaborer de

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

nouveaux, pour répondre aux besoins et utiliser au mieux leurs ressources. Elles devront également traiter des questions de ressources financières et humaines : par exemple, élaborer un budget, rédiger des descriptions d'emploi, préparer des plans de formation, établir un cadre de ressources humaines. Une des principales activités de cette phase consiste à établir un cadre de responsabilisation, qui comprend l'établissement d'un cycle d'examen des programmes et un cycle d'évaluation, la tenue des dossiers, la surveillance des programmes et des services, l'adaptation des programmes au besoin, et la production de rapports d'étapes.

En 2002 - 2003, les communautés suivantes ont entrepris la phase II du Projet de démonstration :

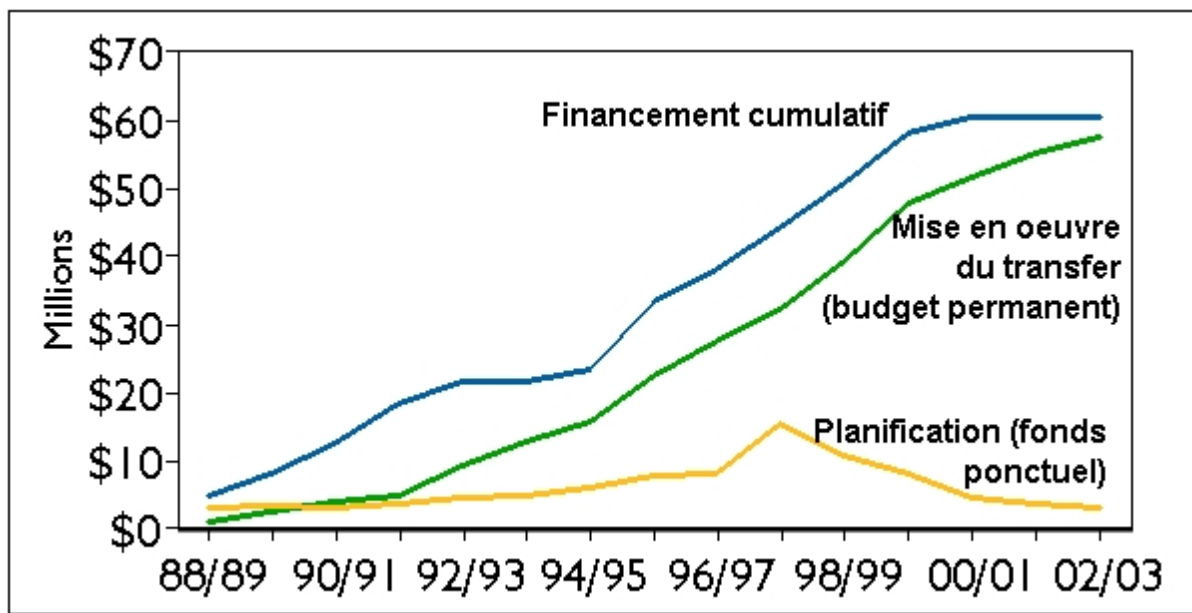
- région du Québec : Première nation de Eagle Village (Kipawa)
- région du Manitoba : Première nation de Little Grand Rapids
- région du Pacifique : Première nation Kitselas

Il est prévu que quatre communautés des Premières nations entament la phase II du Projet de démonstration des plans de santé en 2003 - 2004. Ce sont les suivantes :

- région de la Saskatchewan : Première nation de Gordon
- région de l'Alberta : Première nation des Cris de Bigstone
- région de l'Alberta : tribu des Blood
- région du Pacifique : Première nation Kitasoo (Projet de développement régional)

ILLUSTRATION 2 : FINANCEMENT POUR SOUTENIR LE CONTRÔLE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Cette illustration montre l'augmentation des fonds disponibles pour les communautés des Premières nations et des Inuits. Au 31 mars 2003, le total, soit le montant cumulatif, s'élevait à 61 millions de dollars, soit 58 millions de dollars en financement pour la mise en oeuvre du transfert et 3 millions de dollars pour la planification préalable au transfert.



Accords

Accords de contribution unifiés-Transfert (ACU-Transfert) / Intégrés (ACU-intégrés)

Avec l'introduction des nouveaux accords types, qui ont aidé à clarifier les rôles et responsabilités de toutes les parties et à améliorer la gestion du risque, et qui ont permis au Ministère et aux communautés des Premières nations et des Inuits de mieux tenir compte de la responsabilisation concernant la prudence dans l'usage des fonds publics, la division et les bureaux régionaux ont été très occupés au début de l'exercice 2002-2003. La DGSPNI a élaboré un plan d'urgence qui puisse être utilisé par les régions pour les bénéficiaires ayant choisi de ne pas signer le nouvel accord ou l'accord de renouvellement à cause des objections élevées sur le contenu des nouveaux accords types. Le plan d'urgence de la Direction générale comprenait la mise en oeuvre d'un séquestre-administrateur.

Entente de financement Canada-Premières nations (EFCPN)

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a publié une nouvelle version de l'EFCPN en novembre 2002. À la suite de cette publication, la DGSPNI a mis à jour son échancier de Santé Canada.

Échancier de Santé Canada révisé et mis en oeuvre en janvier 2003.

Cet exercice a servi à s'assurer qu'il n'existe pas de chevauchement des clauses ni de conflits entre la principale partie de l'EFCPN et la principale partie des ACU de la DGSPNI. La mise à jour a également servi à

renforcer certaines clauses de l'échéancier de la DGSPNI sans annuler les clauses figurant dans la principale partie de l'EFCPN.

Cet examen a été terminé et mis en oeuvre en janvier 2003 et se poursuivra chaque année à la suite de la publication des ACU de la DGSPNI.

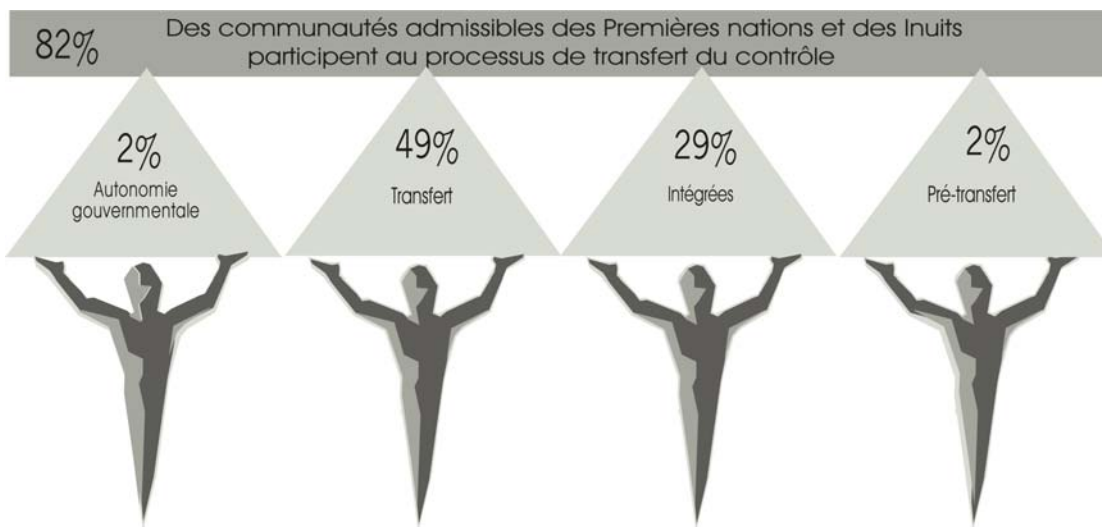
Transition vers l'autonomie gouvernementale

L'autonomie gouvernementale est le niveau le plus élevé de contrôle de gestion offert aux communautés. L'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI ont participé activement à des négociations sur l'autonomie au cours de l'année dernière.

Parmi les communautés qui ont des accords de transfert actifs et négocient actuellement une entente d'autonomie gouvernementale, mentionnons : Labrador Inuit Association (Labrador), le conseil tribal de Meadow Lake (Saskatchewan), et la bande de Sioux Valley (Manitoba).

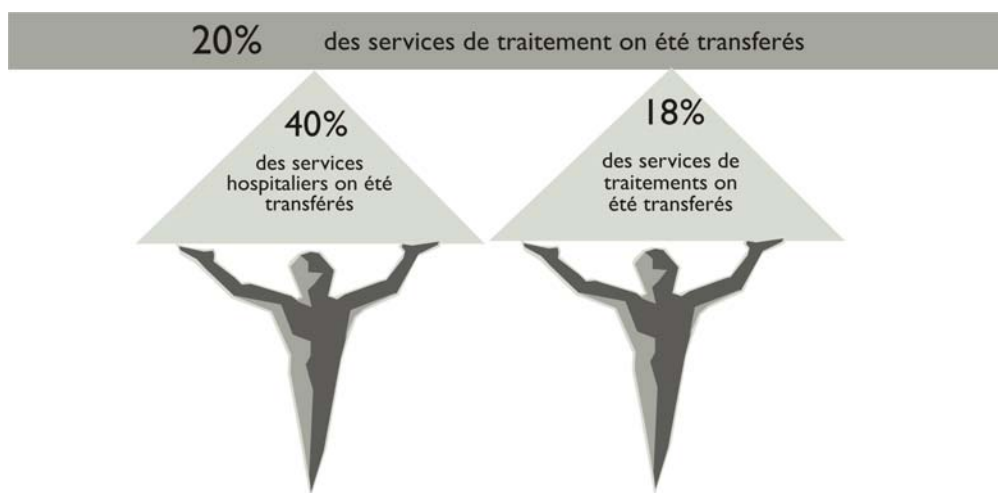
En raison des liens entre le transfert et l'autonomie gouvernementale, de nombreuses initiatives stratégiques présentent un grand intérêt pour la DMFMS. Mentionnons, par exemple, les traités historiques, les questions de finances intergouvernementales et l'établissement d'institutions.

ILLUSTRATION 3 : ÉTAT DES ACTIVITÉS DE CONTRÔLE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS



Type d'entente	Nombre	Nombre de communautés
Autonomie gouvernementale	9	12
Transfert	165	295
Intégrée pour services de santé	148	176
Pré-transfert	9	13

ILLUSTRATION 4 : TRANSFERT DES ÉTABLISSEMENTS DE TRAITEMENT



Type d'entente	Nombre
Programme de lutte contre l'abus de solvants pour les jeunes (PNCTASJ)	10
Hôpitaux DGSPNI	2

RAPPORT DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DU CANADA - CHAPITRE I REPENSER LES RAPPORTS SOUMIS PAR LES PREMIÈRES NATIONS AUX ORGANISMES FÉDÉRAUX, DÉCEMBRE 2002

En 2002, le Bureau de la vérificatrice générale (BVG) a lancé une étude exploratoire, à laquelle ont participé plusieurs ministères fédéraux et la société d'État, dans l'intention de faire comprendre la perspective des Premières nations et des Inuits à l'égard des exigences en matière de rapports. En décembre 2002, le BVG a publié trois recommandations, dont aucune ne visait Santé Canada en particulier; toutefois, le Ministère a déjà entrepris des initiatives en vue d'améliorer ses pratiques.

R. 1.50 Le gouvernement fédéral devrait consulter les Premières nations lorsqu'il effectue son examen régulier des exigences en matière de rapports, afin d'établir les besoins en information quand de nouveaux programmes sont mis en place. Il faudrait en outre laisser tomber les exigences en matière de rapports qui se révèlent inutiles ou font double emploi.

Santé Canada, DGSPNI, analyse actuellement les exigences en matière de rapports sur les programmes afin de relever les lacunes et les chevauchements dans le but de simplifier le processus et d'élaborer des outils à l'intention des communautés des Premières nations.

La DGSPNI forme, relativement aux programmes, des comités directeurs conjoints avec les Premières nations et les Inuits, à l'échelle nationale et régionale, pour surveiller la gestion, la mise en oeuvre et l'évaluation des programmes.

Le Comité exécutif de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) comprend des membres des organismes des Premières nations et des Inuits.

R. 1.53 Le gouvernement fédéral devrait se servir des procédures les plus efficaces pour la soumission et le traitement des rapports exigés des Premières nations. Il devrait aussi collaborer avec les collectivités des Premières nations à la présentation de rapports par voie électronique, dans toute la mesure du possible.

En avril 2002, la DGSPNI de Santé Canada a mis en oeuvre un Système de gestion des contrats et contributions (SGCC) automatisé dans toutes les régions. Ce système facilite la surveillance, le suivi et la gestion informatiques des rapports présentés par les communautés des Premières nations et des Inuits.

La DGSPNI de Santé Canada fournit aux communautés des modèles électroniques (WordPerfect ou autre logiciel), dans le cadre de plusieurs programmes, pour permettre la production de rapports sur les programmes. Dans certaines régions, on a informé les bénéficiaires des Premières nations et des Inuits qu'ils pouvaient soumettre électroniquement leurs rapports par courriel.

R. 1.73 Le gouvernement fédéral devrait entreprendre un examen des autorisations de programmes, en vue de simplifier ces derniers et de mieux distribuer les responsabilités au sein des ministères et d'autres organismes fédéraux.

L'Initiative de renouvellement des autorisations de programmes, qui est actuellement en cours à Santé Canada, permettra à la DGSPNI de renouveler et d'améliorer la structure de ses programmes et d'accroître sa responsabilisation en ce qui concerne les résultats. Les principaux objectifs de cette initiative ne visent pas seulement à satisfaire aux nouvelles exigences de la politique du Conseil du Trésor, mais aussi à :

- examiner la structure des autorisations en matière de contributions pour moderniser la structure des programmes;
- s'aligner sur les autorisations des autres ministères;
- établir des modèles logiques concernant les programmes et les initiatives;
- élaborer des cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR) et des cadres de vérification fondés sur les risques (CVR) pour permettre une meilleure gestion des résultats, des mesures de rendement et de la gestion des risques dans les communautés des Premières nations et des Inuits.

L'élaboration du CGRR simplifiera les exigences en matière de rapports en s'appuyant sur la bonne compréhension des résultats attendus des bénéficiaires des Premières nations.

ÉVALUATION DES TRANSFERTS

Synthèse des rapports d'évaluation des communautés : Transfert des services de santé

De nombreuses questions ont été soulevées dans le cadre d'une synthèse des rapports d'évaluation des communautés réalisés pour 13 projets de transfert faisant partie du transfert qui s'est déroulé de 1994 à 1999 et pour 21 projets exécutés en 2000-2001. Ces questions portaient sur la normalisation de la collecte des données et la communication des renseignements. La plupart des rapports d'évaluation des communautés avaient trait à l'efficacité du transfert et peuvent être interprétés comme positifs ou très positifs.

De cette synthèse, on a tiré les conclusions suivantes : la portée, la généralité et la rigueur scientifique variaient de façon importante, ce qui rendait leur comparaison difficile. L'orientation stratégique de la Direction générale, axée sur l'amélioration de la responsabilisation et la normalisation des rapports, ouvre la porte à un modèle de rapport d'évaluation normalisé que peuvent suivre les communautés.

Selon une importante observation présentée dans le rapport, la plupart des communautés étaient capables de mettre en oeuvre leurs activités en matière de santé, conformément aux priorités de leur plan de santé.

Un examen des rapports terminés en 2000 est en cours, qui ne fera pas uniquement la synthèse des rapports d'évaluation, mais relèvera aussi les tendances et les lacunes qui sont traitées actuellement ou qui doivent l'être.

Renouvellement des autorisations

Le 1^{er} juin 2000, le Secrétariat du Conseil du Trésor a publié une politique révisée sur les paiements de transfert, qui demandait aux ministères fédéraux de mettre en oeuvre des mesures de diligence raisonnable en ce qui concerne la gestion des contrats et des accords de contribution. Parmi les exigences, notons le renouvellement des autorisations de programmes dans les cinq ans pour en assurer la pertinence et l'efficacité, ce qui signifie l'expiration des autorisations de transfert et de programmes intégrés au 31 mars 2005. La Direction générale travaille avec assiduité au renouvellement de ces autorisations. Plusieurs initiatives

en cours soutiennent le processus de renouvellement, notamment l'examen de nos exigences en matière de rapports. La DMFMS participe à l'élaboration des nouvelles autorisations.

Évaluation nationale des transferts

Depuis le début des années 80, Santé Canada collabore avec les communautés des Premières nations et des Inuits pour transférer le contrôle des services de santé à ces communautés. L'initiative de transfert fait partie des efforts déployés par le Ministère pour aider les Premières nations et les Inuits à obtenir une plus grande autodétermination.

En 1989, le Conseil du Trésor a approuvé une stratégie d'évaluation qui examinerait l'efficacité de l'initiative du transfert pour ce qui est de transférer aux communautés des Premières nations et des Inuits le contrôle des services de santé. Cette stratégie comportait une évaluation à court terme (à la troisième année) et une évaluation à long terme (à la cinquième année) du transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits, qui informaient si le transfert atteignait ses objectifs et visaient à relever les domaines du transfert qui devaient être révisés ou renforcés.

Les résultats de l'évaluation à court terme s'appuyaient sur des études de cas, réalisées dans huit communautés qui avaient signé des accords de transfert avant le 31 mars 1991. L'évaluation portait sur quatre secteurs clés du transfert : le processus du transfert, la planification préalable au transfert, l'administration postérieure au transfert, et les répercussions sur les communautés où le transfert avait été effectué. Selon les conclusions générales, le processus permet aux Premières nations et aux Inuits de planifier avec efficacité le transfert des services de santé de façon tout à fait adéquate, et ces communautés, bien que conscientes des limites du transfert, ont en général soutenu le processus.

L'évaluation à long terme a été lancée en juin 1994. Elle visait principalement à évaluer la réussite globale de l'initiative de transfert. Les trois principaux domaines examinés dans cette évaluation étaient les suivants : atteinte, ou non, des objectifs du transfert; impact et répercussions du transfert; relevé des solutions de

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

rechange au processus de transfert en ce qui concerne le contrôle par les Premières nations et les Inuits d'autres domaines touchant la santé. L'évaluation de la cinquième année ne mesurait pas l'impact et les répercussions du transfert sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits, étant donné que les modifications de l'état de santé résultent de nombreux facteurs et se produisent sur une plus longue période.

Voici quelques-uns des résultats de l'évaluation à long terme: les objectifs du transfert ont été atteints à l'échelle communautaire dans les communautés ayant amorcé la phase postérieure du transfert; les membres des communautés sont davantage sensibilisés aux questions de santé et les soins de santé sont devenus une priorité plus importante dans les communautés visées par le transfert; des stratégies de développement social et communautaire faisant appel à diverses méthodes de prestation de soins de santé pertinentes et culturellement adaptées ont été mises en place; les services de santé communautaires ont été intégrés à d'autres programmes et services comme les services sociaux et l'éducation.

Après 12 ans de fonctionnement, il faut revoir la pertinence et l'efficacité de la Politique en raison de l'évolution des besoins des communautés et de l'expérience acquise par les parties. Depuis la dernière évaluation de la politique en 1994, la DGSPNI s'emploie activement à trouver la manière d'adapter au mieux la Politique de transfert des services de santé, et les programmes offerts, aux besoins des communautés. Parmi les autres points à aborder, mentionnons :

- orientation à long terme;
- durabilité;
- répercussions sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits;
- renforcement des capacités pour les Premières nations et les Inuits qui ont choisi de ne pas conclure d'accords de transfert, en raison de leur manque de capacité.

Étant donné que le Ministère doit renouveler toutes ses autorisations du Conseil du Trésor d'ici le 31 mars 2005, il est opportun d'approfondir la Politique et les réalisations obtenues au cours des années. En outre, conformément aux exigences de renouvellement des

autorisations, le Ministère devra soumettre au Secrétaire du Conseil du Trésor, une présentation, qui comprendra les points suivants :

- nouvelles modalités;
- cadre de gestion et de responsabilisation axée sur les résultats (CGRR), notamment indicateurs de rendement, résultats attendus et méthodes de production de rapport sur les critères de rendement et d'évaluation utiles pour évaluer l'efficacité de la Politique, ou mettre cette dernière en application;
- cadre de vérification fondé sur les risques (CVR), qui comprend un cadre fondé sur les risques visant à vérifier les bénéficiaires des contributions, et un plan de vérification interne;
- plan d'évaluation.

En conséquence, la DGSPNI prévoit des ressources pour exécuter une évaluation de la Politique de transfert des services de santé et, comme tel, créera un comité pour surveiller cette initiative. Le travail du comité sera soutenu par la Division de la planification des affaires et rapports.

Ce comité a pour mandat de mener l'évaluation en deux étapes :

- Étape 1 - L'élaboration d'un cadre d'évaluation, qui porte sur les résultats de la politique de transfert, les répercussions générales de l'habilitation des Premières nations et des Inuits sur la santé de leurs membres, les facteurs de réussite, les défis et les questions relatives à la gestion et à l'exécution de tous les programmes admissibles en vertu de l'autorisation de transfert.
- Étape 2 - Une évaluation globale fondée sur le cadre d'évaluation.

Illustration 5 : Tendances relatives au contrôle par les Premières nations et les Inuits

Ce diagramme illustre la tendance de la prestation directe de services par la Direction générale. Au fil des années, les Premières nations et les Inuits ont assumé de plus en plus le contrôle des services de santé, en vertu d'accords d'autonomie gouvernementale, d'accords de transfert, d'accords intégrés et d'autres types d'accords de contribution. Au 31 mars 2003, le montant total de fonds gérés par les Premières nations et les Inuits s'élevait à 678 millions de dollars. Les coûts de prestation directe de la DGSPNI comprenaient: les salaires; les frais de fonctionnement; les dépenses en capital secondaires. (Au cours de l'exercice 1999-2000 et de l'exercice 2001-2002, les budgets de la prestation directe de services ont quelque peu augmenté en raison de l'affectation de nouvelles ressources pour les programmes annoncés dans les budgets de 1999 et de 2001).

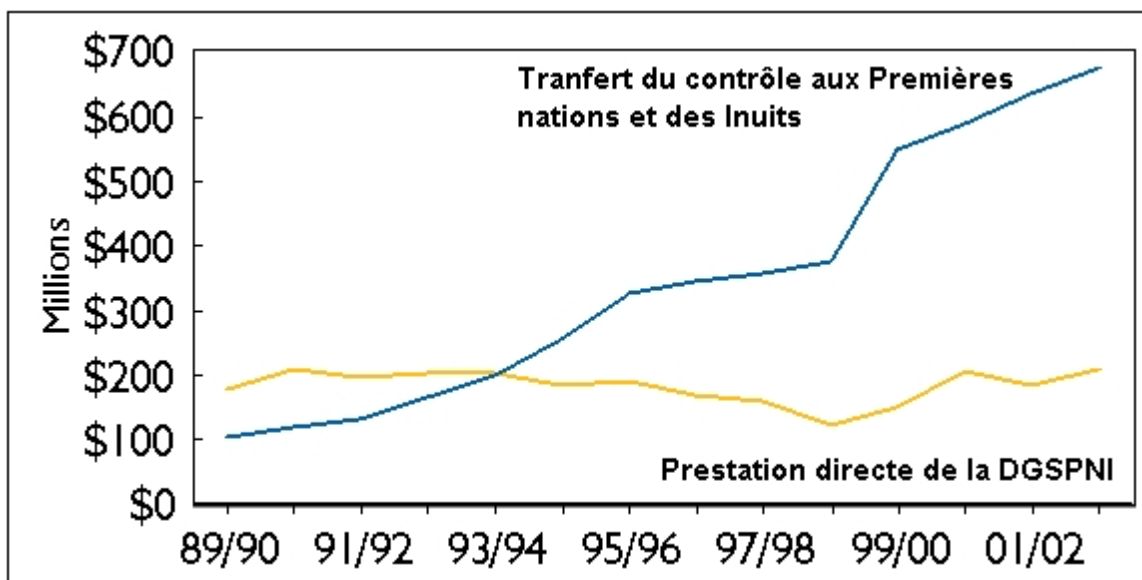
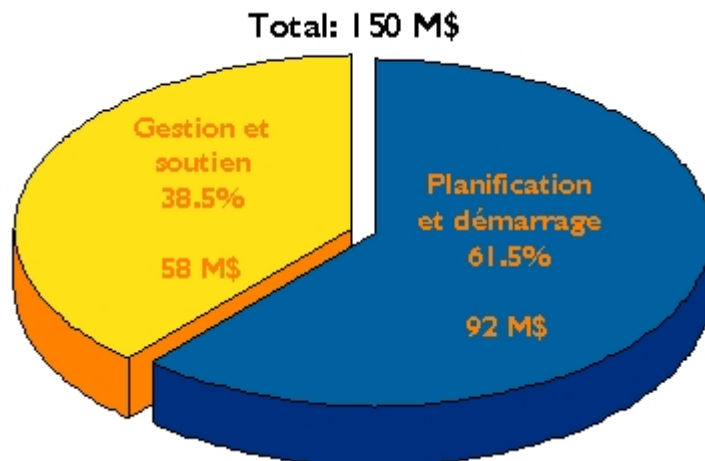


Illustration 6 : FINANCEMENT POUR SOUTENIR LE CONTRÔLE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Au 31 mars 2003, la DGSPNI a fourni 92 millions de dollars aux collectivités et aux organisations des Premières nations et des Inuits pour la planification, le renforcement de la capacité et les coûts associés aux accords de transfert et aux accords de contribution pour services intégrés. Le financement continu d'un montant de 58 millions de dollars a été octroyé aux collectivités des Premières nations et des Inuits visant à soutenir la prestation de programmes et de services relatifs aux accords de transfert et aux accords intégrés.



Défis

Dans le cadre de Santé Canada, la Direction de la santé des Premières nations et des Inuits soutient la prestation de services de soins primaires, de services de santé publique et de services de promotion de la santé pour plus de 600 communautés des Premières nations et des Inuits dans l'ensemble du Canada. Pour cette raison, la Direction générale fait face aux mêmes défis concernant les finances et la gestion que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, notamment la pénurie de personnel infirmier, l'accroissement rapide du coût des médicaments et les coûts liés à l'acquisition des nouvelles technologies. Par ailleurs, elle doit relever les défis que présentent des facteurs comme l'éloignement et l'isolement de nombreuses communautés, qui affectent en particulier la gestion des services de santé pour les Premières nations et les Inuits.

Responsabilisation - mesures de rendement et résultats

La responsabilisation relativement au transfert a été plus clairement définie au cours du dernier exercice. En 1997, le vérificateur général a soulevé la question des meilleures pratiques de responsabilisation. Il existe deux grands types de responsabilisation exigés : la responsabilisation à l'égard des résultats des programmes et la responsabilisation à l'égard de la conformité avec les lois, les règlements et les pratiques normales qui régissent l'utilisation des fonds publics. Les rapports de responsabilisation doivent également être maintenus et respectés : la DGSPNI doit rendre des comptes au Parlement et aux communautés et organismes des Premières nations et des Inuits. Les communautés et les organismes des Premières nations et des Inuits doivent rendre des comptes à la DGSPNI et à leurs membres.

La DMFMS travaille de concert avec les agents régionaux du transfert afin de s'assurer que les communautés visées par les transferts respectent les exigences de reddition de comptes comme le prévoient les accords, toutefois, la capacité de recueillir de l'information complète sur la santé est remise en question par la complexité des nombreuses administrations de prestations de services de santé aux Premières nations et aux Inuits. Dans de nombreuses administrations provinciales, il n'existe aucun mécanisme pour mettre en évidence les données concernant la santé des Premières

nations et des Inuits. Étant donné que les Premières nations et les Inuits peuvent avoir accès à des services médicaux dans un certain nombre d'endroits (p. ex., diverses communautés, villes ou provinces), les données sont fragmentées et ne peuvent pas mener à de l'information complète. À l'heure actuelle, cette situation génère l'un des problèmes majeurs quant à la responsabilisation, un manque d'information sur le rendement et les résultats des programmes de santé communautaires actuels. Elle a limité la capacité des membres des communautés de poser des jugements éclairés sur l'efficacité des divers services et activités en matière de santé.

Durabilité

Les Premières nations et les Inuits craignent de plus en plus que le financement des transferts ne suive pas le rythme des augmentations réelles des coûts de prestation des soins de santé, y compris les augmentations des coûts associés aux salaires, au recrutement, à la formation du personnel, aux services de santé contractuels, aux fournitures médicales, à l'équipement et au fonctionnement des installations, comme les coûts énergétiques ou autres.

Les Premières nations et les Inuits demandent plus d'assurance en ce qui concerne la durabilité des services de santé offerts dans leur région. Parmi les questions liées à la durabilité, mentionnons :

- augmentation des prix et du volume;
- chevauchement et dédoublement des programmes;
- répercussions négatives des initiatives de financement cloisonnées bien connues;
- existence d'un seuil de base des capacités en matière de santé communautaires comme préalable pour assumer le contrôle de la gestion de la prestation des services;
- relations entre la nouvelle prestation de services et le gouvernement fédéral, les Premières nations, les Inuits et les gouvernements provinciaux.

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

Capacité

L'intégration réussie du système de santé des Premières nations et des Inuits au système élargi des soins de santé peut se faire uniquement lorsque les services de santé des Premières nations et des Inuits atteindront un certain degré de maturité, d'intégrité et de stabilité.

Santé Canada, pour répondre à ces défis, renouvelle ses politiques et ses programmes pour améliorer la qualité des services offerts aux Premières nations et aux Inuits au moyen de services de soins primaires et de santé publique nouveaux et modernisés. Par ailleurs, Santé Canada est déterminé à :

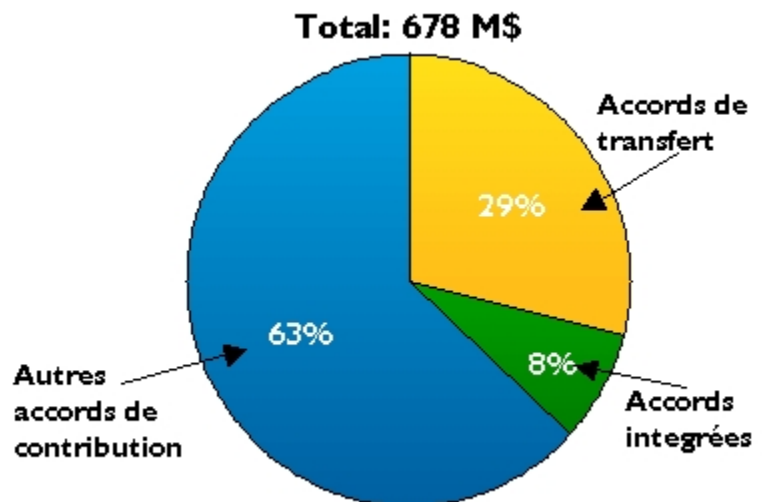
- améliorer l'intégration du système de santé des Premières nations et des Inuits au système de soins de santé élargi;
- renforcer la capacité d'information et de connaissance relatives à la santé pour soutenir la prise de décision fondée sur des éléments probants;

- soutenir le contrôle et la responsabilisation accrus du système de santé par les Premières nations et les Inuits, et élargir les programmes sur le développement de la petite enfance, en mettant particulièrement l'accent sur le Syndrome d'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus.

Objectif global : des services et des programmes durables pour les Premières nations et les Inuits et un soutien pour leur peuple, qui luttent contre les inégalités en matière de santé et les menaces de maladies au sein de leur population. Cette démarche se fera de concert avec les provinces et les territoires afin que les Premières nations et les Inuits puissent atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens, dans un contexte d'autonomie et de contrôle par les Premières nations et les Inuits.

ILLUSTRATION 7 : RESSOURCES RELEVANT DU CONTRÔLE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Ce diagramme illustre le montant total du financement géré par les Premières nations et les Inuits au 31 mars 2003 (678 millions de dollars). «Les autres contributions» comprennent les contributions au titre des services de santé non assurés (SSNA) et des projets pilotes des SSNA. Le pourcentage des autres contributions devrait baisser à mesure que de nouvelles collectivités des Premières nations et des Inuits signent des accords de transfert et des accords de contribution intégrés.



POLITIQUE ET LIGNES DIRECTRICES MISES À JOUR

Une liste des documents qui ont été mis à jour en 2002 - 2003 figure ci-après.

Pension et avantages - Accords de transfert sur les services de santé

Ces lignes directrices aideront les agents du transfert régional et les communautés à comprendre les rôles et responsabilités des communautés dans le cadre du transfert en ce qui concerne la fourniture d'une pension et d'avantages sociaux à leurs employés.

Lignes directrices sur l'assurance relative aux accords de transfert

Ces directives aideront les communautés à déterminer le type de couverture dont elles ont besoin lorsqu'elles participent au processus de transfert.

Politique sur le transfert des programmes de traitement non médical en établissement

Le présent document a pour objet de formuler la politique et les lignes directrices régissant le transfert des programmes de traitement et d'expliquer comment la gestion de ces programmes de traitement variera par rapport au programme communautaire faisant l'objet du transfert.

Politique de transfert de la Réserve des biens mobiliers (RBM)

Le but de cette politique consiste à décrire l'approche de la Direction générale concernant la fourniture de biens mobiliers et les ressources pour leur remplacement en vertu du processus de transfert aux communautés.

Politique en matière de désengagement d'un accord de transfert touchant plusieurs communautés

Cette politique a pour but d'exposer les questions d'ordre général qui se posent, lorsqu'une communauté des Premières nations ou des Inuits, qui a signé un accord de transfert touchant plusieurs communautés, souhaite se retirer de cet accord.

Politiques et lignes directrices à venir en 2003-2004
Les politiques et lignes directrices suivantes sont prévues pour examen en 2003 - 2004 :

- lignes directrices sur la résolution des différends;
- lignes directrices sur la vérification et la production de rapports;
- guides sur le transfert - accent mis sur la révision du guide 3.

COMMUNICATION

Pour obtenir une copie des documents mentionnés dans ce rapport, veuillez communiquer avec la Division des modes de financement en matière de santé (DMFMS).

Notre bureau

Immeuble Jeanne-Mance, 16^e étage

Indice de l'adresse : 1916 A

Pré Tunney, Ottawa (Ontario)

Tél. : (613) 957-3384

Télec. : (613) 941-5270

Notre site Web

<http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/bpm/hfa/index.htm>

Les publications ou les documents d'information d'intérêt auxquels vous pouvez accéder par notre site Web sont les suivants :

- guides sur le transfert;
- guide à l'intention des Premières nations d'évaluation sur les programmes de santé;
- lignes directrices sur la vérification et la production de rapports.

==== TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

APERÇU - CONTRÔLE PAR LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

Les tableaux ci-dessous offrent un bilan plus détaillé de l'état des activités de contrôle des Premières nations et des Inuits.

TABLEAU 1 : ACTIVITÉS DE CONTRÔLE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - NOMBRE DE COMMUNAUTÉS

(au 31 mars 2003)

Région	Autonomie gouvernementale	Transfert	Pré-transfert	Intégrée
Atlantique	22	12	6	6
Québec	0	22	4	2
Ontario	39	44	41	41
Manitoba	31	5	26	26
Saskatchewan	62	9	13	13
Alberta	4	47	7	7
Pacifique	114	49	38	38
Yukon	1	6	0	0
Total	273	194	135	133

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

TABLEAU 2 : POPULATION DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS PAR TYPE DE COMMUNAUTÉ

Le tableau ci-dessous montre, en ce qui concerne les communautés visées par le transfert, la répartition de la population par type de communauté. Sur les 403 302 membres de la population totale des communautés admissibles, 210 934 (52 %) vivent dans une communauté ayant signé un accord de transfert.

A l'échelle nationale	Nombre total de communautés	Population des communautés	Nombre total de communautés visées par le transfert	Population visée par le transfert	% des communautés transférées	% de la population totale transférée
Non-isolée	402	266 075	205	143 748	51%	54%
Semi-isolée	88	41,954	41	20,762	47%	49%
Isolée	91	89,586	39	44,734	43%	50%
Éloignée-isolée	22	7,291	10	3,294	45%	45%
Total	603	139 097	295	68 933	49%	52%

TABLEAU 3 : TRANSFERTS ACTUELS ET TRANSFERTS PRÉVUS - COMMUNAUTÉS

Ce tableau montre le nombre de transferts signés au 31 mars 2003. À la fin de l'exercice 2002 - 2003, 294 (49 %) de ces communautés ont signé un accord de transfert des services de santé.

Transferts selon la région ou la communauté			
Région	Communautés admissible au total	Transferts effectués en date du 31 mars 2003	
		Nombre	% du total
Atlantique	40	22	55%
Québec	28	22	79%
Ontario	124	39	31%
Manitoba	62	31	50%
Saskatchewan	84	62	74%
Alberta	58	4	7%
Pacifique	206	114	55%
Yukon	1	1	100%
Total	603	295	49%

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

TABLEAU 4 : ACCORDS DE TRANSFERT AU 31 MARS 2003

Le tableau ci-dessous indique le nombre total d'accords de transfert à ce jour, y compris les nouveaux accords de transfert signés pendant l'exercice 2002 - 2003, soit 5 nouveaux accords en tout : 2 accords de transfert touchant une seule communauté, et 1 accord visant un centre de traitement.

Région	Nouvelles ententes 2002-2003	Nombre total d'ententes de transfert à ce jour	Nombre de communautés représentées	Nombre total de communautés des Premières nations et des Inuits admissibles
Atlantique	2	17	22	40
Québec	0	24	22	28
Ontario	1	25	39	124
Manitoba	0	32	31	62
Saskatchewan	0	23	62	84
Alberta	0	5	4	58
Pacifique	0	38	114	206
Yukon	1	1	1	1
Total	4	165	295	603



Type d'entente de transfert	Quantité
Entente de transfert souple (ETS)/Ententes de transfert des services de santé	6
Entente de financement Canada-Premières nations (EFC-PN)	9
Ententes de transfert de services communautaires de premier niveau	130
Ententes de transfert de niveau 2 et 3	7
Ententes de transfert de niveau 3	1
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	10
Hôpitaux	2
Total	165

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

TABLEAU 5 : ACTIVITÉS PRÉALABLES AU TRANSFERT AU 31 MARS 2003

Région	Nombre total de projets avant le transfert à ce jour	Nombre total de communautés des Premières nations et des Inuits représentées
Atlantique	0	0
Québec	0	0
Ontario	0	0
Manitoba	3	4
Saskatchewan	4	6
Alberta	0	0
Pacifique	2	3
Total	9	13

TABLEAU 6 : ACCORDS INTÉGRÉES AU 31 MARS 2003

Région	Nombre total d'ententes intégrées à ce jour	Nombre total de communautés des Premières nations et des Inuits représentées
Atlantique	12	12
Québec	4	4
Ontario	42	44
Manitoba	5	5
Saskatchewan	9	9
Alberta	30	47
Pacifique	40	49
Yukon	6	6
Total	148	176

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

TABLEAU 7 : NOUVEAUX ACCORDS DE TRANSFERT - EXERCICE 2002 - 2003

Nom de bande/Autorité	Nom de la communauté	Type de communauté	Nombre de bande	Date de transfert	Nombre de communautés représentées
Région de l'Atlantique					
Membertou	Membertou	Non-isolée	26	Avril 1, 2002	1
Millbrook	Millbrook	Non-isolée	27	Avril 1, 2002	1
Région de l'Ontario					
Dilico Ojibway Child and Family Services (NNADAP Treatment Centre)	s.o	s.o	s.o	Août 1, 2002	s.o
Région de Yukon					
Kwanlin Dun First Nation	Mt. McIntyre	Non-isolée	500	Avril 1, 2002	1

TABLEAU 8 : NOUVEAUX ACCORDS PRÉALABLES AU TRANSFERT - EXERCICE 2002-2003

Nom de bande/Autorité	Nom de la communauté	Type de communauté	Nombre de bande	Nombre de communautés représentées
Région du Manitoba				
Anishnaabe Mino-Ayawin	Kinonjeoshtegon	Non-isolée	268	1
Région du Pacifique				
Burrard Inlet	Burrard Inlet	Non-isolée	549	1
Little Shuswap	Little Shuswap	Non-isolée	689	1
Pauquachin	Pauquachin	Non-isolée	652	1

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

TABLEAU 9 : NOUVEAUX ACCORDS INTÉGRÉS - EXERCICE 2002-2003

Nom de bande/Autorité	Nom de la communauté	Type de communauté	Nombre de bande	Nombre de communautés représentées
Région de l'Ontario				
Anishinaabeg of Naongashiing	Big Island	Non-isolée	125	1
Aroland	Aroland	Non-isolée	242	1
Eagle Lake	Eagle Lake	Non-isolée	148	1
Fort Severn	Fort Severn	Isolée	215	1
Région du Manitoba				
Ebb and Flow	Ebb and Flow	Non-isolée	280	1
Région de l'Alberta				
Duncan	Duncan	Non-isolée	451	1
Horse Lake	Horse Lake	Non-isolée	449	1
Sucker Creek	Sucker Creek	Non-isolée	456	1
Tall Cree First Nation	Beaver Ranch	Semi-isolée	446	3
	North Tall Cree	Semi-isolée		
	South Tall Cree	Semi-isolée		
Région du Pacifique				
Blueberry River	Buick Creek	Semi-isolée	547	1
Fort Nelson	Fort Nelson	Non-isolée	543	1
Katzie	Katzie I	Non-isolée	563	1
Saulteau	Moberly Lake	Non-isolée	542	1
Soowahlie	Cheam	Non-isolée	584	2
	Cultus Lake	Non-isolée	572	
Toosey Indian Band	Toosey	Non-isolée	718	1
Tl'etinqox-Tin Government Office	Anaham	Semi-isolée	712	1
Ts'ilhqot'in National Government	Stone	Semi-isolée	717	2
	Alexandria	Non-isolée	709	

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

TABLEAU 10 : EXIGENCES DE RAPPORTS SOMMAIRES À L'ÉCHELLE NATIONALE POUR LA PÉRIODE DU
1^{ER} AVRIL 2002 AU 31 MARS 2003

Résumés des rapports	Atlantique	Québec	Ontario	Manitoba	Sask.	Alberta	Pacifique	Total national
Rapport de vérification								
Rapports totaux à remettre	15	24	23	31	24	5	35	157
Rapports reçus	15	24	23	31	24	5	30	152
Rapports en retard	0	0	0	0	0	0	5	5
Rapport annuel								
Rapports totaux à remettre	15	24	23	32	24	5	35	158
Rapports reçus	15	23	23	32	23	4	22	142
Rapports en retard	0	1	0	0	1	1	13	16
Rapport d'évaluation								
Rapports à remettre ⁴	4	1	2	7	4	1	9	28
Rapports reçus	3	0	2	3	1	1	6	16
Rapports en retard	1	1	0	4	3	0	3	12
Ententes de transfert / Communautés								
Nombre total d'ententes	17	24	25	32	23	5	38	164
Nombre total de communautés	22	22	39	31	62	4	114	294

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

TABLEAU II : CALENDRIER DU RENOUVELLEMENT DES ACCORDS DE TRANSFERT - EXERCICE 2003 - 2004

Nom de bande/Autorité	Communauté	Nombre de bande
Région de l'Atlantique		
Tobique First Nation	Tobique	16
Union of New Brunswick Indians	Edmunston	6
	Eel Ground	7
	Eel River Bar	8
	Fort Folly	9
	Pabineau	13
	Abeqweit	1
Région du Québec		
Conseil de la nation Anishnabe du Lac Simon	Lac Simon	63
Conseil des Atikamekw de Manawan	Atikamekw de Manawan	78
Conseil des Atikamekw de Wemotaci	Atikamekw de Wemotaci	77
Région de l'Ontario		
Garden River First Nation	Garden River	199
Moose Cree First Nation	Moose Cree	144
Naotkamegwanning	Whitefish Bay	158
Région du Manitoba		
Bloodvein First Nation	Bloodvein	267
Dauphin River First Nation	Dauphin River	316
Keeseekoowenin First Nation	Keeseekoowenin	286
Nelson House Medicine Lodge Inc.	Services des traitements transférés	n/d
Lake Manitoba	Lake Manitoba	271
Norway House Cree Nation	Norway House	278

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - RAPPORT ANNUEL

Nom de bande/Autorité	Communauté	Nombre de bande
Rolling River First Nation	Rolling River	291
Région de la Saskatchewan		
Peter Ballantyne Cree Nation Health Services Inc.	Deschambault	355
	Opawakoscikan	
	Sturgeon Lake	
	Pelican Narrows	
	Southend	
	Kinoosao	
Battleford Tribal Council Management Corporation	Little Pine	340
	Luckyman	341
	Moosomin	342
	Mosquito	343
	Sweetgrass	348
	Red Pheasant	346
	Saulteaux	347
	Poundmaker	345
File Hills Agency Inc.	Little Bear	379
	Okanese	382
	Peepeekisis	384
	Star Blanket	387
	Carry the Kettle	378
Région de l'Alberta		
Nunee Health Authority	Peace Point	461
	Fort Chipewyan	463
Région du Pacifique		
BC Aboriginal Network on Disability Society	2 ^{ème} et 3 ^{ème} transfert	s.o
Xeni Gwet'in First Nations Government	Nemiah Valley	714

TRANSFERT DU CONTRÔLE AUX COMMUNAUTÉS DES
PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS - Rapport annuel

Nom de bande/Autorité	Communauté	Nombre de bande
North Thompson Indian Band	Chu-Chua	691
Gitxsan Treaty Society	Gitanmaax	531
	Kispiox	532
	Glen Vowell	533
	Gitsegukla	535
	Gitwagak	536
	Gitanyow	537
	Canim Lake Band	Canim Lake
Interior Native Alcohol and Drug Abuse Society	Services des traitements transférés	n/d
Kitamaat Village Council	Kitamaat	676
Ktunaxa/Kinbasket Tribal Council	Columbia Lake	604
	Lower Kootenay	606
	St. Mary's	602
	Shuswap Band	605
	Tobacco Plains	603
Tsow-Tun Le Lum Society	Services des traitements transférés	n/d