



Automne 2015

Rapports du vérificateur général du Canada

RAPPORT 7

La création de la Régie de la santé des Premières Nations
en Colombie-Britannique



Bureau du vérificateur général du Canada

BVG

Dans le présent rapport, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Le rapport est également diffusé sur notre site Web à l'adresse www.oag-bvg.gc.ca.

This document is also available in English.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le vérificateur général du Canada, 2015.

N° de catalogue FA1-2015/2-7F-PDF

ISBN 978-0-660-03561-1

ISSN 1701-5421

Table des matières

Introduction	1
Audits antérieurs des programmes et services destinés aux membres des Premières Nations	1
La Régie de la santé des Premières Nations	3
Objet du rapport	5
Étude	7
Création de la Régie de la santé des Premières Nations	7
L'engagement indéfectible des dirigeants a été essentiel à la création de la Régie	7
La désignation d'un seul interlocuteur par les Premières Nations a facilité les négociations avec les autres ordres de gouvernement	10
L'accord portant création de la Régie a permis de surmonter les difficultés liées aux obstacles structurels nuisant à la prestation des services	12
Audit	17
Établissement d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance au sein de la Régie de la santé des Premières Nations	17
Les politiques de la Régie examinées comportaient des faiblesses	19
La Régie ne s'est pas entièrement conformée à toutes les politiques examinées	22
La Régie prenait des mesures pour renforcer la reddition de comptes et la gouvernance	27
Conclusion	30
À propos du rapport	32
Tableau des recommandations	34

Introduction

Audits antérieurs des programmes et services destinés aux membres des Premières Nations

7.1 Le Bureau du vérificateur général a réalisé des audits des programmes et services fédéraux destinés aux membres des Premières Nations dans des domaines comme l'éducation, la santé, l'eau, le logement, les services à l'enfance et à la famille et les exigences en matière de rapports. Ces audits ont fait émerger de nombreuses lacunes, notamment :

- des écarts qui persistent entre le taux d'obtention du diplôme d'études secondaires des élèves des Premières Nations vivant dans les réserves et celui des autres Canadiens;
- des problèmes dans la gestion des services de santé non assurés (produits et services liés à la santé qui ne sont pas assurés par les provinces, ni par des régimes d'assurance privés) qui sont offerts aux membres des Premières Nations vivant dans les réserves ou à l'extérieur de celles-ci;
- l'absence de cadre réglementaire pour surveiller la qualité de l'eau dans les réserves, en dépit de l'existence d'un tel cadre dans chaque province et territoire;
- une grave pénurie de logements dans les réserves et la nécessité de rénover de fond en comble les logements existants en raison de moisissures et de contaminants;
- la proportion d'enfants autochtones retirés de leur famille, qui est considérablement plus élevée que pour les autres enfants canadiens;
- les exigences en matière de rapports imposées par le gouvernement fédéral aux collectivités des Premières Nations, dont beaucoup comptent moins de 500 habitants, qui imposent une lourde charge administrative sans que l'objectif de ces rapports soit clairement énoncé.

7.2 Dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011), le Bureau présente son audit des progrès réalisés par le gouvernement fédéral en vue de mettre en œuvre certaines recommandations qui avaient été formulées lors d'audits antérieurs. Cet audit avait permis de constater que les progrès réalisés pour donner suite à plusieurs de nos recommandations étaient insatisfaisants. Cet audit avait aussi permis de constater que même lorsque des mesures fédérales s'étaient traduites par des progrès satisfaisants dans la mise en œuvre de nos recommandations, cela n'avait pas favorisé, dans bien des cas, une amélioration substantielle des conditions de vie et du bien-être des membres des Premières Nations vivant dans les réserves.

7.3 Dans la préface du rapport d'audit de 2011, nous avons décrit quatre obstacles structurels qui, selon nous, nuisaient grandement à la prestation des services publics destinés aux collectivités des Premières Nations et entravaient l'amélioration de la qualité de vie dans les réserves :

- le manque de clarté quant au type et au niveau des services que le gouvernement fédéral appuie;
- l'absence d'un cadre législatif ou réglementaire pour les programmes en faveur des Premières Nations;
- l'absence d'un mécanisme de financement approprié pour la mise en œuvre des programmes dans les collectivités;
- l'absence d'organisations capables d'appuyer la prestation des services à l'échelle locale.

7.4 La préface de ce rapport explique pourquoi il est important de surmonter chacun de ces obstacles structurels afin d'améliorer la prestation des programmes et des services. Par exemple, le rapport indique que le gouvernement fédéral a appuyé de nombreux services dans les réserves qui étaient normalement assurés par les gouvernements provinciaux et municipaux à l'extérieur des réserves. Cependant, il n'était pas toujours manifeste que le gouvernement fédéral s'était employé à assurer, dans les réserves, des services de même étendue et de la même qualité que ceux offerts à l'extérieur des réserves. De plus, la préface souligne la nécessité d'établir un fondement législatif pour les programmes et services. Cela contribuerait à renforcer la reddition de comptes en précisant les rôles et responsabilités de chacun ainsi que les critères d'admissibilité. Un tel fondement législatif représenterait aussi un engagement clair de la part du gouvernement à l'égard de la prestation de ces programmes et services.

7.5 La préface du rapport de 2011 précise également comment un mécanisme de financement approprié à long terme pour les programmes et services qui sont mis en œuvre par les Premières Nations pourrait améliorer la planification à long terme. Le mécanisme de financement proposé se distinguait des nombreuses ententes fédérales de contribution signées avec les Premières Nations, car celles-ci doivent généralement être renouvelées tous les ans. Enfin, la préface souligne aussi l'importance pour les organisations d'appuyer la prestation des services à l'échelle locale. Même si les provinces ont établi des conseils scolaires, des conseils de santé et des organismes de services sociaux pour appuyer la prestation des services à l'échelle locale, il y a peu d'organisations similaires pour veiller à la prestation des services au sein des Premières Nations.

7.6 Dans le cadre de nos audits des programmes en faveur des Premières Nations réalisés depuis 2011, nous avons observé que ces obstacles structurels continuaient d'entraver la prestation des services dans les réserves. Ainsi, dans le chapitre 5, « Le Programme des services de police des Premières nations — Sécurité publique Canada », du *Rapport du vérificateur général du Canada* (printemps 2014), nous avons examiné les services de police dans les réserves. Nous avons alors constaté que

certaines signataires d'ententes (Premières Nations ou leurs organisations) avaient eu moins d'un mois de préavis pour négocier les modalités des ententes de services de police. Or ces ententes servaient à financer des collectivités des Premières Nations pour qu'elles améliorent les services de police en place ou qu'elles puissent assurer leurs propres services de police.

7.7 Dans le rapport 4, « L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations », des *Rapports du vérificateur général du Canada* (printemps 2015), nous avons constaté que Santé Canada ne savait pas si le soutien qu'il offrait aux membres des Premières Nations vivant dans des communautés éloignées donnait un accès comparable aux services de santé. Nous avons aussi constaté que le Ministère n'avait pas évalué la capacité des postes de soins infirmiers à offrir les services de santé qui avaient été désignés comme étant essentiels. Dans les rapports d'audit publiés depuis 2011, nous avons aussi constaté qu'il y avait un manque persistant de coordination entre les pouvoirs publics fédéraux et provinciaux, qui s'est traduit par un manque de clarté au sujet des services à fournir, des niveaux de services et des lois applicables.

7.8 À la lumière des résultats des audits publiés jusqu'en 2011 et par la suite, le Bureau reste d'avis qu'il faut apporter des changements si l'on veut que les Premières Nations puissent profiter davantage des services qui leur sont offerts. Nous sommes conscients que les problèmes soulevés sont complexes et que pour y remédier, il faudra des efforts concertés du gouvernement fédéral et des Premières Nations, et ce, en collaboration avec les gouvernements provinciaux et les autres parties concernées. Nous savons aussi que le gouvernement fédéral ne peut pas instaurer tous les changements structurels lui-même, car les Premières Nations ont un rôle prépondérant à jouer à cet égard.

7.9 Nous avons observé en Colombie-Britannique comment les obstacles structurels peuvent être surmontés. Le transfert en 2013, aux Premières Nations de cette province, de responsabilités fédérales relatives aux programmes et aux services de santé l'illustre bien. Cette initiative, qui a pris presque dix ans, a mené à la création de la Régie de la santé des Premières Nations. Et même s'il est encore trop tôt pour évaluer les répercussions de cette initiative et déterminer si la santé des membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique s'en trouvera améliorée, il reste que la création de la Régie marque un jalon important dans l'évolution des rapports entre les Premières Nations de la Colombie-Britannique et le gouvernement fédéral.

La Régie de la santé des Premières Nations

7.10 La province de la Colombie-Britannique abrite une population diversifiée de Premières Nations. Elle compte en effet plus de 200 Premières Nations, dont 40 collectivités qui vivent dans des régions éloignées (parfois à plus de 350 km du centre de services le plus près).

Certaines de ces 40 collectivités éloignées peuvent accéder à un centre de services par route tout au long de l'année, alors que d'autres ne peuvent accéder à l'année à aucun centre de services par route. Selon Statistique Canada, il y avait en 2011 quelque 155 000 membres des Premières Nations résidant en Colombie-Britannique, notamment plus de 60 000 personnes ayant le statut d'Indien inscrit qui vivaient à l'extérieur des réserves. Les membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique, comme partout au Canada, sont aux prises avec divers problèmes économiques, sociaux et de santé.

7.11 Selon les statistiques provinciales, les résultats en matière de santé des membres des Premières nations de la Colombie-Britannique sont médiocres par rapport à ceux de la population de la province en général (voir la pièce 7.1). Le taux de suicide chez les jeunes Indiens inscrits, par exemple, est presque quatre fois plus élevé que celui des autres habitants de la province. Les gouvernements fédéral et provincial, de même que les chefs des Premières Nations de la Colombie-Britannique, ont indiqué que ces disparités s'expliquaient en partie par la mauvaise coordination des systèmes de santé provinciaux et fédéraux qui existent en parallèle, par la fragmentation des services et par le grand nombre d'ententes de financement fédérales conclues avec de petites collectivités géographiquement dispersées. Les chefs des Premières nations, le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Colombie-Britannique ont tous admis que le statu quo n'était pas acceptable.

Pièce 7.1 Les résultats en matière de santé des Indiens inscrits par rapport à ceux du reste de la population de la Colombie-Britannique

Indicateur	Indiens inscrits	Autres résidents de la province
Espérance de vie à la naissance (moyenne sur cinq ans, 2006-2010)	74,7 ans	81,1 ans
Taux de mortalité normalisé selon l'âge (2010)	76,3 pour 10 000 personnes	45,5 pour 10 000 personnes
Taux de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans (taux global sur cinq ans : 2006-2010)	3,0 pour 10 000 personnes	0,7 pour 10 000 personnes
Taux de mortalité infantile (taux global sur cinq ans : 2006-2010)	7,2 pour 1 000 personnes	3,5 pour 1 000 personnes
Prévalence du diabète, standardisée selon l'âge (2010-2011)	8,0 pour 100 personnes	5,8 pour 100 personnes
Source : Rapport spécial de l'agent de la santé provincial de la Colombie-Britannique, <i>The Health and Well-being of the Aboriginal Population</i> , 2012		

7.12 La Régie de la santé des Premières Nations est un organisme provincial sans but lucratif, qui a été mis sur pied pour :

- concevoir, mettre en œuvre et financer des programmes de santé destinés aux Premières Nations de toute la province;
- améliorer la participation des Premières Nations aux processus décisionnels visant les soins de santé;
- améliorer l'accès aux services de santé disponibles et régler les problèmes liés à la qualité des services;
- faciliter l'intégration des services de santé fédéraux et provinciaux;
- assurer des services de santé et une aide à plus de 200 Premières Nations, dont beaucoup comptent moins de 500 membres.

7.13 La Régie de la santé des Premières Nations, qui est située à West Vancouver, a assumé l'entière responsabilité de la prestation des programmes et des services en 2013, après presque dix ans de négociations entre les Premières Nations de la Colombie-Britannique, le gouvernement du Canada et le gouvernement provincial. L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, signé en 2011, prévoit le financement de la Régie pour une période de dix ans. Le gouvernement fédéral s'est ensuite engagé, aux termes de l'Accord de financement du Canada signé en 2013, à verser à la Régie jusqu'à 4,7 milliards de dollars de 2013-2014 à 2022-2023. Aux termes de l'Accord-cadre tripartite, le gouvernement de la Colombie-Britannique s'est quant à lui engagé à verser 83,5 millions de dollars à la Régie sur neuf ans.

7.14 La Régie a assumé la gestion des programmes et services de santé fédéraux qui relevaient auparavant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région du Pacifique, de Santé Canada. Il y a donc au total 11 programmes, notamment des programmes de soins primaires, de santé mentale et de toxicomanie, et les services de santé non assurés. La Régie est aussi chargée de coordonner les programmes et les services de santé avec les autorités sanitaires régionales en place de la province et d'appuyer et de financer la prestation de services de santé à l'échelle locale dans les collectivités des Premières Nations. La Régie a défini quelques objectifs qui lui sont propres pour guider le transfert de responsabilités, notamment réduire au minimum les perturbations dans les services aux Premières Nations.

Objet du rapport

7.15 Nous avons amorcé nos travaux afin d'informer le Parlement des efforts déployés par les Premières Nations de la Colombie-Britannique et Santé Canada pour surmonter les obstacles structurels signalés dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les

réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011), dans le cadre de la création de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique.

7.16 Lors de nos travaux, nous avons recensé des facteurs de réussite qui, selon nous, ont aidé à surmonter les obstacles structurels signalés dans notre audit de 2011 et favorisé la création de la Régie de la santé des Premières Nations. Les facteurs recensés ne constituent pas des impératifs, mais ils pourraient être utiles aux Premières Nations et aux autres gouvernements qui envisagent de procéder à un transfert de responsabilités similaire. Même si nous n'avons pas officiellement examiné les activités de la province de la Colombie-Britannique dans le cadre de nos travaux, nous avons noté qu'elle avait apporté un soutien important et continu au processus, et nous faisons référence à la contribution de la province tout au long du rapport.

7.17 Le présent rapport comprend une étude portant sur la période allant de 2005 jusqu'à la fin du transfert des responsabilités par Santé Canada à la Régie de la santé des Premières Nations en 2013. Au cours de l'étude, nous avons élargi l'étendue de nos travaux en réalisant un audit de quelques aspects du cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie. Nous avons examiné le début de la mise en œuvre de ce cadre, pendant la période de 2013 à 2015. Nous avons effectué cet audit à la suite d'allégations visant la reddition de comptes et la transparence formulées contre la Régie que nous avons reçues dans une lettre anonyme. L'objectif de l'audit était de déterminer si la Régie de la santé des Premières Nations avait élaboré et mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance.

7.18 L'étude (qui peut être consultée aux paragraphes 7.20 à 7.52) est surtout descriptive et se fonde sur des recherches et des entrevues menées auprès des responsables de la Régie de la santé des Premières Nations, de fonctionnaires de Santé Canada et de certaines parties prenantes. Par ailleurs, nous avons fait un audit de certains éléments du cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie (voir les paragraphes 7.53 à 7.102); pour ce faire, nous avons examiné des documents et des dossiers et mené des entrevues avec des représentants de la Régie de la santé des Premières Nations et de Santé Canada. Ni l'étude ni l'audit ne se prononcent sur l'efficacité de la planification et de la prestation des programmes et des services par la Régie aux collectivités des Premières Nations.

7.19 La section intitulée **À propos du rapport**, aux pages 32 et 33, donne des précisions sur l'objectif, l'étendue et la méthode de nos travaux.

Étude

7.20 L'objectif de l'étude était de faire connaître au Parlement les efforts déployés par les Premières Nations de la Colombie-Britannique et Santé Canada pour surmonter les obstacles structurels signalés dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011), dans le cadre de la création de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique.

Création de la Régie de la santé des Premières Nations

7.21 Dans l'ensemble, les Premières Nations de la Colombie-Britannique, Santé Canada et la province de la Colombie-Britannique ont collaboré de façon fructueuse pendant près de dix ans pour définir un nouveau modèle de prestation des services de santé aux Premières Nations de la Colombie-Britannique. Plus particulièrement, les facteurs suivants ont facilité les efforts visant à établir la Régie :

- l'engagement indéfectible des chefs des Premières Nations de la Colombie-Britannique et des dirigeants du gouvernement du Canada et du gouvernement de la Colombie-Britannique;
- la désignation d'un seul interlocuteur par les Premières Nations pour négocier avec le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial;
- la signature de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et de l'Accord de financement du Canada, de dix ans, qui s'attaquent aux défis concernant les quatre obstacles structurels relevés dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011) : le manque de clarté quant au type et au niveau des services que le gouvernement fédéral appuie; l'absence d'un cadre législatif ou réglementaire pour les programmes en faveur des Premières Nations; l'absence d'un mécanisme de financement approprié pour la mise en œuvre des programmes dans les collectivités; et l'absence d'organisations capables d'appuyer la prestation des services à l'échelle locale.

L'engagement indéfectible des dirigeants a été essentiel à la création de la Régie

7.22 L'engagement indéfectible des principaux dirigeants des Premières Nations de la Colombie-Britannique, du gouvernement du Canada et du gouvernement de la Colombie-Britannique pendant près de dix ans a permis d'instaurer un climat de confiance et de respect. Les parties ont ainsi pu examiner et négocier l'approche à adopter pour transférer les responsabilités relatives aux programmes et aux services de santé

aux Premières Nations de cette province. Une série d'accords et d'ententes témoigne de l'évolution de la relation et décrit en détail les modalités de mise en œuvre des changements, les objectifs et jalons à atteindre, ainsi que les responsabilités respectives de chacune des parties (voir la pièce 7.2).

Pièce 7.2 Principaux jalons ayant mené à l'établissement de la Régie de la santé des Premières Nations

Jalon	Description
Leadership Accord (accord de leadership) (2005)	Accord signé entre l'Union des chefs indiens de la Colombie-Britannique, le Sommet des Premières Nations et l'Assemblée des Premières Nations (région de la Colombie Britannique). Ensemble, ces organisations forment le Conseil des leaders des Premières Nations. Cet accord confirme le respect mutuel des parties et officialise leur collaboration en vue de régler des questions d'intérêt commun.
Initiative « Nouvelle relation » (2005)	Accord entre le Conseil des leaders des Premières Nations et la province de la Colombie-Britannique, représentée par son premier ministre. Dans cet accord, qui définit une vision, des objectifs et des principes communs, les parties s'engagent à établir des mécanismes et des institutions pour que la prise de décisions relève à la fois des Premières Nations de la Colombie-Britannique et de la province.
Transformative Change Accord (accord sur le changement transformateur) (2005)	Accord entre la province de la Colombie-Britannique, le Conseil des leaders des Premières Nations et le gouvernement du Canada, qui décrit la nécessité de collaborer sur dix ans dans le but de combler les écarts entre les membres des Premières Nations et le reste de la population canadienne dans plusieurs domaines, dont la santé.
Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (accord sur le changement transformateur : plan pour la santé des Premières nations) (2006)	Plan élaboré par le Conseil des leaders des Premières Nations et la province de la Colombie-Britannique, qui recense les actions prioritaires à mener pour combler les écarts en matière de santé entre les membres des Premières Nations et le reste de la population en Colombie-Britannique.
Protocole d'entente sur le Plan pour la santé des Premières nations (2006)	Entente aux termes de laquelle Santé Canada a convenu de collaborer avec les Premières Nations et la province de la Colombie-Britannique dans le but de combler l'écart en matière de santé entre les membres des Premières Nations et le reste de la population de la province.
Plan tripartite pour la santé des Premières nations (2007)	Plan signé par le Conseil des leaders des Premières Nations, la province de la Colombie-Britannique et le gouvernement du Canada, qui établit et coordonne un partenariat tripartite visant à améliorer la santé des membres des Premières Nations et de leurs collectivités en Colombie-Britannique.
First Nations Health Society (2009)	Société créée aux termes de la <i>Society Act</i> de la Colombie-Britannique pour exécuter le plan pour la santé indépendamment des organisations politiques des Premières Nations. La Société (qui est devenue la Régie de la santé des Premières Nations en 2012) était chargée de fournir une orientation stratégique sur les enjeux liés à la santé.
Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations (2011)	Accord entre la First Nations Health Society (appuyé par le Conseil de la santé des Premières Nations), le ministre fédéral de la Santé et la province de la Colombie-Britannique, qui présente des engagements précis visant l'amélioration de la santé et du bien-être des membres des Premières Nations et de leurs collectivités.

Pièce 7.2 Principaux jalons ayant mené à l'établissement de la Régie de la santé des Premières Nations (suite)

Jalon	Description
Accord de partenariat en matière de santé (2012)	Accord entre le Conseil de la santé des Premières Nations, Santé Canada et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique visant à confirmer le partenariat et l'engagement pris à l'égard de la santé des membres des Premières Nations.
Établissement du Joint Project Board (conseil de projet conjoint) (2012)	Conseil qui sert de forum bilatéral de haut niveau pour les sous-ministres adjoints du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et les cadres supérieurs de la Régie. L'une des principales priorités du Conseil est d'améliorer les soins de base et leur prestation en collaborant à la mise en œuvre des priorités stratégiques, en surmontant les obstacles politiques, en appuyant les initiatives régionales et en favorisant l'intégration des services partout dans la province.
Adoption du nom de la Régie (2012)	La Société a fait rayer le terme « intérimaire » pour faire reconnaître officiellement le nom de la Régie.
Accord de financement du Canada (2013)	Accord entre Santé Canada et la Régie de la santé des Premières Nations, qui prévoit le financement de la Régie pour une période de dix ans afin d'appuyer le transfert des programmes de santé par Santé Canada et permettre à la Régie de planifier, de concevoir, de gérer, d'offrir et de financer la prestation des programmes de santé pour les Premières Nations. L'Accord prévoit le versement d'au plus 4,7 milliards de dollars entre les exercices 2013-2014 et 2022-2023 et comporte des exigences particulières en matière de gouvernance à l'intention de la Régie.
Transfert officiel des responsabilités de Santé Canada à la Régie (1 ^{er} octobre 2013)	La Régie assume entièrement la gestion de programmes et services de santé fédéraux qui relevaient auparavant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région du Pacifique, de Santé Canada.

7.23 Les chefs des Premières Nations de la Colombie-Britannique, représentés par l'Union des chefs indiens de la Colombie-Britannique, le Sommet des Premières Nations et l'Assemblée des Premières Nations (région de la Colombie-Britannique), se sont attachés pendant plusieurs années à promouvoir le changement. En acceptant de conjuguer leurs efforts, ils ont joué un rôle déterminant dans les négociations sur la santé menées avec les autres ordres de gouvernement.

7.24 Des représentants des Premières Nations ont souligné que l'appui précoce accordé par le premier ministre de la Colombie-Britannique avait été essentiel pour amorcer les négociations, tout comme l'appui du ministre fédéral de la Santé. Les premiers ministres et ministres fédéraux qui leur ont succédé ont renouvelé cet appui, ce qui a été essentiel pour préserver la dynamique des négociations et permettre le transfert des responsabilités en 2013.

7.25 Dans le cadre des négociations, les dirigeants fédéraux et provinciaux ont convenu, dans l'initiative « Nouvelle relation » (2005), que les membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique, à titre d'habitants de la province, avaient droit au même niveau de service que les autres résidents de la province. Sur la base de ce constat, ils se sont engagés à collaborer pleinement avec les Premières Nations, ce qui a mené à la création et au maintien d'une nouvelle relation entre les membres

des Premières Nations et le gouvernement de la Colombie-Britannique. Cet engagement a incité les hauts fonctionnaires à innover, tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, et leur a permis d'adopter et de faire progresser la vision définie par les ministres et les chefs.

La désignation d'un seul interlocuteur par les Premières Nations a facilité les négociations avec les autres ordres de gouvernement

7.26 En 2005, les Premières Nations de toute la Colombie-Britannique ont convenu qu'il serait préférable de s'unir pour négocier avec les autres ordres de gouvernement plutôt que de négocier séparément.

7.27 Les trois organisations politiques des Premières Nations de la Colombie-Britannique, soit l'Union des chefs indiens de la Colombie-Britannique, le Sommet des Premières Nations et l'Assemblée des Premières Nations (région de la Colombie-Britannique), ont fait preuve de leadership voulu pour présenter un front commun dans les négociations. En 2005, elles ont en effet signé un accord de leadership qui officialise leur collaboration en vue d'assurer la représentation politique des intérêts des Premières Nations de la province. Les trois organisations ont formé le Conseil des leaders des Premières Nations, composé de dirigeants politiques des organisations fondatrices, dans le but de mettre en œuvre leur plan en faveur du changement. Celui-ci visait notamment à réduire les inégalités en matière de santé dont souffraient les membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique par rapport aux autres résidents de la province.

7.28 En sa qualité de seul interlocuteur, le Conseil des leaders des Premières Nations a négocié avec le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Colombie-Britannique pour régler des questions d'intérêt commun, notamment la santé. Au lieu d'avoir à négocier individuellement avec plus de 200 Premières Nations dans la province, les gouvernements fédéral et provincial ont pu travailler directement avec le Conseil, leur seul interlocuteur désigné. Cela a aidé à rapprocher les points de vue et permis aux Premières Nations de la Colombie-Britannique de discuter des diverses façons d'améliorer les soins de santé qui sont offerts à leurs membres.

7.29 En 2007, les chefs des Premières Nations ont créé le Conseil de la santé des Premières Nations, qui est distinct du Conseil des leaders. Ce nouveau conseil avait pour mission de donner des orientations politiques précises concernant la planification des soins de santé et de faciliter le dialogue en vue de contribuer à l'amélioration des résultats en matière de santé des membres des Premières Nations. Depuis 2010, le Conseil se compose de 15 représentants, soit 3 membres de chacune des 5 régions de la province.

7.30 Le Conseil de la santé a mené des actions intensives de mobilisation et de consultation communautaires entre 2007 et 2013, dans le respect du principe de responsabilisation réciproque. Selon ce principe, toutes les

parties associées à un plan, à des mesures ou à une entente assument ensemble la responsabilité de leur conduite (voir la pièce 7.3). Ce processus a joué un rôle clé dans la légitimation des nouvelles approches en matière de prestation de soins de santé aux membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Pièce 7.3 La responsabilisation réciproque était un principe fondamental sous-tendant la création de la Régie

Les systèmes sociaux traditionnels des Premières Nations prennent leur source dans la responsabilisation réciproque. Il s'agit d'un principe selon lequel chaque membre de la collectivité est responsable de l'incidence de ses décisions et de ses actions, ainsi que de son apport au bien-être de l'ensemble de la collectivité. En assumant la responsabilité collective du régime de santé, les Premières Nations de la Colombie-Britannique estiment que la qualité des soins fournis par le système de santé est tributaire de leur apport collectif. Au cœur de ce concept se trouve l'idée que les Premières Nations de la Colombie-Britannique sont à la fois propriétaires et clientes du régime de santé qu'elles créent ensemble.

Source : Conseil de la santé des Premières Nations et Régie de la santé des Premières Nations

7.31 Cet engagement communautaire s'est exprimé notamment lors de conférences annuelles intitulées *Gathering Wisdom For A Shared Journey* (Rassembler la sagesse pour cheminer ensemble). Ces conférences ont permis aux Premières Nations et à leurs partenaires de se réunir pour examiner et concevoir des approches – sous la forme de documents consensuels – de prestation de services mieux adaptées aux besoins de leurs membres. En 2011, les chefs ont voté, à une écrasante majorité, en faveur de la prise en charge des soins de santé (87 %). En 2012, ils ont été plus nombreux encore à voter en faveur la création d'une Régie de la santé des Premières Nations permanente (94 %).

7.32 En plus de la création d'un cadre de gouvernance de la santé qui tire son autorité et sa légitimité des consultations menées auprès des membres des Premières Nations, ces rencontres ont abouti à un autre résultat clé : l'établissement d'accords de partenariat régionaux entre les représentants régionaux du Conseil de la santé des Premières Nations, la Régie de la santé des Premières Nations et les autorités sanitaires régionales de la province.

7.33 Ces accords de partenariat ont constitué le fondement d'un processus décisionnel concerté entre les représentants régionaux du Conseil de la santé des Premières Nations, la Régie de la santé des Premières Nations et les autorités sanitaires régionales de la province. Ils visaient à renforcer les relations entre ces parties et à mieux harmoniser la planification des soins de santé à l'échelon régional. Selon les représentants de la Régie, ces accords et les plans régionaux connexes en faveur de la santé et du bien-être devaient permettre à l'organisation de tirer parti des ressources existantes au sein des autorités sanitaires régionales afin de favoriser l'amélioration des résultats en matière de santé pour les membres des Premières Nations.

7.34 Deux faits marquants ont grandement favorisé l'établissement d'un front commun pour négocier avec les gouvernements et entraîné d'autres développements : la clarification du devoir de l'État de consulter les Premières Nations et de trouver des accommodements pour celles-ci; et la reconnaissance du fait que chacune des Premières Nations de la Colombie-Britannique s'occupait depuis longtemps de la prestation de programmes et services de santé au sein de ses collectivités.

7.35 En 2004, deux arrêts de la Cour suprême touchant les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont abouti à l'établissement de nouvelles relations entre la province et les Premières Nations : *Nation haida c. Colombie-Britannique (Ministre des Forêts)* et *Première nation Tlingit de Taku River c. Colombie-Britannique (Directeur d'évaluation de projet)*. En 2005, une affaire judiciaire, soit *Première nation crie Mikisew c. Canada (ministre du Patrimoine canadien)*, est venue conforter ces nouvelles relations. Ensemble, ces affaires ont permis de clarifier les rôles, les responsabilités, ainsi que le devoir de la Couronne de consulter les Premières Nations et de tenir compte de leurs titres et droits ancestraux sur les terres et les ressources touchées par les décisions du gouvernement. Les Premières Nations se sont rendu compte qu'en présentant un front uni, elles pourraient profiter des possibilités associées à ces nouvelles relations.

7.36 Par ailleurs, Santé Canada transférait des responsabilités relatives aux programmes et services de santé à certaines Premières Nations depuis les années 1980. C'est donc dire que la proportion de Premières Nations assumant déjà des responsabilités accrues quant à la prestation de programmes au sein de leurs collectivités était plus élevée en Colombie-Britannique que dans les autres régions du pays. Cela a incité les Premières Nations de la province à appuyer l'objectif du transfert des services de santé et à s'y préparer.

L'accord portant création de la Régie a permis de surmonter les difficultés liées aux obstacles structurels nuisant à la prestation des services

7.37 L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et l'Accord de financement du Canada, qui ont mené à la création de la Régie de la santé des Premières Nations, ont permis de surmonter les difficultés liées aux quatre obstacles structurels que nous avons relevés en 2011. Dans le cadre de ces accords, les parties se sont engagées à définir les niveaux des services à fournir, ont recensé les lois sur la santé en vigueur pour encadrer les activités et ont souligné la nécessité d'examiner la mesure dans laquelle les lois devaient être modifiées en fonction de l'évolution de la situation. Elles ont aussi créé un mécanisme de financement à long terme et instauré des organisations et structures pour appuyer la capacité de prestation des programmes au sein des collectivités à l'échelon local.

7.38 Mesures pour définir les niveaux de service des programmes de santé — L'établissement de niveaux de service clairs est l'une des pierres angulaires de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations. De fait, l'un des objectifs de l'Accord était de veiller à ce que les Premières Nations de toutes les régions de la Colombie-Britannique aient accès à des services de santé comparables à ceux offerts aux autres citoyens de la province qui habitent dans des endroits géographiques similaires.

7.39 Il est cependant difficile de définir des niveaux de service visant à favoriser de meilleurs résultats en matière de santé. Des représentants de la Régie nous ont indiqué que c'était d'autant plus difficile que les données de référence sur la santé des Premières Nations étaient incomplètes et que l'accès à ces données était limité. Nous avons noté que, malgré ces difficultés, la Régie avait pris d'importantes mesures pour améliorer la qualité des données, notamment en signant une entente sur la qualité et l'échange des données avec le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial.

7.40 La Régie nous a également informés qu'elle s'employait à élaborer une approche plus exhaustive pour recueillir et gérer les données, de façon à disposer des informations requises pour repérer les lacunes dans les services offerts et améliorer les résultats en matière de santé au fil des ans. Par ailleurs, un poste d'agent provincial adjoint de la santé a été créé en vertu de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations. Cet agent est chargé de collaborer avec les intervenants de l'ensemble du système de santé pour améliorer la qualité des données et l'évaluation des résultats en matière de santé.

7.41 La Régie nous a également fait savoir qu'elle avait posé les premiers jalons clés du recensement des services offerts dans l'ensemble des collectivités des Premières Nations de la Colombie-Britannique, en vue de relever les lacunes dans l'accès aux services. Ce recensement vise à recueillir des renseignements sur les types de praticiens présents et de services offerts dans les diverses collectivités. La Régie nous a indiqué qu'elle comptait se servir de ces informations pour établir des modèles de prestation de services qui favorisent l'amélioration des résultats en matière de santé.

7.42 Définition d'un fondement législatif approprié — La reconnaissance du besoin d'établir un fondement législatif pour les programmes et les services est l'un des éléments de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations. L'Accord définit avec précision les rôles et responsabilités des signataires à l'égard de la prestation des services de santé aux Premières nations de la province. Il indique aussi qu'aux termes de la *Loi canadienne sur la santé* ainsi que de la loi sur la protection médicale (*Medicare Protection Act*) et de la loi sur l'assurance hospitalisation (*Hospital Insurance Act*) de la province, les Indiens inscrits

qui habitent en Colombie-Britannique ont le droit de bénéficier des mêmes services que les autres résidents. L'Accord fait aussi mention de l'engagement pris par les parties d'étudier la façon dont la Régie pourrait recourir aux lois provinciales et fédérales et la manière dont les lois et règlements pourraient être actualisés en fonction de l'évolution des circonstances, et notamment la nécessité de mieux gérer les données.

7.43 Établissement d'un financement à long terme — Les Premières Nations de la Colombie-Britannique ont indiqué qu'un financement stable à long terme était un facteur qui avait fortement influé sur leur décision d'assumer la responsabilité de la prestation des programmes et services de santé. L'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et l'Accord de financement du Canada prévoient un budget pouvant atteindre 4,7 milliards de dollars sur dix ans, soit de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2022-2023.

7.44 Ces accords prévoient un facteur de progression annuel (augmentation) de 5,5 % pour les cinq premières années afin de tenir compte de l'augmentation du coût des soins de santé. Ce facteur de progression doit être renégocié au cours du quatrième exercice visé par les accords. Si une entente n'est pas conclue avant le cinquième exercice, la Régie recevra un montant annuel qui sera équivalent à celui du cinquième exercice jusqu'à la conclusion d'une entente. Les accords comportent également une disposition qui indique que les négociations sur leur renouvellement devraient commencer au plus tard un an avant leur date d'expiration, de sorte à assurer la continuité du financement après l'exercice 2022-2023. L'intégration d'une disposition sur un facteur de progression dans les accords s'apparente à une disposition du Transfert canadien en matière de santé, qui est utilisé par le gouvernement du Canada pour faire des paiements de transfert aux provinces et aux territoires.

7.45 L'établissement d'un financement à long terme a renforcé la certitude de la Régie sur la santé des Premières Nations à l'égard de son budget de fonctionnement. Contrairement à certaines ententes de contribution conclues entre le gouvernement fédéral et des Premières Nations, qui prévoient un financement de plus courte durée ou qui sont financées dans le cadre de programmes dont la date d'échéance est prédéterminée, les dispositions de l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et de l'Accord de financement du Canada constituent pour les Premières Nations une base de capitalisation sur laquelle elles peuvent faire des projets à long terme.

7.46 Dans l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, Santé Canada a reconnu l'importance de transférer à la Régie non seulement des fonds expressément voués à la prestation des programmes, mais aussi des ressources destinées à la planification, au suivi et à l'administration des activités. Des fonctionnaires de Santé Canada ont utilisé un processus systématique pour calculer le

financement de base nécessaire à l'établissement et au fonctionnement de la Régie, en se fondant sur le pourcentage des dépenses engagées par le passé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de la région du Pacifique.

7.47 Plus particulièrement, l'Accord-cadre tripartite prévoit le financement des coûts associés à des fonctions administratives, telles que la gestion des ressources humaines, des immobilisations et des logiciels, la gestion de l'information et les technologies de l'information. Cela a aidé la Régie à établir ses assises en tant que nouvelle organisation. Dans un souci de transparence, Santé Canada a communiqué ces calculs et les hypothèses sous-jacentes à l'équipe chargée des négociations. Ces estimations étaient alors considérées comme les meilleures possible, même si l'estimation des coûts réels pouvait évoluer tout au long des négociations. Il faut savoir que Santé Canada a versé à la Régie 56 millions de dollars de l'exercice 2007-2008 à l'exercice 2012-2013 pour l'aider à s'établir avant le transfert des responsabilités relatives aux programmes et services.

7.48 **Appui à la prestation des services à l'échelle locale** — Plusieurs changements ont été apportés en vue d'accroître le soutien à la prestation de services à l'échelle locale depuis la création de la Régie. Ainsi, avant le transfert de responsabilités, Santé Canada payait au ministère de la Santé de la Colombie-Britannique les primes des Indiens inscrits de la province pour le régime d'assurance médicale (RAM) provincial. Ces fonds étaient transférés à la Régie et, en 2013, la Régie et le ministère de la Santé de la province ont conclu une entente prévoyant que 25 % de la contribution annuelle de la Régie en guise de primes au RAM seraient réservées à l'amélioration de l'accès aux services financés par le RAM pour les Premières Nations. Divers projets ont été approuvés depuis 2013 dans le cadre de ce nouvel accord, qui vise notamment à élargir l'accès aux soins de base, aux soins de maternité, aux programmes pour le bien-être mental et aux programmes de lutte contre la toxicomanie, ainsi qu'à améliorer le bien-être des jeunes et les programmes de prévention du suicide et les interventions connexes.

7.49 De plus, la Régie a embauché des médecins-chefs et des directeurs régionaux pour prodiguer des conseils et une orientation aux autorités sanitaires régionales de la province sur la façon d'améliorer les programmes et les services offerts aux membres des Premières Nations. Des représentants de la Régie nous ont indiqué que grâce à cette mesure, la Régie avait pu aider les autorités sanitaires à, par exemple, augmenter le nombre de personnes se présentant aux cliniques communautaires de vaccination. La Régie a également déployé beaucoup d'efforts à la formation sur la sensibilisation culturelle, qui est obligatoire pour tous les membres de son personnel. Elle a aussi collaboré avec les autorités sanitaires régionales pour s'assurer que leur personnel de première ligne avait suivi les cours de formation nécessaires.

7.50 Parallèlement à ses activités continues visant à mieux cerner les besoins en matière de santé et les lacunes dans les services offerts au sein des collectivités, la Régie s'efforce d'élargir l'accès aux services de santé électroniques. Ces services permettent aux médecins et à d'autres fournisseurs de soins de santé d'effectuer des consultations médicales à distance, au moyen de systèmes de caméra et d'outils de diagnostic connexes.

7.51 La Régie nous a fait savoir que plus de 20 collectivités éloignées avaient désormais accès à des services de santé électroniques et à quelque 100 fournisseurs de soins de santé. Des représentants de la Régie ont indiqué que cette offre élargie avait permis des interventions en temps réel lors de situations d'urgence et que cela pourrait réduire considérablement les coûts liés aux évacuations sanitaires.

7.52 La Régie a noté que les services de santé électroniques avaient également joué un rôle important dans la formation du personnel offrant des services de santé à l'échelle locale. Au début de 2015, la Régie a donné une formation dans les régions éloignées grâce à la vidéoconférence. Les participants ont suivi un cours d'aide-soignant pour apprendre à prodiguer des soins à domicile aux personnes âgées. Des représentants de la Régie nous ont indiqué que les participants avaient réussi le cours et qu'ils avaient obtenu un emploi dans ce domaine.

Audit

7.53 Pendant notre étude, nous avons reçu un document anonyme contenant des allégations contre la Régie. Les faits reprochés à la Régie concernaient sa gestion des conflits d'intérêts, ses enquêtes sur des cas d'inconduite au travail et les modalités de dotation en personnel pour des postes clés. Nous n'avons pas examiné l'ensemble du cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie. Nous avons plutôt décidé d'examiner les éléments des politiques du cadre de la Régie se rattachant aux allégations formulées, afin de déterminer si les politiques lui fournissaient les orientations voulues pour répondre à ces allégations. L'objectif de l'audit était donc de déterminer si la Régie de la santé des Premières Nations avait élaboré et mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance. Nous avons aussi vérifié si la Régie s'était conformée aux éléments de ces politiques se rattachant aux allégations formulées.

Établissement d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance au sein de la Régie de la santé des Premières Nations

Constatation générale →

7.54 Dans l'ensemble, nous avons constaté que la Régie de la santé des Premières Nations avait établi un cadre de reddition de comptes et de gouvernance pour orienter ses activités et promouvoir la transparence et la reddition de comptes. Ce cadre comprenait un ensemble de politiques décrivant les modalités de gestion de la Régie. Nous avons toutefois constaté des lacunes dans les politiques que nous avons examinées en ce qui a trait aux conflits d'intérêts, au recrutement, à la sécurité du personnel, aux enquêtes administratives, à l'information financière et aux informations fournies à cet égard, ainsi qu'à la réinstallation des employés. De plus, nous avons constaté que les directives de la Régie sur les modalités de mise en œuvre de ces politiques étaient limitées. Lors de notre examen de la réponse de la Régie aux allégations formulées à l'égard de la reddition de comptes et de la transparence au sein de l'organisation, nous avons constaté que la Régie s'était conformée à sa politique sur les conflits d'intérêts. Elle n'avait cependant pas entièrement respecté les exigences énoncées dans sa politique sur les enquêtes portant sur les cas d'inconduite au travail et dans sa politique sur la dotation en fonction du mérite. Nous avons aussi constaté que les raisons expliquant les écarts considérables entre les indemnités prévues dans les contrats de travail des membres de la haute direction n'avaient pas été consignées en dossier.

7.55 Cette constatation est importante parce que la Régie doit pouvoir compter sur un cadre de reddition de comptes et de gouvernance efficace pour montrer qu'elle mène ses activités dans le respect des obligations qui lui incombent aux termes de l'Accord-cadre tripartite de la

Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et de ses obligations envers les Premières Nations de la Colombie-Britannique, son conseil d'administration, le système de santé provincial et les gouvernements fédéral et provincial.

Contexte

7.56 La Régie de la santé des Premières Nations a assumé l'entière responsabilité de ses activités en octobre 2013. Elle a pris en charge la planification, la conception, la gestion et le financement de la prestation des programmes de santé destinés aux Premières Nations de toute la Colombie-Britannique. Près des trois quarts de son budget de fonctionnement ont servi à financer son programme de soins de santé et, au moyen d'accords de contribution, divers organismes de santé des Premières Nations dans l'ensemble de la province qui fournissent des programmes et services dans les collectivités.

7.57 La Régie gère un effectif qui est passé de moins de 50 employés en 2009 à près de 500 employés en 2015, y compris environ 200 employés qui ont été mutés de Santé Canada en 2013. Dans le cadre de la transition, il a fallu concilier différentes cultures organisationnelles et divers systèmes informatiques et de gestion financière, en plus d'établir un cadre de reddition de comptes et de gouvernance adapté aux activités élargies et complexifiées de la Régie.

7.58 À titre d'organisme sans but lucratif financé par l'État, la Régie joue un rôle clé dans la prestation de services de santé aux membres des Premières Nations. Comme toute autorité sanitaire, elle avait, selon nous, l'obligation de préserver la confiance du public dans son processus décisionnel et son fonctionnement. En particulier, elle devait s'assurer de servir l'intérêt supérieur des membres des Premières Nations.

7.59 Par conséquent, le cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie devait soutenir, d'une part, la reddition de comptes à l'égard des Premières Nations de la Colombie-Britannique, de son conseil d'administration et des gouvernements fédéral et provincial qui la financent et, d'autre part, ses responsabilités à titre de fournisseur de services de santé au sein du système de santé provincial. Le cadre devait aussi aider la Régie à gérer les accords de contribution qu'elle devait signer avec les différentes Premières Nations et leurs organismes de santé par l'entremise desquels des fonds sont accordés pour financer les programmes et services de santé offerts dans les collectivités.

7.60 Plus particulièrement, l'Accord-cadre tripartite signé entre la Régie et les gouvernements fédéral et provincial définit des exigences précises en matière de gouvernance, de reddition de comptes et de transparence que la Régie a convenu de mettre en œuvre. Ces engagements prévoient notamment l'établissement :

- de systèmes de contrôle internes solides;
- de processus solides pour la budgétisation et l'affectation des ressources;

- de solides normes en matière de conflits d'intérêts et de déontologie (ainsi que des politiques et mécanismes visant à surveiller la conformité);
- de solides processus internes de reddition de comptes;
- d'une fonction de ressources humaines qui permet de recruter les personnes les plus compétentes pour les postes à pourvoir.

La Régie était également tenue de présenter aux gouvernements fédéral et provincial des rapports annuels sur ses activités et de promouvoir la responsabilisation réciproque en s'assurant que les besoins et les priorités des collectivités des Premières Nations desservies étaient pris en considération lors de la planification et de la réalisation de sa stratégie. La Régie s'est engagée officiellement à satisfaire ces exigences.

Les politiques de la Régie examinées comportaient des faiblesses

Ce que nous avons constaté

7.61 Nous avons constaté que les politiques de la Régie que nous avons examinées comportaient des faiblesses. Nous avons aussi constaté que les directives connexes à l'intention de la direction et des employés de la Régie concernant la façon de mettre en œuvre ces politiques étaient limitées.

7.62 Notre analyse à l'appui de cette constatation rend compte de ce que nous avons examiné et porte sur :

- le cadre de reddition de comptes et de gouvernance;
- la politique sur les conflits d'intérêts;
- les autres politiques de la Régie.

Importance de cette constatation

7.63 Cette constatation est importante parce qu'une organisation doit se doter de politiques et les appliquer de façon systématique pour pouvoir mener à bien ses activités et montrer qu'elle fait preuve de reddition de comptes et de transparence. Dans le cas qui nous occupe, vu la taille de son budget (jusqu'à 4,7 milliards de dollars sur 10 ans) et l'augmentation du nombre de ses employés (de moins de 50 à près de 500), la Régie doit disposer de politiques qui sont adaptées à la nature et à la complexité des activités qu'elle est chargée de mener.

Recommandation

7.64 Notre recommandation relativement au secteur examiné est présentée au paragraphe 7.70.

Analyse pour appuyer la constatation

7.65 **Ce que nous avons examiné** — Nous avons procédé à un examen préliminaire des allégations figurant dans le document que nous avons reçu. Nous avons mis l'accent sur celles qui visaient les modalités de

gestion des conflits d'intérêts de la Régie, les enquêtes menées sur les cas d'inconduite au travail et la dotation pour des postes clés. Nous avons aussi examiné les éléments des politiques de la Régie liés à ces allégations afin de déterminer si elles contenaient des directives suffisantes sur la manière de traiter ces questions. Plus particulièrement, nous avons examiné :

- la politique sur les normes de conduite, les conflits d'intérêts et la confidentialité (*Standards of Conduct, Conflict of Interest and Confidentiality Policy*);
- la politique sur le processus de recrutement et de sélection (*Recruitment and Selection Policy*);
- la politique sur la sécurité du personnel (*Personnel Security Policy*);
- la politique sur les enquêtes administratives (*Administrative Investigations Policy*);
- la politique sur l'approbation et la communication d'informations financières (*Financial Information Approval and Disclosure Policy*);
- la politique sur la réinstallation (*Relocation Policy*).

7.66 Le cadre de reddition de comptes et de gouvernance — La Régie a instauré un cadre qui se compose de 42 politiques pour orienter ses activités et promouvoir la reddition de comptes et la transparence. En 2013 et en 2014, le conseil d'administration de la Régie a approuvé les six politiques que nous avons examinées. Nous avons constaté que la Régie avait clairement communiqué ces politiques aux employés : elles ont été publiées sur son site intranet et sur le blogue de la direction de la Régie, et quelques séances de formation ont eu lieu. Nous avons cependant constaté que les directives connexes destinées à aider la direction et les employés à mettre en œuvre ces politiques étaient limitées.

7.67 La politique sur les conflits d'intérêts — La Régie a défini sa politique sur les normes de conduite, les conflits d'intérêts et la confidentialité en mars 2013. Aux termes de cette politique, chaque employé se doit de signaler à son superviseur tout intérêt ou toute relation personnelle ou familiale qui pourraient être perçus comme un conflit d'intérêts. Même si la politique indiquait que la conformité à celle-ci était une condition d'emploi, elle n'exigeait pas que les nouveaux employés déclarent officiellement tout conflit d'intérêts possible. La politique n'obligeait pas non plus les employés à faire périodiquement une déclaration sur les conflits d'intérêts. Nous avons aussi constaté qu'il manquait des directives pour encadrer l'application de la politique, notamment des consignes précises et des formulaires de déclaration des conflits d'intérêts à remplir par les employés. Nous sommes d'avis que tous les nouveaux employés devraient remplir une telle déclaration à leur arrivée, et que tous les employés devraient en remplir une chaque année ou dès que les circonstances changent. Cela donnerait l'assurance que les déclarations sont à jour.

7.68 Nous avons aussi noté que la politique ne contenait aucune mesure précise pour prévenir les conflits d'intérêts ou traiter les conflits d'intérêts portés à la connaissance de l'organisation. En outre, la Régie ne disposait d'aucun mécanisme pour surveiller la conformité à sa politique. À notre avis, la politique ne satisfaisait donc pas aux exigences énoncées dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, qui précisait que la Régie devait posséder de solides normes internes en matière de conflits d'intérêts et de déontologie, ainsi que des mécanismes visant à surveiller la conformité.

7.69 **Les autres politiques de la Régie** — Nous avons également constaté des faiblesses dans les autres politiques de la Régie que nous avons examinées. Par exemple :

- Les directives contenues dans la politique sur le processus de recrutement et de sélection, portant sur les modalités d'évaluation des candidats à des postes et sur la manière de documenter les décisions prises, étaient limitées. Elles ne précisait pas comment déterminer le candidat le plus qualifié pour un poste donné, ni les situations dans lesquelles il convenait de recourir au recrutement externe plutôt qu'interne. Or ce type de directives est nécessaire pour respecter les critères d'équité et de compétence auxquels sont assujetties les organisations financées par l'État.
- La politique sur la sécurité du personnel stipulait que les employés travaillant auprès de personnes vulnérables doivent se soumettre à une vérification de leur casier judiciaire. Elle ne contenait cependant aucune disposition pour garantir que les attestations de sécurité étaient actualisées périodiquement. Or un contrôle périodique des attestations de sécurité permet de garantir que les personnes qui occupent des postes dans l'intérêt public sont à même de remplir des fonctions où elles sont en contact avec le public.
- La politique sur les enquêtes administratives n'indiquait pas les circonstances particulières dans lesquelles le superviseur d'un plaignant, plutôt que d'autres personnes, était habilité à mener une enquête. Or de telles directives favoriseraient l'objectivité des enquêtes. Par ailleurs, la politique ne précisait pas le type de documentation nécessaire pour démontrer que les enquêtes avaient été réalisées de manière appropriée. Ces directives sont cruciales, car elles contribuent à protéger l'organisation et à éviter que les personnes ayant formulé des allégations de bonne foi subissent des représailles. Il s'agit d'une pratique courante dans de nombreuses organisations financées par l'État.
- La politique sur l'approbation et la communication d'informations financières n'exigeait pas que la Régie divulgue le montant des contrats de services professionnels et autres, des frais d'accueil et de déplacement, ni les salaires des cadres supérieurs. Or les organisations financées par l'État sont généralement tenues de

divulguer ce type d'information. Nous avons par exemple constaté que les autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique publiaient les salaires de leurs cadres supérieurs. Nous avons noté que la Régie avait publié la rémunération des membres du conseil d'administration, ses états financiers audités, ses rapports annuels et ses plans de service, mais pas les montants des contrats de services professionnels et autres, ni les frais d'accueil et de déplacement des cadres, ni les salaires des cadres supérieurs. Même si la Régie n'est pas tenue, aux termes des lois de la province ou de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, de divulguer ces informations, nous sommes d'avis que cela pourrait fortement contribuer à la transparence et au maintien de la confiance du public dans l'organisation.

- La politique sur la réinstallation précisait les indemnités de réinstallation dont pouvaient bénéficier les employés, mais pas celles des cadres supérieurs. Des directives sur les montants pouvant être remboursés aux cadres supérieurs favoriseraient l'équité et la cohérence en matière de rémunération des cadres.

7.70 Recommandation — La Régie de la santé des Premières Nations devrait réviser les politiques constituant son cadre de reddition de comptes et de gouvernance afin qu'elles soient conformes aux exigences définies dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et comparables à celles établies dans des organisations similaires qui sont financées par l'État. La Régie devrait aussi élaborer des directives précises sur la mise en œuvre et la surveillance de chacune des politiques.

Réponse de la Régie — *Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations est en voie de prendre les mesures suivantes : réviser ses politiques et les guides de procédures nécessaires à leur mise en œuvre pour s'assurer de respecter l'Accord-cadre tripartite; intégrer les particularités culturelles et les approches des Premières Nations; examiner les pratiques exemplaires en vigueur dans le secteur; et tenir compte des procédures en vigueur au sein d'autres organismes publics et du secteur privé.*

La Régie ne s'est pas entièrement conformée à toutes les politiques examinées

Ce que nous avons constaté

7.71 Nous avons constaté que la Régie avait pris des mesures adéquates pour répondre aux allégations sur la gestion des conflits d'intérêts, mais que ce n'était pas le cas pour les allégations concernant les enquêtes sur les cas d'inconduite au travail et le recrutement des candidats les plus qualifiés pour les postes clés. Nous avons aussi constaté que la Régie n'avait pas consigné en dossier les raisons justifiant les écarts dans les contrats de travail des membres de la haute direction.

7.72 Notre analyse à l'appui de cette constatation rend compte de ce que nous avons examiné et porte sur :

- la gestion des conflits d'intérêts;
- les enquêtes sur les cas d'inconduite au travail;
- la dotation en personnel pour des postes clés en fonction du mérite;
- les contrats de travail des membres de la haute direction.

Importance de cette constatation

7.73 Cette constatation est importante parce que pour mener à bien ses activités, une organisation doit disposer de politiques et les appliquer systématiquement. Cela s'avère essentiel pour que la Régie puisse montrer qu'elle rend compte de ses actions auprès des parties prenantes et du public.

Recommandations

7.74 Nos recommandations relativement aux secteurs examinés sont présentées aux paragraphes 7.81, 7.84, 7.86 et 7.89.

Analyse pour appuyer la constatation

7.75 **Ce que nous avons examiné** — Nous avons examiné les enquêtes menées par la Régie à la suite des allégations formulées à son encontre. À cette fin, nous avons rencontré des membres de la haute direction et du conseil d'administration de la Régie et avons passé en revue les documents se rattachant aux allégations, notamment les dossiers du personnel. Nous n'avons pas audité le bien-fondé des allégations formulées. Nous avons plutôt évalué les mesures prises par la Régie pour donner suite à ces allégations.

7.76 Nous avons constaté que les faiblesses relevées dans le cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie (les six politiques examinées aux paragraphes 7.65 à 7.69) expliquaient en partie l'insuffisance des mesures prises par la Régie à la suite des allégations.

7.77 **La gestion des conflits d'intérêts** — Une des allégations formulées concernait une situation de conflit d'intérêts impliquant des employés de la Régie.

7.78 Nous avons constaté que la haute direction et le conseil d'administration de la Régie reconnaissaient tous deux l'existence d'un conflit d'intérêts. La haute direction en avait informé le conseil d'administration à la fin de 2013. Ce dernier avait alors envoyé aux personnes concernées une lettre décrivant les conditions à remplir pour régler le conflit d'intérêts.

7.79 Le conseil d'administration nous a fait savoir qu'il estimait que l'envoi de ces lettres permettait d'atténuer suffisamment le conflit d'intérêts. Nous avons constaté que le conseil n'avait pas vérifié officiellement si les conditions figurant dans les lettres avaient été

respectées. Il nous a cependant fait savoir qu'il s'était fié à un cadre supérieur de la Régie qui n'était pas concerné par le conflit d'intérêts pour le gérer. Nous sommes d'avis que les mesures prises pour gérer la situation étaient adéquates, sous réserve que les conditions établies dans les lettres aient été respectées et qu'un cadre supérieur continue d'assurer la gestion du conflit d'intérêts.

7.80 Il importe, dans de telles situations, que la Régie puisse montrer qu'un conflit d'intérêts, réel ou perçu, est traité sous le signe de la transparence. Les conflits d'intérêts perçus peuvent avoir d'aussi grandes répercussions sur la réputation et le fonctionnement d'une organisation que les conflits d'intérêts réels. De même, comme nous l'expliquons au paragraphe 7.68, il est primordial que la politique sur les conflits d'intérêts donne les mesures détaillées qui peuvent être prises pour éviter qu'un conflit d'intérêts ne survienne. En l'occurrence, il est essentiel que le conseil d'administration s'assure que tous les conflits d'intérêts sont activement gérés et surveillés.

7.81 **Recommandation** — La Régie de la santé des Premières Nations devrait examiner le conflit d'intérêts signalé dans l'allégation formulée et examiner de façon régulière tout autre conflit d'intérêts réel ou perçu, pour déterminer s'ils sont adéquatement atténués. La Régie devrait également présenter périodiquement au conseil d'administration un rapport sur les résultats de ses examens.

Réponse de la Régie — *Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations est en voie d'améliorer sa politique et son guide de procédures visant les conflits d'intérêts, notamment les mesures préventives. Elle s'assurera que les dossiers contiennent la documentation appropriée, notamment les lettres de procédures envoyées lorsque des conflits d'intérêts sont cernés.*

7.82 **Les enquêtes sur les cas d'inconduite au travail** — Une autre allégation formulée contre la Régie visait divers cas d'inconduite au travail. Nous avons examiné les mesures prises par la Régie à la suite de l'allégation d'inconduite au travail impliquant des cadres supérieurs. La haute direction nous a informés qu'elle avait demandé aux gestionnaires de toute l'organisation s'ils avaient eu connaissance des incidents allégués, et a indiqué qu'aucun cas n'avait été signalé. Nous avons cependant constaté que la Régie n'avait pas consigné en dossier les mesures prises, notamment si elle avait procédé à des enquêtes complémentaires après avoir présenté des demandes d'information auprès des gestionnaires au sujet des incidents allégués. Nous sommes d'avis que les mesures prises ne satisfont pas aux exigences de la politique sur les enquêtes administratives de la Régie. De fait, cette politique prévoit que des enquêtes doivent être réalisées pour mieux déterminer si un incident allégué a eu lieu ou non, et ce, dans le respect des droits des employés.

7.83 Nous avons constaté que la direction de la Régie avait enquêté officiellement sur une autre allégation d'inconduite au travail faite en 2014. Cette allégation n'est pas mentionnée dans le document que nous avons reçu. Dans ce cas, la Régie a agi conformément à sa politique. Elle a décidé de retenir les services d'un avocat pour examiner l'allégation. L'avocat a mené une enquête officielle : il s'est entretenu avec le plaignant et l'accusé ainsi qu'avec d'autres employés. Un rapport officiel a été rédigé, assorti de plusieurs recommandations. Une des recommandations consistait à former les gestionnaires sur la façon d'interagir plus efficacement avec les employés. La Régie a depuis donné à ses gestionnaires quelques cours de formation sur cette question.

7.84 **Recommandation** — La Régie de la santé des Premières Nations devrait s'assurer que toutes les allégations d'inconduite au travail font l'objet d'une enquête conformément à sa politique sur les enquêtes administratives et que des mesures adéquates sont prises pour mener les enquêtes selon des lignes directrices préétablies. La Régie devrait également s'assurer que les enquêtes sont documentées de manière adéquate et que des mesures correctives sont prises au besoin.

***Réponse de la Régie** — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations fera enquête, selon des modalités normalisées, sur toutes les plaintes déposées. Elle s'emploie à améliorer la documentation de ses enquêtes administratives, et une politique sur la dénonciation des abus est diffusée auprès des employés de la Régie.*

7.85 **La dotation en personnel pour des postes clés en fonction du mérite** — Dans les allégations qui nous ont été transmises, des questions ont été soulevées à savoir si la Régie embauchait les personnes les plus compétentes. Aux termes de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, la Régie doit recruter les employés les plus qualifiés. Nous avons examiné les dossiers de 14 gestionnaires qui travaillent à la Régie afin de déterminer s'il y avait des éléments probants indiquant que les candidats les plus qualifiés avaient été embauchés dans chaque cas. Nous avons constaté que, dans la majorité de ces dossiers, il y avait peu d'éléments probants confirmant que le candidat le plus compétent avait été embauché (voir la pièce 7.4). Nous avons aussi vérifié si d'autres dossiers comportaient des documents prouvant l'embauche des candidats les plus qualifiés, mais nous n'avons pas trouvé d'information complémentaire.

Pièce 7.4 Les dossiers du personnel contiennent peu d'éléments probants sur les compétences des employés embauchés

Documentation consignée en dossier	Constatation
Offres d'emploi publiées (ou raisons expliquant pourquoi l'offre n'a pas été publiée)	Pour 3 des 14 postes
Éléments prouvant que le candidat retenu possède les compétences requises (le dossier contient un CV et des documents sur le niveau d'études du candidat)	Dans 6 des 14 dossiers (CV) Dans 2 des 14 dossiers (document sur le niveau d'études de l'employé)
Éléments prouvant la réalisation d'une vérification des antécédents	Dans 3 des 14 dossiers

7.86 **Recommandation** — La Régie de la santé des Premières Nations devrait s'assurer que ses dossiers montrent que ce sont les candidats les plus compétents qui sont embauchés, conformément aux exigences établies dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations.

***Réponse de la Régie** — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations a recruté du mieux qu'elle a pu les employés dont elle avait besoin, au moyen d'un cadre de politique préliminaire, car elle devait respecter des délais très serrés pour assurer le succès de ce transfert unique de responsabilités, le premier du genre au Canada. La Régie déploie actuellement des efforts supplémentaires pour améliorer ses politiques en matière de recrutement et de sélection afin de cibler les candidats les plus qualifiés. Elle prévoit notamment améliorer ses procédures et les méthodes de documentation.*

7.87 **Les contrats de travail des membres de la haute direction** — Lors de notre examen des dossiers du personnel, nous avons constaté que les dispositions des contrats de travail des membres de la haute direction variaient beaucoup pour certains éléments, comme les indemnités. Nous n'avons trouvé dans les dossiers examinés aucun élément justifiant le versement des indemnités ou leur prolongation.

7.88 Au cours de notre examen, la Régie a indiqué qu'elle était en voie d'élaborer une politique sur la rémunération des cadres supérieurs, en vue de corriger les écarts et les incohérences dans la rémunération et les avantages sociaux de ceux-ci.

7.89 **Recommandation** — La Régie de la santé des Premières Nations devrait parachever sa politique sur la rémunération des cadres supérieurs et la soumettre à l'approbation du conseil d'administration.

Réponse de la Régie — *Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations s'emploie à mettre en œuvre une politique sur la rémunération des cadres, qui a été approuvée par le conseil d'administration. Cette politique décrit les principes directeurs qui se rattachent à la rémunération et aux avantages sociaux, le barème de rémunération et les pratiques en la matière. Il faut savoir que l'examen de la rémunération des cadres supérieurs commandé par la Régie indique que la rémunération des cadres de la Régie est comparable à celle d'autres organisations de taille similaire, qui offrent des services semblables. Deux autres examens indépendants de la rémunération des cadres ont été réalisés par le passé (au printemps 2013 et au printemps 2014), pour veiller à ce que les pratiques de la Régie soient concurrentielles et conformes à celles d'organisations comparables.*

La Régie prenait des mesures pour renforcer la reddition de comptes et la gouvernance

Ce que nous avons constaté

7.90 Nous avons constaté que la Régie prenait des mesures pour actualiser son cadre de reddition de comptes et de gouvernance en révisant ses politiques et procédures et en établissant des mécanismes complémentaires de surveillance.

7.91 Notre analyse à l'appui de cette constatation rend compte de ce que nous avons examiné et porte sur :

- les politiques et procédures;
- les mécanismes de surveillance;
- le regroupement des bureaux de Vancouver;
- le rôle de surveillance de Santé Canada.

Importance de cette constatation

7.92 Cette constatation est importante parce qu'il est primordial pour la Régie, si elle veut pouvoir s'acquitter de son mandat et mériter la confiance du public, surtout en tant que nouvelle organisation, de disposer d'un ensemble de politiques solides et actualisées à l'appui de son cadre de reddition de comptes et de gouvernance, et de mécanismes pour assurer le bon respect de ses politiques. Le cadre devrait aussi aider la Régie alors qu'elle regroupe ses bureaux.

Recommandation

7.93 Notre recommandation relativement au secteur examiné est présentée au paragraphe 7.102.

7.94 **Ce que nous avons examiné** — Nous avons examiné les efforts déployés par la Régie de la santé des Premières Nations pour renforcer son cadre de reddition de comptes et de gouvernance. Nous avons aussi examiné le rôle joué par Santé Canada pour surveiller la Régie.

7.95 **Les politiques et procédures** — Nous avons constaté que la Régie de la santé des Premières Nations révisait ses politiques et procédures et qu'elle en instaurait de nouvelles. Elle a notamment établi une politique sur la dénonciation des abus. Elle a aussi établi une politique de gestion des risques d'entreprise et a pris des mesures pour recenser les risques et formuler des mesures d'atténuation connexes. Nous avons aussi constaté que la Régie s'employait à déterminer le type d'information qui devrait être transmis au conseil d'administration afin qu'il puisse s'acquitter de ses responsabilités d'intendance. Les représentants de la Régie nous ont fait savoir que celle-ci s'employait à mettre à jour l'ensemble de son cadre de politiques et à finaliser son plan stratégique.

7.96 **Les mécanismes de surveillance** — Nous avons remarqué que la Régie élaborait des mécanismes de surveillance complémentaires. Elle vient à peine de commencer à établir une fonction d'audit. Celle-ci sera chargée de fournir une assurance complémentaire que les risques sont gérés et que les programmes fonctionnent efficacement. La Régie a également indiqué qu'elle venait de commencer à se préparer en vue d'obtenir une accréditation en matière de soins de santé. Il s'agit d'un processus selon lequel une tierce partie détermine si la Régie possède les normes et politiques appropriées (en matière de gouvernance et de gestion des risques) pour appuyer une prestation efficace des services de santé. Dans le cadre de ce processus, le conseil d'administration a récemment créé un nouveau sous-comité chargé des questions de qualité, en vue d'améliorer la prestation des services.

7.97 **Le regroupement des bureaux de Vancouver** — Nous avons constaté que la Régie prévoyait regrouper ses bureaux de Vancouver, car elle doit quitter les locaux qu'elle occupe actuellement. La Régie nous a indiqué qu'elle réalisera ainsi des économies à long terme. En mars 2015, elle a lancé un appel d'offres pour la construction de nouveaux bureaux. Elle prévoit que ceux-ci seront prêts en juin 2018. Il s'agit d'un projet d'immobilisations majeur qui coûtera des millions de dollars et s'échelonnera sur plusieurs années.

7.98 Il s'agit d'un projet complexe, surtout pour une nouvelle organisation qui s'est vu confier d'importantes responsabilités dans la planification et la prestation des services de santé pour les collectivités des Premières Nations de toute la province et qui ne possède pas une vaste expertise dans l'acquisition de bureaux. À notre avis, il sera important pour la Régie de terminer les travaux de mise à jour de son cadre de reddition de comptes et

de gouvernance, surtout de ses politiques d'approvisionnement, avant de procéder au regroupement de ses bureaux, de manière à ce que les décisions prises à cet égard puissent résister à un examen externe attentif.

7.99 Le rôle de surveillance de Santé Canada — Le Comité tripartite sur la santé des Premières nations, qui est coprésidé par les principaux représentants du conseil d'administration de la Régie de la santé des Premières Nations et des hauts fonctionnaires de Santé Canada et du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, a pour mission, aux termes de l'Accord-cadre tripartite, de coordonner et d'harmoniser la planification, la programmation et la prestation de services entre la Régie de la santé des Premières Nations, les autorités sanitaires régionales de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la province et Santé Canada. De plus, aux termes de l'Accord, un Comité de mise en œuvre a été établi. Il se compose de représentants de la Régie de la santé des Premières Nations, de Santé Canada, du ministère de la Santé de la province et du Conseil de la santé des Premières Nations. Ce comité est notamment chargé de surveiller la mise en œuvre de l'Accord.

7.100 L'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations prévoit que la Régie doit instaurer un cadre de gouvernance solide. L'Accord précise également que des rapports sur le suivi de divers indicateurs de santé et des évaluations de rendement doivent être présentés tous les cinq ans. La première évaluation quinquennale doit être réalisée d'ici 2019.

7.101 À titre de membre du Comité tripartite et signataire de l'Accord de financement du Canada, Santé Canada a l'obligation de s'assurer que la Régie respecte les modalités régissant ses activités. En dépit des efforts considérables et importants déployés jusqu'ici, les observations découlant de notre audit indiquent que la Régie doit en faire plus pour renforcer son cadre de reddition de comptes et de gouvernance. Cela nous donne à penser que Santé Canada doit faire davantage pour aider la Régie à respecter cette obligation.

7.102 **Recommandation** — Santé Canada devrait collaborer avec la Régie de la santé des Premières Nations pour s'assurer que celle-ci élabore et instaure un cadre de reddition de comptes et de gouvernance solide, conformément aux dispositions énoncées dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations.

Réponse du Ministère — *Recommandation acceptée. Santé Canada s'attend à ce que toutes les exigences relatives à la reddition de comptes et à la gouvernance énoncées dans l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et dans l'Accord de Financement du Canada soient entièrement respectées. À ce jour, la Régie a su fournir avec soin et célérité à Santé Canada des produits livrables de qualité eu égard à toutes ses obligations et elle a satisfait aux exigences relatives à la reddition de comptes et à la gouvernance énoncées dans*

L'Accord-cadre. Soucieux de poursuivre sur la voie de l'amélioration, Santé Canada a l'intention de continuer à collaborer avec la Régie pour qu'elle puisse atteindre les plus hautes normes de gestion, conformément à ce que prévoient ses propres politiques.

Par ailleurs, la Régie de la santé des Premières Nations et Santé Canada ont officiellement instauré des processus pour faire progresser des priorités communes, surveiller la progression du règlement de diverses questions et favoriser l'amélioration en continu. Pour donner suite aux observations et aux recommandations du Bureau du vérificateur général, un point particulier sera inscrit au programme opérationnel supérieur (communauté de vues et de sentiments) qui est établi tous les ans par le sous-ministre adjoint principal de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits et le premier dirigeant de la Régie de la santé des Premières Nations. Ce point officialisera la rencontre annuelle entre le sous-ministre adjoint principal et le conseil d'administration de la Régie en vue de discuter de la reddition de comptes et de la gouvernance.

Santé Canada apportera également son concours à la Régie en mettant à sa disposition l'expertise du Ministère en vue de terminer l'élaboration et la mise en œuvre de son cadre de politiques en matière de ressources humaines.

Conclusion

7.103 Les efforts déployés par Santé Canada en vue de créer, en collaboration avec les Premières Nations de la Colombie-Britannique, la Régie de la santé des Premières Nations incarnent une nouvelle façon de régler un problème de santé qui persiste : les résultats médiocres en matière de santé des membres des Premières Nations de la Colombie-Britannique par rapport aux autres résidents de la province. Toutes les parties – Santé Canada, les Premières Nations et la province de la Colombie-Britannique – ont admis dès le début qu'elles se devaient de collaborer, et ce, de manière différente, si elles voulaient réaliser des progrès notables en vue d'améliorer la santé des Premières Nations.

7.104 Ce ne sont là que les premiers efforts. Améliorer les résultats en matière de santé d'une population n'est en effet pas chose facile. Cependant, alors que d'autres gouvernements et Premières Nations ailleurs au pays examinent les solutions en présence pour améliorer les programmes et services aux Premières Nations, nous notons qu'il est judicieux de commencer par dresser un inventaire des mesures qui fonctionnent et des raisons pour lesquelles elles fonctionnent. Cela s'avère particulièrement important maintenant que la Régie commence à planifier l'expansion de ses activités.

7.105 Notre étude nous a permis d'observer que l'engagement indéfectible des dirigeants des Premières Nations de la Colombie-Britannique, du gouvernement du Canada et du gouvernement de la Colombie-Britannique s'est avéré crucial pour établir la Régie de la santé des Premières Nations, tout comme la désignation d'un seul interlocuteur pour négocier au nom des Premières Nations avec les gouvernements fédéral et provincial. Par ailleurs, l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et l'Accord de financement du Canada ont porté sur les problèmes suivants :

- l'établissement de niveaux de service;
- les lois qui encadrent les activités et la nécessité d'explorer comment les lois peuvent évoluer en fonction des circonstances;
- un mécanisme de financement à long terme;
- un soutien aux capacités locales de prestation des services dans les collectivités.

7.106 Notre audit nous a permis de conclure que la Régie de la santé des Premières Nations n'avait pas établi ni mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance. Même si la Régie possédait des politiques pour guider ses activités, les politiques que nous avons examinées comportaient des faiblesses et il y avait un manque de directives sur la manière de les mettre en œuvre. Nous avons aussi conclu que la Régie n'avait pas entièrement respecté certaines de ses politiques en vigueur. Or, maintenant qu'elle passe de la phase de transition à la phase d'exploitation, la Régie devra, pour réussir, démontrer qu'elle a mis en place un cadre de reddition de comptes et de gouvernance et respecter ses propres politiques.

À propos du rapport

Le Bureau du vérificateur général a été chargé d'effectuer un examen indépendant des efforts déployés par les Premières Nations de la Colombie-Britannique et Santé Canada pour surmonter les obstacles structurels signalés dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011), dans le cadre de la création de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique. Le Bureau a également effectué un examen indépendant afin de déterminer si la Régie de la santé des Premières Nations avait élaboré et mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance.

Le rapport contient une étude et un audit.

Tous les travaux d'audit dont traite le présent rapport ont été menés conformément aux normes pour les missions de certification de Comptables professionnels agréés (CPA) Canada qui sont présentées dans le Manuel de CPA Canada – Certification. Même si le Bureau a adopté ces normes comme exigences minimales pour ses audits, il s'appuie également sur les normes et pratiques d'autres disciplines.

Dans le cadre de notre étude et de notre processus d'audit, nous avons obtenu la confirmation de la direction que les constatations figurant dans le présent rapport sont fondées sur des faits.

Objectif

L'objectif de l'étude était de faire connaître au Parlement les efforts déployés par les Premières Nations de la Colombie-Britannique et Santé Canada pour surmonter les obstacles structurels signalés dans le chapitre 4, « Les programmes pour les Premières nations dans les réserves », du *Rapport Le Point de la vérificatrice générale du Canada* (juin 2011), dans le cadre de la création de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique.

Au cours de ces travaux, nous avons reçu une lettre anonyme contenant des allégations à l'encontre de la Régie, qui concernaient la reddition de comptes et la transparence.

L'objectif de l'audit était de déterminer si la Régie de la santé des Premières Nations avait élaboré et mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance.

Étendue et méthode

L'étude a porté sur Santé Canada et la Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique, notamment sur les activités amorcées en 2005 qui ont abouti au transfert par Santé Canada de tous les programmes de santé des Premières Nations à la Régie en 2013. Nous avons mené des entretiens avec de hauts responsables de la Régie et de Santé Canada, et d'autres parties prenantes sélectionnées. Nous avons examiné des documents clés, notamment des accords, des documents de planification et de consultation, ainsi que les comptes rendus des réunions des comités qui ont abouti à la signature de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et l'Accord de financement du Canada.

L'audit a comporté un examen de certains éléments du cadre de reddition de comptes et de gouvernance de la Régie de 2013 à 2015. Nous avons aussi mené des entretiens avec des responsables de la Régie de la santé des Premières Nations et de Santé Canada et examiné des documents et certains dossiers.

Critère

Critère	Source
Pour déterminer si la Régie de la santé des Premières Nations avait élaboré et mis en œuvre certains éléments d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance, nous avons utilisé le critère suivant :	
La Régie de la santé des Premières Nations a défini et mis en œuvre les principaux éléments qui forment un cadre de reddition de comptes et de gouvernance. Ces éléments incluent la gestion des ressources humaines, la gestion des conflits d'intérêts ou la déontologie, les processus internes de reddition de comptes et la gestion des risques.	Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations, 2011

La direction a examiné le critère de l'audit et elle en a reconnu la validité.

Période visée par l'étude et par l'audit

L'étude a porté sur la période allant d'avril 2005 à octobre 2013. Les travaux réalisés dans le cadre de l'étude ont été terminés le 21 août 2015. Des documents liés à des périodes postérieures ont été examinés, au besoin.

L'audit a porté sur la période allant d'octobre 2013 à août 2015. Les travaux d'audit dont il est question dans le présent rapport ont été terminés le 21 août 2015. Des documents liés à des périodes antérieures ont été examinés au besoin, pour recueillir des éléments probants afin de tirer une conclusion en fonction du critère retenu.

Équipe d'audit

Vérificateur général adjoint : Jerome Berthelette

Directeur principal : Glenn Wheeler

Bridget O'Grady

Charlene Taylor

Tableau des recommandations

Le tableau qui suit regroupe les recommandations formulées dans le présent rapport. Le numéro qui précède chaque recommandation correspond au numéro du paragraphe de la recommandation dans le rapport. Les chiffres entre parenthèses correspondent au numéro des paragraphes où le sujet de la recommandation est abordé.

Recommandation	Réponse
<p>Établissement d'un cadre de reddition de comptes et de gouvernance au sein de la Régie de la santé des Premières Nations</p>	
<p>7.70 La Régie de la santé des Premières Nations devrait réviser les politiques constituant son cadre de reddition de comptes et de gouvernance afin qu'elles soient conformes aux exigences définies dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et comparables à celles établies dans des organisations similaires qui sont financées par l'État. La Régie devrait aussi élaborer des directives précises sur la mise en œuvre et la surveillance de chacune des politiques. (7.61-7.69)</p>	<p>Réponse de la Régie — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations est en voie de prendre les mesures suivantes : réviser ses politiques et les guides de procédures nécessaires à leur mise en œuvre pour s'assurer de respecter l'Accord-cadre tripartite; intégrer les particularités culturelles et les approches des Premières Nations; examiner les pratiques exemplaires en vigueur dans le secteur; et tenir compte des procédures en vigueur au sein d'autres organismes publics et du secteur privé.</p>
<p>7.81 La Régie de la santé des Premières Nations devrait examiner le conflit d'intérêts signalé dans l'allégation formulée et examiner de façon régulière tout autre conflit d'intérêts réel ou perçu, pour déterminer s'ils sont adéquatement atténués. La Régie devrait également présenter périodiquement au conseil d'administration un rapport sur les résultats de ses examens. (7.71-7.80)</p>	<p>Réponse de la Régie — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations est en voie d'améliorer sa politique et son guide de procédures visant les conflits d'intérêts, notamment les mesures préventives. Elle s'assurera que les dossiers contiennent la documentation appropriée, notamment les lettres de procédures envoyées lorsque des conflits d'intérêts sont cernés.</p>
<p>7.84 La Régie de la santé des Premières Nations devrait s'assurer que toutes les allégations d'inconduite au travail font l'objet d'une enquête conformément à sa politique sur les enquêtes administratives et que des mesures adéquates sont prises pour mener les enquêtes selon des lignes directrices préétablies. La Régie devrait également s'assurer que les enquêtes sont documentées de manière adéquate et que des mesures correctives sont prises au besoin. (7.82-7.83)</p>	<p>Réponse de la Régie — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations fera enquête, selon des modalités normalisées, sur toutes les plaintes déposées. Elle s'emploie à améliorer la documentation de ses enquêtes administratives, et la politique sur la dénonciation des abus est diffusée auprès des employés de la Régie.</p>

Recommandation	Réponse
<p>7.86 La Régie de la santé des Premières Nations devrait s'assurer que ses dossiers montrent que ce sont les candidats les plus compétents qui sont embauchés, conformément aux exigences établies dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations. (7.85)</p>	<p>Réponse de la Régie — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations a recruté du mieux qu'elle a pu les employés dont elle avait besoin, au moyen d'un cadre de politique préliminaire, car elle devait respecter des délais très serrés pour assurer le succès de ce transfert unique de responsabilités, le premier du genre au Canada. La Régie déploie actuellement des efforts supplémentaires pour améliorer ses politiques en matière de recrutement et de sélection afin de cibler les candidats les plus qualifiés. Elle prévoit notamment améliorer ses procédures et les méthodes de documentation.</p>
<p>7.89 La Régie de la santé des Premières Nations devrait parachever sa politique sur la rémunération des cadres supérieurs et la soumettre à l'approbation du conseil d'administration. (7.87-7.88)</p>	<p>Réponse de la Régie — Recommandation acceptée. La Régie de la santé des Premières Nations s'emploie à mettre en œuvre une politique sur la rémunération des cadres, qui a été approuvée par le conseil d'administration. Cette politique décrit les principes directeurs qui se rattachent à la rémunération et aux avantages sociaux, le barème de rémunération et les pratiques en la matière. Il faut savoir que l'examen de la rémunération des cadres supérieurs commandé par la Régie indique que la rémunération des cadres de la Régie est comparable à celle d'autres organisations de taille similaire, qui offrent des services semblables. Deux autres examens indépendants de la rémunération des cadres ont été réalisés par le passé (au printemps 2013 et au printemps 2014), pour veiller à ce que les pratiques de la Régie soient concurrentielles et conformes à celles d'organisations comparables.</p>
<p>7.102 Santé Canada devrait collaborer avec la Régie de la santé des Premières Nations pour s'assurer que celle-ci élabore et instaure un cadre de reddition de comptes et de gouvernance solide, conformément aux dispositions énoncées dans l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations. (7.90-7.101)</p>	<p>Réponse du Ministère — Recommandation acceptée. Santé Canada s'attend à ce que toutes les exigences relatives à la reddition de comptes et à la gouvernance énoncées dans l'Accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé par les Premières nations et dans l'Accord de Financement du Canada soient entièrement respectées. À ce jour, la Régie a su fournir avec soin et célérité à Santé Canada des produits livrables de qualité eu égard à toutes ses obligations et elle a satisfait aux exigences relatives à la reddition de comptes et à la gouvernance énoncées dans l'Accord-cadre. Soucieux de poursuivre sur la voie de l'amélioration, Santé Canada a l'intention de continuer à collaborer avec la Régie pour qu'elle puisse atteindre les plus hautes normes de gestion, conformément à ce que prévoient ses propres politiques.</p> <p>Par ailleurs, la Régie de la santé des Premières Nations et Santé Canada ont officiellement instauré des processus pour faire progresser des priorités communes, surveiller la progression du règlement de diverses questions et favoriser l'amélioration en continu. Pour donner suite aux observations et aux recommandations du Bureau du vérificateur général, un point particulier sera inscrit au programme opérationnel supérieur (communauté de vues et de sentiments) qui est établi tous les ans par le sous-ministre adjoint principal de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et le premier dirigeant de la Régie de la santé des Premières Nations. Ce point officialisera la rencontre annuelle entre le sous-ministre adjoint principal et le conseil d'administration de la Régie en vue de discuter de la reddition de comptes et de la gouvernance.</p> <p>Santé Canada apportera également son concours à la Régie en mettant à sa disposition l'expertise du Ministère en vue de terminer l'élaboration et la mise en œuvre de son cadre de politiques en matière de ressources humaines.</p>

