



Santé Health
Canada Canada

Évaluation de la Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits

Rapport final

Présenté à

Santé Canada
Comité ministériel de vérification et d'évaluation

le 11 avril 2006

Canada 

PLAN D'ACTION
Politique sur le transfert des responsabilités en matière de santé
De 2005-2006 à 2006-2007

Introduction :

Bien que l'évaluation avait pour objet d'apprécier la Politique sur le transfert, bon nombre de résultats, conclusions et recommandations indiquent des problèmes systémiques aux conséquences plus grandes pour la DGSPNI.

1. Conclusion de l'évaluation :

Les éléments probants fournis dans cette évaluation montrent que la Politique sur le transfert des responsabilités en matière de santé a mené à des améliorations de l'accès aux soins de santé et aux résultats des interventions dans le domaine de la santé. Rien toutefois ne viendrait appuyer une recentralisation de la gestion et de la prestation des services de santé dans les réserves ou les collectivités.

Il a également été suggéré que le transfert devrait soutenir l'avancement de l'autonomie gouvernementale des Premières nations et des Inuits ou être utilisé comme zone de définition de cette notion.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que la Politique sur le transfert des responsabilités en matière de santé ou toute nouvelle politique destinée à la remplacer offre aux collectivités/organisations des Premières nations et des Inuits un mécanisme qui (1) soutienne la création et la prestation flexibles de services communautaires et (2) favorise l'autonomie locale en matière de définition de la politique, des programmes et des priorités concernant la santé.

Réponse :

État de la situation

Nouvelles modalités du Conseil du Trésor en cours pour approbation avant le 31 mars 2006, sous l'égide de Gouvernance de la santé/Soutien de l'infrastructure.

De plus, on a préparé une ébauche de présentation au Conseil du Trésor visant le renouvellement de l'autorisation du transfert des services de santé. Des discussions sont en cours avec des responsables au Conseil du Trésor et avec des intervenants internes. L'obtention de l'approbation du Conseil du Trésor est attendue en juin 2006.

Action requise	Échéance	Direction
Élaborer de nouvelles modalités du Conseil du Trésor.	Juin 2006	DPGA
Élaborer un cadre de transfert révisé afin de tirer parti des succès du cadre de transfert actuel et traiter/mettre à jour les secteurs qui nécessitent une amélioration, en harmonie avec les approches autochtones à l'échelle du gouvernement.	Septembre 2006	DPGA

2. Conclusion de l'évaluation :

Le mécanisme par lequel le financement est attribué aux collectivités des Premières nations et des Inuits ayant conclu une entente intégrée et de transfert ne répond pas aux besoins actuels. Le recours aux dépenses historiques a été cause de grandes différences dans les niveaux de financement et d'injustices marquées. Une base d'attribution plus appropriée doit être déterminée. Le mécanisme devrait faire écho à une approche axée sur la santé de la population, tenir compte des données démographiques, de la croissance, de la population desservie, des courbes variables de morbidité, du coût des soins, de l'accès aux soins et de l'engagement provincial. Des adaptations régionales et des dispositions garantissant la souplesse voulue pour répondre aux besoins particuliers des collectivités sont nécessaires.

Une fois implanté, le financement axé sur les besoins devrait éliminer la pertinence du financement propre à une question de santé (programmes ciblés) et favoriser une méthode de système de santé pour la planification des services, plutôt que de perpétuer un mode de financement des programmes à la pièce. La mise en œuvre de cette recommandation n'empêche pas la DGSPNI de déterminer certains programmes obligatoires.

La mise en œuvre de cette recommandation exigera l'accès aux données longitudinales provinciales sur la santé et l'intégration des identificateurs des Premières nations et des Inuits. Il s'agit d'une question délicate pour les Premières nations et les Inuits.

Il a également été suggéré que le financement des collectivités, qui n'ont jamais été dotées des fonds suffisants, soit rétroactif.

Recommandations faisant suite à l'évaluation :

- a. Que la DGSPNI s'occupe immédiatement des besoins d'équité en matière de financement des organisations des Premières nations et des Inuits dont le niveau de financement a de tout temps été inférieur à la moyenne. Le financement fourni aux organisations des Premières nations et des Inuits en fonction du nombre d'habitants devrait correspondre au niveau de responsabilité (collectivité, zone et régional) faisant l'objet d'un transfert.
- b. Que la DGSPNI établisse un processus d'élaboration d'un mécanisme de financement de transfert reposant sur une formule. La formule de financement établie devrait être fondée sur les besoins, reconnaître les conditions particulières de chaque collectivité, prendre en compte le coût de la prestation des services et la notion de pérennité.
- c. Que tous les accords de contribution, y compris les accords de transfert, les accords concernant les programmes intégrés et les programmes non transférables, comportent une indexation annuelle automatique correspondant à la hausse du coût de la vie et à l'augmentation des prix et des volumes. Le calcul du coût de la vie doit tenir compte des différences spécifiques à la collectivité.
- d. Que les besoins particuliers des collectivités petites, isolées et dont les terres ont été converties soient pris en considération dans le mécanisme de financement fondé sur une formule.

Réponse :		
L'impact de la pérennité des programmes de santé des Premières nations et des Inuits est connu. Santé Canada continuera de poursuivre les avenues et options visant une stabilité améliorée des programmes.		
État de la situation		
Santé Canada collabore avec l'APN et l'ITK afin de régler la question du soutien du système de santé des Premières nations et des Inuits.		
Action requise	Échéance	Direction
De manière à traiter la question touchant particulièrement le transfert des services de santé, la révision, la création ou l'adaptation de formules et de modèles de financement sont actuellement en cours.	Octobre 2006	DPGA

3. Conclusion de l'évaluation :

La capacité des organisations de la santé des Premières nations et des Inuits d'utiliser les ressources dans l'exercice au cours duquel elles sont fournies est limitée par un certain nombre d'éléments, notamment les retards de déboursement, le recrutement, la conservation du personnel et autres facteurs. Les dispositions permettant le report des ressources favorisent la planification à long terme.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que les collectivités aient la possibilité de reporter des ressources financières à investir dans les priorités stratégiques définies par les collectivités en matière de santé pour tous les programmes, transférables ou non, de manière à offrir un maximum de souplesse pour répondre aux besoins déterminés localement, à favoriser la planification à long terme et à réduire le fardeau administratif.

Réponse :

État de la situation

Les nouvelles modalités du Conseil du Trésor relatives aux accords de contribution (22 mars 2005) offrent une flexibilité accrue, ce qui permettra une plus grande flexibilité financière et de la programmation selon le type de mécanisme de financement utilisé et la capacité de l'organisation bénéficiaire (Première nation ou Inuite). De plus, le passage à des accords pluriannuels atténuera certains problèmes concernant le calendrier de financement et la planification réaliste des programmes.

Action requise

Élaborer des directives, des procédures et processus relatifs à la mise en oeuvre des modalités et conditions pour les accords de contribution approuvés par le Conseil du Trésor.

Mettre au point des accords de contribution reflétant les latitudes et les responsabilités.

Mettre en place graduellement les accords de contribution pluriannuels à partir de la capacité des bénéficiaires.

Échéance

Septembre 2006

Novembre 2006

2007-2010

Direction

DPGA

DPGA

DPGA/Régions

4. Conclusion de l'évaluation :

Le cadre de responsabilisation actuel témoigne de la complexité de l'environnement administratif dans lequel évoluent maintenant la DGSPNI et les organisations des Premières nations et des Inuits : il est fragmenté et génère un grand nombre de rapports sur les dépenses et les activités financières. Il produit peu d'information sur les besoins administratifs et de renforcement des capacités des organisations des Premières nations et des Inuits, et uniquement des renseignements limités sur les résultats. Bien qu'il y ait production de données, la DGSPNI a une capacité fonctionnelle restreinte pour rassembler ces données en information servant de base aux décisions stratégiques. Le résultat est un système très dispendieux qui mine la capacité des Régions de soutenir les organisations des Premières nations et des Inuits. Le même cadre détourne le temps des administrateurs des Premières nations et des Inuits de la planification et la gestion des programmes au profit de la rédaction de rapports qui servent à peu de choses, sinon à exercer un contrôle.

L'efficacité des interventions en soins de santé primaires peut être démontrée au moyen d'indicateurs comme les taux d'immunisation et les résultats postnatals (court terme), les données d'hospitalisation (moyen terme) et les variations des courbes de morbidité comme les diagnostics tardifs de diabète ou de cancer (long terme). Des repères et des indicateurs appropriés doivent être créés pour les services de santé des Premières nations et des Inuits. L'accès aux données provinciales est essentiel.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

- a. Que l'orientation du cadre de responsabilisation soit rationalisée et passe du contrôle des clauses des accords et des rapports sur des activités et des indicateurs qui ne peuvent être regroupés à un cadre de rapport rentable qui montre le rendement des services dans les réserves, de même que l'accessibilité de tous les services.
- b. Que les exigences de rapport des programmes des Premières nations et des Inuits soient recentrées sur les indicateurs ou les repères nationaux (résultat à court, moyen et long terme) plutôt que sur les activités (extrants), car les rapports sur les extrants sont d'une utilité limitée pour le rôle de surveillance de la DGSPNI.
- c. Que la DGSPNI continue de collaborer avec les organisations des Premières nations et des Inuits, et les autorités sanitaires provinciales afin de s'assurer que les organisations des Premières nations et des Inuits peuvent avoir accès aux données provinciales sur l'utilisation des services de santé et sur les résultats des interventions dans le domaine de la santé qui peuvent soutenir leurs objectifs de planification, de contrôle et d'évaluation.

Réponse :

État de la situation		
<p>Dans la mesure du possible, d'autres assouplissements ont été intégrés aux nouvelles modalités du Conseil du Trésor pour les accords de contribution, ce qui permettra aux bénéficiaires de faire des rapports sur les programmes/le financement, en fonction du plus haut niveau de souplesse fourni par le mécanisme de financement.</p> <p>En outre, les autorisations ont été structurées de sorte que les programmes ayant des résultats semblables soient regroupés et partagent maintenant les mêmes exigences de rapport, ce qui permet aux bénéficiaires de produire des rapports sur les objectifs/résultats atteints plutôt que sur les activités de programme.</p>		
Action requise	Échéance	Direction
<p>Une fois la validation des stratégies de mesure du rendement selon le groupe de programmes complétée, la stratégie de mesure du rendement approuvée sera intégrée aux exigences de rapport des accords de contribution en vigueur pour 2007-2008. Toutefois, ces exigences seront accessibles sur une base pilote en 2006-2007. Des collaborations seront entreprises avec les organisations nationales et régionales autochtones en vue de la bonification et de la mise en oeuvre des exigences de rapports des CGRR. Une révision des pratiques de la Direction générale au sujet de la nouvelle architecture des activités de programme et des exigences de rapport (internes et externes) sera menée et des modifications aux pratiques existantes seront apportées conformément aux nouvelles autorisations approuvées.</p>	Décembre 2006	DPGA/Programmes

5. Conclusion de l'évaluation :

Les éléments probants fournis dans cette évaluation montrent que la Politique sur le transfert des responsabilités en matière de santé a entraîné un renforcement des capacités. Ils montrent également que les besoins des Premières nations et des Inuits sont variés et qu'on y répond mieux en donnant aux organisations de la santé des Premières nations et des Inuits l'occasion d'accéder aux possibilités de perfectionnement professionnel et de développement organisationnel offertes par des sources diverses, dont les universités, les collèges techniques, les consultants qui donnent une formation locale, ou par la participation à la séance offerte par les autorités provinciales. Étant donné la diversité des besoins, il est peu probable qu'une stratégie nationale comportant des priorités prédéterminées constitue une solution appropriée. Une certaine coordination régionale est toutefois souhaitable afin d'éviter le chevauchement.

On devrait aussi soutenir le développement organisationnel continu et notamment l'élaboration d'un programme d'assurance de la qualité.

Recommandations faisant suite à l'évaluation :

- a. Que la DGSPNI fournisse des ressources réelles établies en fonction des coûts, pour soutenir les plans de perfectionnement professionnel des collectivités et organisations des Premières nations et des Inuits, afin de s'assurer que les collectivités ont accès à la formation. Le financement de base devrait être suffisamment souple pour permettre aux Premières nations et aux Inuits de profiter des occasions de formation offertes.
- b. Que la DGSPNI soutienne les collectivités et organisations des Premières nations et des Inuits qui sont intéressées à élaborer ou à renforcer un programme d'assurance de la qualité. L'élaboration d'un programme d'assurance de la qualité peut comporter la poursuite de l'agrément des services de santé, la mise sur pied d'un système d'information/gestion de la santé, ou d'autres initiatives visant à promouvoir le perfectionnement professionnel et l'assurance de la qualité de la prestation des services. Le soutien de l'assurance de la qualité, comme l'agrément, exigera un ressourcement.

Réponse :

État de la situation

Un agrément sera intégré au plan de santé communautaire et au processus d'évaluation.

Un programme d'agrément a été élaboré pour promouvoir une culture d'amélioration permanente de la qualité de la prestation des services tout en complétant et renforçant les processus de planification de la santé et de développement des capacités axés sur la collectivité. Une analyse a été effectuée afin de déterminer les liens/chevauchements avec les processus d'évaluation et de planification de la santé communautaire.

Action requise	Échéance	Direction
Intégrer l'agrément comme composante du continuum de planification de la santé communautaire.	Décembre 2006	SSPSP/DPC
Traiter la formation et le renforcement des capacités comme faisant partie de l'élément Ressources humaines en santé autochtone (RHSA) et des efforts de renforcement des capacités de la DGSPNI.	Mars 2007	SSPSP/DPC
Garantir une approche coordonnée et simplifiée de l'amélioration de la prestation des services en misant sur tous les efforts pertinents de planification de la santé, de renforcement des capacités et d'évaluation, s'il y a lieu. (Agrément, planification de la santé, évaluations communautaires.)	Mars 2007	DPGA/SSPSP/ DPC

6. Conclusion de l'évaluation :

Un thème récurrent dans cette évaluation était le manque de clarté des rôles et responsabilités entre les organisations des Premières nations et des Inuits, la province et la DGSPNI. On a conclu que le manque d'engagement provincial est une menace pour la santé publique dans les collectivités où il y a eu transfert des responsabilités, intégration des services sans transfert des responsabilités ou non-intégration des services, mais que le transfert favorise l'engagement avec les autorités provinciales en matière de santé.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que les accords de contribution incluent un mécanisme de traitement des dépenses extraordinaires échappant au contrôle de la collectivité des Premières nations ou des Inuits. En pareils cas, la DGSPNI devrait assumer la responsabilité de tous les coûts, conformément à son mandat, engagés par la collectivité des Premières nations ou des Inuits.

Réponse :**État de la situation**

Les rôles et responsabilités de la DGSPNI dans des circonstances extraordinaires à l'égard des bénéficiaires doivent être coordonnés avec les autres ministères fédéraux, comme AINC, avec les gouvernements provinciaux, les autorités municipales et les bénéficiaires. Dans de nombreuses circonstances extraordinaires, il se peut que la cause de l'événement ne soit pas liée à la santé, aspect pour lequel la DGSPNI a un mandat clair, mais qu'il y aura presque certainement un effet sur la santé (par exemple, incendie de forêt, inondation ou autre catastrophe naturelle). Ainsi, AINC est le ministère fédéral qui a le mandat et les ressources voulues pour réagir à certaines situations d'urgence.

Certains accords de contribution comprennent des mécanismes de traitement des dépenses extraordinaires.

Action requise

Faire en sorte que les partenaires s'occupent de cette question afin de préciser les rôles principaux et les rôles de soutien, de manière à intervenir de façon efficace et transparente en cas d'urgence.

Échéance

Continu

Direction

DPGA/Régions

7. Conclusion de l'évaluation :

L'évaluation indique un manque de clarté en ce qui concerne le rôle de la DGSPNI dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert. Il ne s'agit pas d'insinuer que la DGSPNI n'offre pas les services essentiels mutuellement convenus aux collectivités des Premières nations et des Inuits, mais les changements survenus dans l'application des accords de contribution avec les années semblent suggérer que les Régions de la DGSPNI ne sont plus obligées de fournir des services secondaires. Il apparaît que la prestation des services par la DGSPNI s'est transformée d'engagement défini légalement en expression de bonne volonté.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que les obligations de la DGSPNI en matière de prestation des services soient énoncées dans toutes les ententes de transfert et intégrées.

Réponse :**État de la situation**

Actuellement, la DGSPNI continue d'offrir des programmes ou des services qui ne sont pas fournis par les accords de contribution. Ces derniers sont des mécanismes par lesquels le financement est acheminé aux bénéficiaires pour qu'ils offrent les programmes et les services convenus. Les programmes et services existants non mentionnés dans les accords de contribution continuent d'être fournis par la DGSPNI, aussi longtemps qu'ils demeurent financés et en vigueur pour d'autres collectivités des Premières nations et des Inuits.

Action requise**Échéance****Direction**

Aucune action spécifique n'est prévue (voir État de la situation ci-haut).

S/O

S/O

8. Conclusion de l'évaluation :

La présente recommandation garantit que les services de santé publique offerts au niveau provincial sont accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits. L'accès à ces services est essentiel, car les épidémies et les urgences relatives à la santé publique ne respectent pas les limites des compétences et la coordination sera primordiale.

Cette recommandation ne suggère ni n'appuie une érosion de la responsabilité fiduciaire de la DGSPNI en matière de santé des Premières nations et des Inuits. Les collectivités des Premières nations et des Inuits qui sont incapables d'obtenir la participation des autorités de santé publique provinciales devraient être en mesure de faire appel à la DGSPNI pour fournir une aide et assurer une résolution en temps opportun de la question.

De plus, cette recommandation est transitoire et dépend de ce qui se produira à l'échelle nationale sur le plan de la santé publique, étant donné la création prévue de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que la DGSPNI soutienne les Premières nations et les Inuits en prenant les devants dans l'élaboration de liens stratégiques avec les autorités de santé publique fédérales et provinciales dans le but de répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits dans ce domaine.

Réponse :

Le gouvernement du Canada reconnaît l'importance de cette question et a déjà commencé à mettre en place des processus incluant les provinces et les territoires tels que par une intégration, par des projets de santé transitoires ainsi que d'autres initiatives F/P/T.

État de la situation

Dans les Régions, il existe des protocoles, processus et liens variés avec les autorités provinciales. Certaines Premières nations continue d'engager les provinces à répondre aux besoins en santé publique et à la prestation des services de santé généraux. Santé Canada s'est engagé par l'entremise de l'ASPC à identifier les enjeux et les rôles des urgences relatives à la santé publique dans une perspective fédérale.

Action requise**Échéance****Direction**

Aucune action spécifique n'est planifiée concernant cette recommandation. La DGSPNI contiuera de poursuivre ses collaborations avec les provinces et territoires afin de soutenir une plus grande intégration des programmes et services.	S/O	S/O
---	-----	-----

9. Conclusion de l'évaluation :

Chacune des collectivités et organisations pourrait dresser la liste de ses propres écarts dans les services. De nouveaux écarts sont susceptibles de se manifester par suite des modifications de la prestation des services provinciaux et ils auront des effets différents sur les collectivités. La santé mentale est un secteur dans lequel de nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits conviennent qu'il existe un manque de services et de fonds. Sur le plan de la gouvernance en matière de santé, le modèle de transfert devrait faciliter une meilleure réponse communautaire aux priorités locales. Les conséquences des traumatismes transmis de génération en génération ont été bien documentées et de nombreuses évaluations du transfert des responsabilités en matière de santé dans les collectivités ont décrit une expansion de leurs services de santé mentale. Cette expansion s'est faite en partie grâce à des initiatives provinciales ou à d'autres initiatives comme l'accès à des fonds de la Fondation autochtone de guérison. Cependant, les initiatives provinciales en santé mentale ne sont pas réparties uniformément et le financement par la Fondation autochtone de guérison, de durée limitée, est fondé sur des propositions et ne peut pas remplacer des programmes permanents en santé mentale.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que des investissements soient faits en santé mentale et mieux-être holistiques comme composante de base du transfert des responsabilités en matière de santé, conformément à une vision plus large et plus actuelle des conséquences des traumatismes transmis de génération en génération. Ces nouveaux investissements devraient être transférables et offerts à toutes les organisations de santé des Premières nations et des Inuits (non fondés sur des propositions), afin d'aider à renforcer les capacités de santé mentale et de mieux-être communautaires permanents qui peuvent harmoniser les approches traditionnelles et occidentales.

Réponse :

La recommandation sur les investissements en santé mentale et mieux-être susmentionnée n'est pas reliée spécifiquement à la Politique sur le transfert des services de santé. La réponse de la DGSPNI à la question des programmes en santé mentale et mieux-être suit une piste distincte, sous l'orientation de la Direction des programmes communautaires de la DGSPNI.

État de la situation

La DGSPNI prend les mesures suivantes pour corriger les écarts signalés dans les programmes de santé mentale et de mieux-être dans les collectivités des Premières nations et des Inuits :

- 1) **Cadre du mieux-être mental** : Élaboré conjointement par la DGSPNI, l'APN et l'ITK, le Cadre de mieux-être mental 2002 propose un continuum de services de mieux-être mental composé des éléments suivants : formation et renforcement des capacités, prévention et promotion, interventions précoces, intervention en situation de crise, guérison à long terme, réhabilitation, évaluation et recherche.
- 2) **Le Comité conjoint sur le renouvellement de la santé** : Avant d'être supprimé en janvier 2005, ce comité était constitué de représentants principaux de l'APN, de l'ITK et de la DGSPNI et sa priorité de base était la santé mentale.
- 3) **Comité consultatif sur le mieux-être mental** : Dernièrement, la DGSPNI a établi un comité consultatif constitué de représentants de l'APN, de l'ITK, des grandes organisations autochtones nationales, des réseaux FPT, d'AINC, de l'ASPC et des cadres supérieurs de la DGSPNI. Ce nouvel organisme a reçu le mandat de conseiller la Direction générale sur les priorités stratégiques pour améliorer les résultats en matière de santé mentale et de toxicomanie, en prenant appui sur le Cadre de mieux-être mental.
- 4) **Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones** : Le financement de la SNPSJA indiqué dans le Budget de février se chiffre à 65 millions de dollars sur 5 ans. L'objectif global, dont l'élaboration est en cours, est d'augmenter les facteurs de protection (prévention) comme la résilience, et de réduire les facteurs de risque associés au suicide. Les éléments clés comporteront des activités en prévention primaire (augmentation de la résilience et réduction du risque); prévention secondaire (soutien des collectivités à risque); prévention tertiaire (intervention en situation de crise); et développement du savoir (évaluation et recherche). La stratégie est actuellement élaborée en collaboration avec l'APN et l'ITK.

Action requise

Échéance

Direction

Aucune action spécifique à la Politique de transfert des services de santé. Voir ci-haut.

S/O

S/O

10. Conclusion de l'évaluation :

L'évaluation de la politique doit faire partie intégrante de sa formulation et de sa mise en œuvre.

Recommandation faisant suite à l'évaluation :

Que la prochaine évaluation de la Politique sur le transfert des responsabilités en matière de santé soit plus proactive et fasse participer les Premières nations et les Inuits à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan d'évaluation présentant une valeur pour la planification de la santé communautaire. L'exécution de ce genre d'évaluation exigera un investissement permanent et un délai approprié (ne dépassant pas un an).

Réponse :**État de la situation**

Selon la nouvelle politique du Conseil du Trésor et les exigences mises en place, l'évaluation nationale a été planifiée et exécutée dans une période définie, avec des contraintes variées à divers paliers de gouvernement et la capacité de faire participer les Premières nations et les Inuits à l'échelle nationale et régionale. Un investissement financier considérable a été consacré au processus en ce qui concerne les fonds et les ressources humaines.

Action requise**Échéance****Direction**

En fonction de l'expérience de l'évaluation nationale actuelle et sous réserve des politiques du Conseil du Trésor, des mesures seront prises pour effectuer les évaluations selon un calendrier raisonnable tenant compte de la portée et des objectifs. En raison de l'élaboration des nouveaux CGRR pour le renouvellement des autorisations, la DGSPNI a établi une stratégie d'évaluation qui devrait permettre une meilleure planification des projets d'évaluation.

S/O

S/O



CENTRE *for*
Aboriginal Health
RESEARCH

**Évaluation de la
Politique de transfert des services
de santé aux Premières nations et aux Inuits**

Rapport final, volume 1 – Résumé

**Étude menée pour le compte de la DGSPNI de Santé Canada
avec la participation d'un comité consultatif
géré par l'APN**

**D^{re} Josée G. Lavoie, D^r John O'Neil, Lora Sanderson,
D^{re} Brenda Elias, D^r Javier Mignone, D^{re} Judith Bartlett,
D^{re} Evelyn Forget, Russell Burton, Corry Schmeichel et Della McNeil**

Mai 2005

Le Centre de recherche en santé autochtone (CRSA)

Le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée des chefs du Manitoba, de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et des Foundations for Health. Le CRSA a été établi grâce à une contribution généreuse de l'Assemblée des chefs du Manitoba à la campagne de financement des Foundations for Health en vue de la construction du Centre de recherche J. Buhler. La création du CRSA a également été facilitée par une subvention d'infrastructure de recherche versée à l'Université du Manitoba par la Fondation canadienne pour l'innovation et par le Fonds manitobain pour l'innovation. Des fonds d'exploitation ont été octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada et par le Conseil de recherches en sciences humaines.

ISBN 1-895034-13-2

© Centre de recherche en santé autochtone 2005

Winnipeg, Canada

Centre de recherche en santé autochtone – Premières nations du Manitoba Université du Manitoba

Centre de recherche J. Buhler

Pièce 715

715, avenue McDermot

Winnipeg (Manitoba) R3E 3P4

CANADA

Téléphone : 1 (204) 789-3250

Télécopieur : 1 (204) 975-7783



Assembly of
Manitoba Chiefs



UNIVERSITY
OF MANITOBA

Table des matières

1. Introduction.....	1
2. Méthodologie.....	2
3. Résultats : engagement soutenu de la DGSPNI à l'égard de la prise en charge par la collectivité	4
4. Résultats : expériences des Premières nations et des Inuits.....	5
5. Résultats : mesures d'impact sur la santé.....	15
6. Préoccupations d'ordre administratif.....	20
7. Conclusions.....	27
8. Recommandations du Centre de recherche en santé autochtone (CRSA).....	28
Références	34

1. Introduction

Le présent rapport constitue une évaluation de la Politique de transfert des services de santé (PTSS), telle qu'elle a été conçue et présentée aux collectivités des Premières nations et des Inuits (PNI) en 1989, et telle qu'elle a été mise en œuvre par la suite. L'évaluation de cette initiative stratégique vise à déterminer la mesure dans laquelle la PTSS a atteint ses trois objectifs initiaux :

- *Permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé;*
- *Renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres;*
- *Veiller au maintien de la santé publique grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires (National Health and Welfare & Treasury Board of Canada 1989).¹*

Les objectifs de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, tels qu'énoncés dans la Demande de proposition (RFP, Health Canada (FNIHB) 2003c), consistaient à :

1. Évaluer les résultats et les répercussions de la Politique de transfert, à la lumière de ses objectifs initiaux, notamment : maintenir et améliorer l'état de santé des collectivités des Premières nations et des Inuits (PNI), accroître la capacité de ces dernières de concevoir, d'administrer et de fournir des services de santé, veiller à la souplesse de la prestation des services de santé et raffermir la responsabilité des collectivités à l'égard des programmes et des services de santé; et
2. Évaluer l'efficacité du continuum des activités liées au transfert des responsabilités en matière de services de santé aux collectivités.

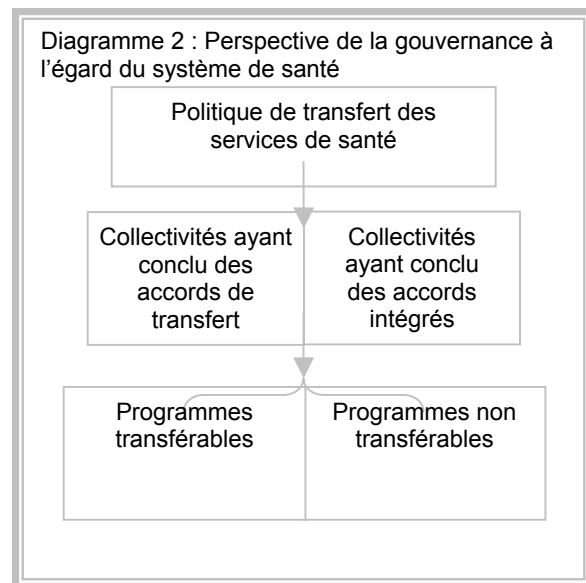
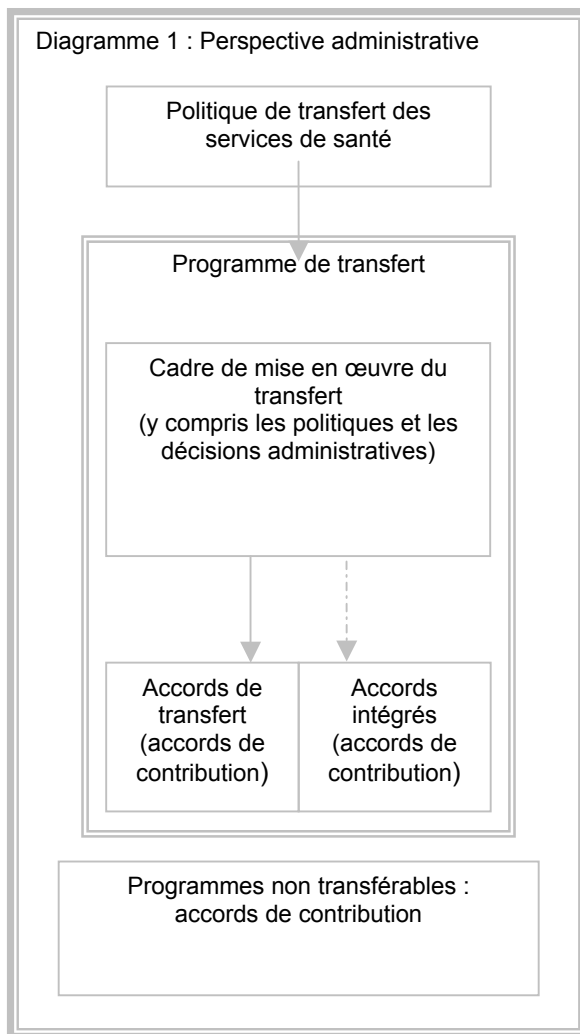
Les objectifs initiaux de la PTSS étaient axés sur la prestation des services dans les réserves. Les objectifs énoncés dans la DP insistent plutôt sur l'efficacité du service et les améliorations au chapitre de la santé. Ce changement de perspective est révélateur et reflète la conception actuelle de la Politique de transfert des services de santé de la DGSPNI et d'autres entités. Le Rapport du vérificateur général de 1997 (Auditor General of Canada 1997) avait été le premier document écrit à mettre l'accent sur le rendement. Sur ce plan, il est en harmonie avec les directives du Conseil du Trésor (Treasury Board of Canada Secretariat 2001) concernant la « gestion axée sur les résultats ». La présente évaluation aborde ces deux séries d'objectifs.

On ne nous a pas demandé d'évaluer le rendement de l'ensemble du réseau de soins de santé des collectivités des Premières nations et des Inuits. La présente évaluation se limite plutôt aux dimensions qui sont visées par la Politique de transfert des services de santé, c'est-à-dire la planification, l'administration et la prestation de

¹ Les versions anglaises des rapports et documents fédéraux ont été utilisés dans la rédaction de ce rapport. La liste de référence en fin du rapport reflète ce fait.

services de santé transférables, à l'échelle de la réserve/collectivité, par les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Le concept de transfert n'a pas le même sens pour tous : pour certains, il s'agit surtout d'un mécanisme administratif permettant de faire en sorte que les ressources financières d'un certain nombre de programmes de santé, auparavant gérées par la DGSPNI, soient désormais confiées aux organisations des Premières nations et des Inuits. Les rôles et responsabilités sont liés à ces ressources financières. Pour d'autres, le transfert offre aux Premières nations et aux Inuits une occasion d'exercer une plus grande gouvernance à l'égard de leurs systèmes communautaires de soins de santé. Le débat visant à déterminer si le « transfert » est une politique, un programme ou un mécanisme financier à l'usage de certains programmes se poursuit.



Les diagrammes ci-dessus permettent de distinguer ces deux perspectives. Selon une *perspective administrative* (diagramme 1), la Politique de transfert des services de santé a été instaurée par le biais du Cadre de mise en œuvre du transfert, qui constitue un ensemble de décisions (politiques administratives) adoptées au fil du

temps afin de répondre aux besoins administratifs changeants et émergents (la nouvelle politique sur la syndicalisation, par exemple). Ce Cadre sert d'assise aux dispositions relatives aux ententes de transfert. On l'appelle de plus en plus « Programme de transfert » (comme le montre le "FNIHB's program compendium," Health Canada (FNIHB) 1999). Les dispositions relatives au modèle intégré diffèrent sensiblement de celles du modèle de transfert et ont été approuvées en 1994 en vertu d'autorisations distinctes du Conseil du Trésor. Le modèle intégré est considéré comme une étape vers le transfert. Les programmes non transférables échappent à la portée de la Politique de transfert des services de santé.

Selon la *perspective de la gouvernance à l'égard du système de santé* (diagramme 2), ces distinctions sont moins pertinentes. Les collectivités des Premières nations et des Inuits se qualifient souvent elles-mêmes comme étant des collectivités « transférées » ou « intégrées ».

- En vertu du modèle de transfert, les collectivités peuvent se charger de l'administration d'une gamme de programmes à l'échelle de la collectivité, de la zone et de la région dans le cadre d'une entente de contribution unique et souple, d'une durée de trois à cinq ans, qui leur permet d'attribuer le financement selon les priorités locales. Le financement peut être reporté d'année en année et attribué aux priorités locales en matière de santé.
- En vertu du modèle intégré, les collectivités peuvent se charger d'une gamme de services communautaires dans le cadre d'une entente de contribution unique dont la durée peut atteindre cinq ans. En vertu de cette entente, les collectivités peuvent attribuer le financement selon leur plan de travail communautaire et doivent obtenir l'autorisation de la DGSPNI pour apporter des modifications. Le report des ressources n'est pas permis.

Les collectivités savent qu'elles acquerront un certain degré d'autonomie (davantage dans le cas du modèle de transfert, un peu moins dans le cas du modèle intégré) en matière de services communautaires, selon le type d'entente qu'elles auront conclu. Les collectivités « transférées » et celles « intégrées » administrent également une gamme de programmes non transférables.

Alors que les représentants de la DGSPNI ont tendance à envisager le transfert sous l'angle administratif, les répondants des Premières nations et des Inuits feront sans doute état des réussites et des problèmes sous l'angle plus vaste de la gouvernance à l'égard du système de santé. Ces deux perspectives sont abordées dans la présente évaluation et sont expressément mentionnées. Les programmes non transférables ont été considérés comme un facteur de confusion dans la présente évaluation et c'est dans ce contexte qu'ils sont abordés.

2. Méthodologie

L'évaluation de la Politique de transfert des services de santé est complexe sur le plan méthodologique, pour les raisons suivantes :

- Les services dans les réserves font partie d'un système de soins de santé qui se situe en grande partie hors du champ d'application de la Politique de transfert des services de santé.

- Les résultats sur le plan de la santé dépendent de multiples facteurs et reflètent l'intervention (ou l'absence d'intervention) dans d'autres secteurs, notamment l'infrastructure de la collectivité (eau potable), le logement, l'emploi, etc.
- Les données nécessaires à la présente évaluation n'ont pas été recueillies de façon systématique au cours de la période de mise en œuvre de la PTSS. Elles ont plutôt été obtenues de diverses sources.
- Les services communautaires de santé sont financés au moyen de divers programmes transférables et non transférables qu'il est impossible de distinguer pour examiner uniquement le rendement des programmes transférés. Le rendement des services communautaires dans leur ensemble peut difficilement être isolé d'autres facteurs, notamment l'accessibilité et le rendement des services provinciaux de santé, et des autres déterminants de la santé.

Nous avons adopté une méthodologie d'étude de cas multisite pour tenir compte de la complexité de l'évaluation et de la diversité des sources de données (Dyer & Wilkins 1991, Eisenhardt 1989, Yin 1994, 1999). Les sources d'information utilisées dans la présente évaluation comprennent :

- a. Une analyse documentaire;
- b. Une étude des dossiers de la DGSPNI visant à recueillir des données sur l'élaboration des politiques et le contexte à cet égard ainsi que sur la prise des décisions administratives;
- c. Une étude approfondie de 83 évaluations quinquennales sur une possibilité de 93 (89,3 p. 100);
- d. Une étude des ententes de transfert et de leurs modifications, pour 27 organisations de santé des Premières nations et des Inuits, depuis le jour du transfert jusqu'en mars 2002;
- e. Une analyse des dépenses de l'administration centrale et des bureaux régionaux de la DGSPNI de 1990 à 2002;
- f. Deux examens du caractère équitable du financement : le premier pour un échantillon de 30 centres de santé pendant l'année 2001-2002 et le second, pour un échantillon de 9 organisations de santé des Premières nations et des Inuits pour les années 1991-1992, 1995-1996 et 2001-2002;
- g. Des études de cas en milieu communautaire menées auprès de 13 organisations de santé des Premières nations et des Inuits, y compris la Commission des services de santé des Inuits du Labrador (Labrador), la Première nation d'Oromocto (Nouveau-Brunswick), la communauté de Wemotaci (Québec), la Première nation Kitigan Zibi (Québec), les Dilico Ojibway Child and Family Services (Ontario), la bande Naotkamegwaning (White Fish Bay, Ontario); la Première nation de Roseau River (Manitoba), le Keewatin Tribal Council (Manitoba); le Battleford Tribal Council (Saskatchewan), la Northern Intertribal Health Authority (Saskatchewan), la Nune Health Authority (Alberta), la Première nation de Cowichan (Colombie-Britannique) et la Première nation de Skidigate (Colombie-Britannique);
- h. Des entrevues menées auprès de 266 personnes, y compris 12 membres du personnel de l'administration centrale de la DGSPNI, 64 membres du

personnel régional de la DGSPNI et 190 représentants des Premières nations (après la signature de formulaires de consentement);

- i. Un sondage téléphonique auprès de 137 directeurs de la santé ou représentants communautaires (54,4 p. 100) de collectivités de tout le Canada, ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée;
- j. Quatorze (14) mémoires d'organisations des Premières nations et des Inuits de tout le pays; ces mémoires nous ont fourni un contexte, des exemples et des recommandations qui sont étudiés tout au long de la présente évaluation.

3. Résultats : engagement soutenu de la DGSPNI à l'égard de la prise en charge par la collectivité

Des entrevues ont été menées auprès de 12 membres de l'administration centrale de la DGSPNI et de 64 membres de son personnel régional. On nous a assuré, au niveau de la direction, que les grands objectifs énoncés dans la Politique de 1979 sur la santé des Indiens et intégrés à la Politique de transfert des services de santé de 1989, sont toujours actuels et pertinents aujourd'hui. Ces buts comprenaient :

[TRADUCTION]

- Donner aux Premières nations et aux Inuits des occasions de participer activement à la planification, à l'administration et à la prestation des services de santé dans les réserves et, dans la même foulée, à la planification des politiques;
- Améliorer l'état de santé des Premières nations et des Inuits afin qu'il soit au moins équivalent à celui des autres Canadiens;
- Faire en sorte que les Premières nations et les Inuits aient accès à des soins de même qualité que ceux offerts aux autres Canadiens.

Ce qui a changé, au fil du temps, c'est la compréhension des moyens pour atteindre ces objectifs. Il est apparu clairement que la vision présentée dans le document de 1995 intitulé *Vers la prise en charge par les Premières nations* [Pathways to First Nation control] n'était pas réaliste (Health Canada (MSB) 1995). Selon certains, cette vision équivalait à « fermer la boutique », car elle visait à éliminer ou à limiter grandement la nécessité d'un organisme fédéral. Les répondants de la DGSPNI ont plutôt cité trois grands engagements :

- La DGSPNI demeurera responsable du rendement global du système des soins primaires dans les réserves à l'intention des Premières nations et des Inuits et elle rendra des comptes à cet égard; les répondants ont également reconnu que l'engagement des provinces est essentiel pour que le système actuel soit viable et intégré.
- La DGSPNI continuera de superviser les programmes qu'elle finance; ce rôle est de plus en plus exercé dans le cadre de la surveillance des dispositions des ententes de contribution.
- La DGSPNI, finalement, continuera de surveiller la qualité des services offerts dans les réserves afin de faire en sorte qu'ils respectent les normes de qualité et que la sécurité et la santé des collectivités soient protégées.

L'instauration de programmes qui dépassent la portée du transfert, tendance observée récemment, ne serait pas, selon les répondants, le signe d'une érosion de

l'engagement envers les valeurs et les objectifs intégrés au concept du transfert. Elle témoignerait plutôt de la nécessité de faire en sorte que les programmes de santé mis en œuvre par les collectivités des Premières nations et des Inuits soient efficaces et fondés sur des données probantes. Le fait que la DGSPNI exige des rapports de plus en plus détaillés s'expliquerait par la nécessité d'obtenir de l'information pour exercer son rôle de supervision.

La plupart des répondants de la DGSPNI reconnaissent qu'il est difficile de concilier, d'une part, la nécessité d'assurer une certaine souplesse dans la planification et la prestation des services pour s'adapter aux besoins locaux, et, d'autre part, la nécessité de faire en sorte que les programmes soient efficaces et bien planifiés. La mise en œuvre de programmes conçus au palier national est également considérée comme une mesure visant à appuyer les collectivités dont les capacités en matière de planification des programmes sont limitées, voire inexistantes.

4. Résultats : expériences des Premières nations et des Inuits

Dans l'ensemble, 97,1 p. 100 des directeurs de la santé qui ont répondu au sondage par téléphone appuient le maintien d'un mécanisme qui encourage la prise en charge par les collectivités des services de santé dispensés dans les réserves. Dans les paragraphes qui suivent, nous évaluons le rendement de la PTSS relativement à ses objectifs énoncés initialement.

Premier objectif : permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé.

a. Souplesse, contrôle et autonomie

Dans l'ensemble, la majorité des répondants des PNI ont indiqué lors du sondage téléphonique que le modèle de transfert ou le modèle intégré avait amélioré la capacité des services de répondre aux besoins (85,2 p. 100), conférait une certaine souplesse (74,1 p. 100) et permettait d'exercer un contrôle sur les programmes et la prestation des services (75,0 p. 100). Les sujets interrogés ont indiqué que c'était la possibilité d'établir localement les priorités et de concevoir des programmes en fonction de ces priorités qui avait incité leur collectivité à signer une entente de transfert ou une entente intégrée. La prise de décisions à l'échelon local a amélioré la capacité des programmes de s'adapter à l'évolution des besoins, en se soustrayant aux longs processus d'approbation des bureaux régionaux de la DGSPNI. Elle a aussi accru la possibilité de planification à long terme.

La majorité des répondants (67,5 p. 100) ont dit être en mesure d'affecter les ressources en fonction des priorités locales. Si l'on prend uniquement en compte les collectivités ayant conclu une entente de transfert, ce chiffre grimpe à 78,8 p. 100. Comme on pouvait s'y attendre, les répondants des collectivités ayant conclu une entente intégrée étaient beaucoup moins nombreux à donner une réponse positive à cette question (54,4 p. 100).

b. Report des ressources financières

Un élément clé de la souplesse prévue dans les ententes de transfert a été la possibilité de conserver les ressources financières accumulées pour les programmes transférables et de les réaffecter en fonction des priorités locales en matière de santé.

Plus de la moitié des répondants (57,4 p. 100) au sondage téléphonique appartenant à des collectivités ayant conclu une entente de transfert ont indiqué avoir été en mesure d'accumuler un surplus à un moment ou un autre dans le passé. Cependant, 88,4 p. 100 des répondants ont dit éprouver plus de difficulté à accumuler des surplus aujourd'hui.

c. Développement des capacités

En majorité (65,6 p. 100), les répondants ont indiqué que leur organisation de santé avait été en mesure d'acquérir des compétences sur le plan de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et de l'élaboration des programmes. La plupart des répondants au sondage téléphonique (66,9 p. 100) ont indiqué que la DGSPNI n'était pas considérée comme une source d'appui au développement des capacités. Les Premières nations du Pacifique, de l'Alberta et de l'Ontario convenaient plus volontiers que leurs bureaux régionaux respectifs de la DGSPNI appuyaient le perfectionnement des compétences dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et de la planification des programmes. Les différences étaient statistiquement significatives. Il faut cependant rappeler que l'on trouve dans ces trois régions une proportion nettement plus élevée de collectivités ayant conclu une entente intégrée, ce qui représente un facteur de confusion prévisible.

En général, les membres des Premières nations et les Inuits interrogés ne considéraient pas la DGSPNI comme une ressource importante sur le plan du développement des capacités. On lui préférait les ressources provinciales et privées (consultants), tout simplement parce qu'elles offraient un éventail de possibilités et permettaient d'obtenir sur place des séances de formation adaptées.

d. Stabilité de l'effectif

La majorité des répondants au sondage téléphonique (70,0 p. 100) ont indiqué que les possibilités d'emploi dans la collectivité avaient augmenté à la suite de la signature d'une entente de transfert ou d'une entente intégrée. Pour la plupart (70,6 p. 100), ils ont aussi signalé une plus grande stabilité de l'effectif. Une plus forte majorité d'entre eux (84,9 p. 100) ont cependant précisé que le manque d'équité sur le plan des salaires et des avantages sociaux minait la stabilité de leur effectif. Comme on pouvait s'y attendre, les collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient plus nombreuses à se dire satisfaites que celles ayant conclu une entente intégrée.

La plupart des répondants (81,1 p. 100) ont fait état de difficultés de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier et d'autres professionnels.

e. Résumé

L'information recueillie auprès des répondants Inuits et des Premières nations confirme que la **Politique de transfert des services de santé a atteint son objectif** consistant à permettre aux organisations des Premières nations et des Inuits de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé.

Deuxième objectif : Renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres

Au chapitre de la responsabilisation, nous constatons que le deuxième objectif de la Politique de transfert des services de santé met uniquement l'accent sur la

reddition de comptes vers le bas, c'est-à-dire l'obligation des bandes de rendre compte à leurs membres. Il n'est jamais question de **reddition de comptes réciproque**, qui refléterait un partenariat entre la DGSPNI et les collectivités des Premières nations et des Inuits. En général, les répondants Inuits et des Premières nations ont abordé ces deux types de reddition de comptes.

a. Agrément des services de santé

L'agrément des services de santé (l'accréditation dans le langage courant) par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS) est une avenue qu'empruntent de plus en plus les Premières nations et les Inuits pour faciliter la mise en place de leur infrastructure organisationnelle. L'agrément est l'une des composantes d'un programme d'assurance de la qualité.

Trois des organisations visitées pour fins d'analyses locales ont fait cette démarche. Le Conseil tribal de Battleford (BTC), en Saskatchewan, a obtenu l'agrément en 1998, pour une période de trois ans, et l'a obtenu de nouveau en 2001. Les gestionnaires de la santé du BTC ont trouvé le processus d'agrément beaucoup plus utile que l'évaluation quinquennale, car il s'agit d'un processus continu qui appuie la gestion de programme et fait ressortir les ajustements nécessaires. Pendant la quatrième année de leur premier entente, les Dilico Ojibway Child & Family Services ont décidé de solliciter l'agrément et ils ont jugé l'expérience très positive. La Nunee Health Authority tente actuellement d'obtenir l'agrément, estimant qu'il s'agit d'un moyen de garantir des services de santé de qualité élevée et d'appuyer le renforcement continu des capacités des fournisseurs de services et des administrateurs.

Seulement le tiers des collectivités jointes au cours du sondage téléphonique avaient envisagé la démarche d'agrément. Un grand nombre de répondants, soit 43,8 p. 100, n'étaient pas au courant de cette procédure ou étaient réticents à se prononcer pour ou contre l'agrément. Les répondants des régions de l'Atlantique et du Québec semblaient mieux connaître ou accepter cette procédure. Le manque de fonds est un obstacle à la démarche d'agrément. Bien que le Battleford Tribal Council ait obtenu de la DGSPNI l'autorisation d'affecter à sa démarche d'agrément des fonds prévus pour l'évaluation, ce n'est ni la politique ni la norme à cet égard.

Une organisation jointe au cours du sondage téléphonique a indiqué que tous les programmes de la bande (y compris les programme de santé) avaient obtenu l'agrément de l'Organisation internationale de normalisation (ISO 9000). Un coordonnateur de l'assurance de la qualité est associé à tous les programmes gérés par le chef et le conseil. Cet agrément a conféré à la bande un nouveau statut et a accru ses chances de développement économique : les banques sont mieux disposées à faire des affaires avec elle. La démarche a été financée par Affaires indiennes et du Nord Canada.

b. Responsabilisation des PNI et cadre de production de rapports

La majorité des représentants des Premières nations et des Inuits interrogés au cours de la présente évaluation ont exprimé des réserves importantes à l'égard du cadre actuel de production de rapports. En vertu de l'entente de transfert, les organisations des Premières nations et des Inuits doivent soumettre au Ministre :

- Une vérification des programmes et services de santé portant sur le caractère adéquat des contrôles financiers et attestant que les principes comptables

généralement reconnus ont été appliqués et que les conditions de Santé Canada ont été respectées;

- Un rapport sur la prestation des programmes obligatoires; et
- Un exemplaire du rapport annuel.

Toutefois, ces exigences ne reflètent pas l'ampleur du fardeau imposé aux organisations des Premières nations et des Inuits en matière de production de rapports. D'après une étude menée par la DGSPNI (Health Canada (FNIHB) 2003a), les collectivités n'ayant conclu ni entente de transfert ni entente intégrée (NTNI) administrent maintenant des programmes jugés transférables en vertu d'ententes de contribution distincts. Globalement, ces programmes exigent de chaque communauté NTNI une moyenne 49 rapports par an. Les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée peuvent regrouper tous leurs rapports financiers sur les programmes transférables en un seul rapport financier, si celui-ci est suffisamment détaillé. Elles produisent également un rapport annuel global. En vertu du transfert, seuls les programmes obligatoires sont assortis d'exigences obligatoires en matière de rapport. Les exigences sur ce plan sont donc moins lourdes dans le cas des programmes transférés que pour les collectivités NTNI. Cela témoigne d'une compréhension du fardeau de production de rapports associé au transfert selon une *perspective administrative*.

Selon une *perspective de gouvernance à l'égard du système de santé*, les collectivités ayant conclu une entente de transfert doivent aussi rendre compte des programmes non transférables. Une étude des exigences à cet égard dans la région du Pacifique a été menée pour l'exercice 2003-2004.² Les résultats montrent, qu'en moyenne, les collectivités NTNI étaient tenues de produire chaque année 25 rapports, tandis que les collectivités ayant conclu une entente intégrée devaient en produire 38 et celles ayant conclu une entente de transfert, 40. Les exigences en matière de rapports comprennent celles associées aux programmes transférables et non transférables. Ces résultats ne contredisent pas l'affirmation voulant que les collectivités ayant conclu une entente de transfert bénéficient d'une procédure de compte rendu simplifiée pour les programmes transférables. Ils montrent plutôt que les collectivités NTNI sont nettement moins susceptibles d'avoir accès aux programmes financés par projets ou aux programmes nécessitant un important investissement sur le plan administratif. Nous concluons que l'investissement dans les capacités administratives exigé par le transfert améliore la capacité des Premières nations et des Inuits d'accéder à du financement supplémentaire afin d'aborder des priorités établies à l'échelle nationale en matière de santé des Premières nations et des Inuits.

L'analyse montre également que la région du Pacifique aurait traité au total 5 815 rapports pour l'année 2003-2004, qui comprenaient tous des données financières et des données sur le rendement, et étaient présentés sur papier ou dans un format non standard. En raison de volume considérable, il est à toutes fins pratiques impossible pour la DGSPNI de compiler ces données sous une forme pouvant servir à la

² Le Pacifique a été l'unique région à avoir transmis des renseignements dans un format convenant à la présente analyse. Cette région n'a pas été choisie à dessein. Comme elle compte le plus grand nombre de collectivités des Premières nations (N = 198), l'analyse ci-dessus ne décrit pas le fardeau administratif des autres régions de la DGSPNI.

surveillance nationale. Il est possible que nos données constituent une sous-estimation du fardeau de la production de rapports. Le Rapport du vérificateur général du Canada de 2002 dénombrait jusqu'à 68 rapports pour une collectivité ayant conclu une entente de transfert, y compris des rapports sur les programmes transférables et non transférables (*perspective de la gouvernance à l'égard de la santé*).

Le cadre actuel de production de rapports vise à respecter la filière de reddition de comptes de la DGSPNI et à gérer le risque. Dans le cas des ententes individuelles, il se concentre sur la gestion du risque et peut répondre au besoin d'un gestionnaire de programme de surveiller le rendement. Il est toutefois clair que la DGSPNI a besoin d'un type différent de données pour exercer son rôle de gestionnaire du rendement général du système de santé des Premières nations et des Inuits et pour surveiller l'utilisation des deniers publics. Le problème, c'est qu'il n'existe actuellement aucun mécanisme qui permettrait de compiler les données recueillies de façon à ce qu'elles puissent guider la prise de décisions. Le problème en est un de volume et de format. Le système actuel ne permet pas de rassembler les données existantes dans un format apte à fournir au ministre de la Santé l'information dont il a besoin pour satisfaire à l'exigence de reddition de comptes du Cabinet.

Le rapport coût-efficacité du système actuel n'a pas non plus été pris en compte. La DGSPNI s'affaire en ce moment à simplifier ses exigences en matière de rapports et affirme les avoir déjà réduites dans 20 p. 100 des exigences en éliminant tout simplement le chevauchement. Cependant, ni une réduction ni une hausse du nombre de rapports et des indicateurs actuels ne fournira à la DGSPNI les renseignements dont elle a besoin pour superviser le système.

c. Système d'information sur la santé (SIS)

Presque toutes les évaluations quinquennales étudiées soulignaient la nécessité d'instaurer un système d'information sur la santé (SIS) complet et commode en vue de la cueillette, de l'enregistrement et de la gestion des données. Les collectivités ont aussi mentionné qu'il était important que le SIS soit centralisé et relié aux bases de données provinciales afin de rendre possible le suivi des services de santé et des diagnostics reçus par les membres hors des réserves ou de permettre les comparaisons avec d'autres collectivités des Premières nations et des Inuits.

Le fait de disposer d'un SIS efficace a de toute évidence une influence déterminante sur la capacité de la collectivité de cerner ses besoins, de déterminer ses priorités et de suivre les progrès accomplis sur le plan de l'état de santé et de la prestation des services. Un tel système pourrait, en second lieu, constituer un mécanisme rentable pour satisfaire aux exigences actuelles en matière de production de rapports. Nombre de collectivités, toutefois, se sont dites incapables de mettre en œuvre le SIS fourni par la DGSPNI, parce qu'elles n'avaient pas reçu de fonds pour la formation du personnel, la rémunération des commis à la saisie des données ou les frais de gestion de la base de données.

Quelques collectivités ont quand même signalé certains succès dans l'instauration d'un SIS (for examples, see Centre for Indigenous Sovereignty 1998, Mussell 2001, Ojibways of Pic River 2003). Le Conseil des Mohawks d'Akwesasne a mis en œuvre son SIS à la fin de 1997 et il s'apprêtait, en 2001, à le relier à un nouveau système de dossiers médicaux. La Première nation de Dokis a fait état des difficultés éprouvées avec son SIS pendant la période de transfert, mais indique avoir réussi à apporter des modifications à son système (Centre for Indigenous Sovereignty 2001). La

Première nation M'Chigeeng a élaboré un système indépendant d'évaluation pour faire le suivi et la collecte des données régionales, même si elle ne dispose pas d'un mécanisme d'assurance de la qualité lui permettant de confirmer la précision et la fiabilité de sa cueillette de données. La collectivité de Cowichan a mis au point et implanté le « Tribes Health Information System », qui constitue une base de données relationnelle souple de ses clients et satisfait aux besoins de ses programmes sur le plan de la gestion.

Jusqu'ici, le Système d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits (SISPNI) n'a pas tenu ses promesses. La plupart des sujets interrogés ont fait des commentaires sur le cadre actuel de production de rapports exigé par la DGSPNI. Ils ont indiqué que même si la DGSPNI avait accru de façon notable ses exigences en matière de rapports pour les programmes non transférables, elle l'avait fait avant la mise en place d'un système qui aurait permis de respecter ces exigences de manière rentable à l'échelle locale.

La majorité des répondants (71,5 p. 100) ont dit que leur organisation ne recevait pas suffisamment de fonds pour satisfaire aux exigences du cadre actuel de production de rapports. Le respect de ces exigences demande de consacrer du temps à des tâches administratives et de disposer de matériel informatique. Ces coûts doivent soit être prévus dans le programme qui les impose, soit pouvoir être recouverts à même les fonds des ententes de transfert ou des ententes intégrées.

La plupart des évaluations quinquennales reposent sur les commentaires formulés par les membres des collectivités dans le cadre de sondages. Ces sondages montrent que l'un des résultats positifs du transfert a été l'amélioration de la responsabilisation des organisations de santé des Premières nations et des Inuits à l'endroit des membres de leur collectivité. Le sondage téléphonique confirme cette constatation : la majorité des répondants (63,6 p. 100) ont dit avoir instauré un système afin de répondre aux besoins de leur collectivité au chapitre de la responsabilisation. Cette responsabilisation est particulièrement manifeste dans les collectivités qui ont élaboré un système de gestion efficace et efficient, qui assure une meilleure coordination des services, un bon usage des ressources, l'élaboration de politiques et des plans de travail. Les besoins des collectivités en matière de rapports peuvent cependant différer des besoins en matière d'information sur la santé nécessaire à la planification et à l'évaluation des services de santé.

d. Reddition de comptes réciproque et règlement des différends

Une façon de mesurer la reddition de comptes réciproque consiste, pour les régions de la DGSPNI, à produire des rapports annuels sur leur rendement en ce qui concerne l'administration, les programmes et la prestation de services. À l'heure actuelle, il n'existe pas de mécanisme assurant la transparence au niveau de l'administration régionale, qui pourrait aider les Premières nations et les Inuits à saisir les éventualités associées à ce palier administratif. C'est là un point particulièrement irritant pour les Premières nations du Manitoba. Nous désirons aussi souligner que les écarts dans les exigences en matière de rapports constituent un facteur important de disparité dans l'application des normes de reddition de comptes.

Une deuxième façon de mesurer la reddition de comptes réciproque réside dans l'aptitude des collectivités à signaler à l'attention de la DGSPNI les enjeux préoccupants et à obtenir une réponse à leur sujet. Aux premiers stades de la mise en œuvre du transfert, il existait des mécanismes (comités conjoints de mise en œuvre) permettant de

discuter des décisions prises par la DGSM/DGSPNI et d'obtenir le point de vue des Premières nations. Exception faite des processus de cogestion dans les régions de l'Alberta et de l'Atlantique, ces processus n'existent plus. Les répondants de la DGSPNI ont indiqué que les décisions se prennent de plus en plus à l'administration centrale, loin du contexte de la mise en œuvre, et de façon unilatérale. Bien que ces décisions aient des répercussions importantes pour les organisations des Premières nations et des Inuits, il n'existe aucun mécanisme efficace pour tenir compte de leurs préoccupations. Le *Guide 3 – Après le transfert* indique très clairement que :

En signant l'Entente de Transfert, la communauté reconnaît que les questions de politiques publiques ne sont pas destinées à être négociées par résolution de différends (Health Canada (FNIHB) 2001c).

Dans le cadre de la Politique de transfert des services de santé, on ne s'est pas encore entendu sur ce qui constitue une politique publique et ce qui est plutôt un choix administratif. Bien que tous les ententes comprennent un mécanisme relativement standard de règlement des différends, ni la DGSPNI ni le Ministre ne sont tenus d'y avoir recours. Il s'agit donc d'une disposition faisant appel à la bonne volonté. La majorité des répondants (68,8 p. 100) ont dit que cette disposition n'était pas efficace. Cette question préoccupait tout particulièrement les Premières nations de la Saskatchewan et du Québec. Seulement 31,2 p. 100 des répondants ont jugé efficace le mécanisme de règlement des différends actuellement en place. Les répondants ontariens étaient plus positifs à cet égard. Nos questions ne faisaient pas de distinction entre les processus officiels et non officiels de règlement des différends. Jusqu'à présent, seulement trois processus officiels de règlement des différends ont été entrepris, tous en Saskatchewan. Les organisations des Premières nations qui y ont eu recours se sont dites insatisfaites du processus et de son résultat, car la décision finale appartient à la DGSPNI. Les répondants ont laissé entendre qu'une démarche faisant appel à un tiers aurait plus de crédibilité.

e. Résumé

Il apparaît clairement que la Politique de transfert des services de santé a accru les obligations en matière de responsabilisation des chefs et des conseils envers leurs membres en ce qui a trait aux programmes de santé. Avant le transfert, des éléments clés des services, comme les soins infirmiers, relevaient directement de la DGSPNI et ils fonctionnaient en grande partie sans la participation du chef et du conseil ou des membres de la collectivité. À cet égard, la Politique de transfert des services de santé a permis d'atteindre l'objectif énoncé.

La question de la responsabilisation, cependant, a une portée plus vaste. L'amélioration de la responsabilisation n'a pas nécessairement résulté du cadre instauré par la DGSPNI. Les deux tiers des organisations interrogées ont signalé être parvenues à mettre au point un système utile de rapport visant à répondre à leurs besoins internes. Toutefois, la mise au point d'un système d'information sur la santé qui aiderait les organisations des Premières nations et des Inuits à satisfaire à leurs attentes en matière de planification et de rapport a été longue et laborieuse.

L'agrément des services de santé est devenu une démarche utile qui permet à certaines Premières nations de faire en sorte que leur organisation s'efforce d'améliorer les processus de gestion et que les services respectent les critères nationaux. Cependant, l'intérêt pour cette démarche demeure faible. Le financement du processus d'agrément constitue un enjeu.

La responsabilisation accrue n'a pas été accompagnée d'une amélioration des mesures de reddition de comptes réciproque. Bien qu'il existe sur papier un processus officiel de règlement des différends, les trois organisations des Premières nations qui y ont eu recours pour résoudre des questions préoccupantes ont été généralement insatisfaites des résultats. Un processus géré par un tiers et ayant force exécutoire aurait plus de crédibilité.

On a remarqué que les régions de la DGSPNI n'avaient apparemment pas à rendre des comptes sur leur propre rendement, sauf en ce qui concerne la gestion budgétaire.

Troisième objectif : Veiller au maintien de la santé et de la sécurité publiques grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires

Les programmes obligatoires comprennent :

- La lutte contre les maladies transmissibles et l'immunisation;
- L'hygiène du milieu, la santé et la sécurité au travail; et
- Le traitement.

Le Plan de santé communautaire doit prévoir la prestation de ces services. Le *Guide 2 – Transfert des services de santé* en décrit les exigences (Health Canada (FNIHB) 2001b). L'exécution de ces programmes requiert obligatoirement une certaine interaction avec les pouvoirs provinciaux en raison des dispositions législatives provinciales en matière de santé publique et d'autorisation professionnelle. Nous n'avons pas été en mesure d'évaluer la portée et l'efficacité de ces programmes, étant donné qu'ils sont définis de façon très générale par la DGSPNI et ne sont assortis d'aucun critère établi d'évaluation. Nous avons cependant pu évaluer les points de vue des Premières nations et des Inuits, et de la DGSPNI sur ce programme.

a. Programmes obligatoires

La grande majorité (90,2 p. 100) des répondants des Premières nations et des Inuits se sont dits en mesure de satisfaire aux exigences courantes des programmes obligatoires au chapitre de la santé publique. Les données tirées des évaluations quinquennales montrent des améliorations sur le plan des taux d'immunisation.

b. Engagement provincial en matière de santé publique

Dans l'ensemble, plus de la moitié des répondants (57,4 p. 100) ont dit avoir établi des liens avec leur province dans le domaine de la santé publique. Les relations établies avec la province par les répondants des autorités sanitaires et des conseils tribaux n'étaient ni meilleures ni pires que celles des répondants issus de collectivités agissant seules. Les différences entre les régions n'étaient pas statistiquement significatives. Il importe de souligner que le transfert semble avoir favorisé l'établissement de relations avec les autorités sanitaires provinciales. Sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, les sujets interrogés ont laissé entendre que l'engagement provincial, avant le transfert, était minime.

Un nombre appréciable de répondants de la DGSPNI ont dit craindre que le transfert des services aux collectivités des Premières nations et des Inuits ne crée des problèmes de santé publique. Nous concluons que c'est le peu d'engagement de la part des provinces qui constitue une menace pour la santé publique dans les collectivités

ayant conclu une entente de transfert, celles ayant conclu une entente intégrée et les collectivités NTNI, mais que le transfert favorise la collaboration avec les autorités sanitaires provinciales.

c. Rôles, responsabilités et champs de compétence

L'un des thèmes récurrents de cette étude est le manque de clarté dans la définition des responsabilités et des rôles respectifs des organisations des Premières nations et des Inuits, de la province et de la DGSPNI. La grande majorité des répondants (91,3 p. 100) au sondage téléphonique ont indiqué que les questions de compétence continuaient d'entraver la capacité des Inuits et des membres des Premières nations d'avoir un accès raisonnable aux services. Au total, 72,5 p. 100 des personnes interrogées ont déclaré que les lois et règlements provinciaux avaient créé des obstacles juridiques à la fourniture de services raisonnables. Les différences entre les régions ne sont pas statistiquement significatives. Elles indiquent néanmoins les régions où les tensions sont les plus vives. Les répondants des régions du Pacifique et du Québec s'inquiétaient nettement plus que les autres des questions de compétence, tandis que ceux des Prairies étaient les moins satisfaits du niveau de collaboration établi avec leur gouvernement provincial. Voici quelques exemples :

- Les règlements régissant l'exploitation des ambulances au Québec, qui empêchent les collectivités de transporter légalement leurs membres ayant besoin de soins urgents; selon le règlement, il faut avoir recours au service ambulancier de l'hôpital, ce qui engendre d'importants retards;
- Les questions associées au cadre de pratique du personnel infirmier au Manitoba et en Alberta empêchent les collectivités des Premières nations de gérer les effectifs infirmiers qui dispensent des traitements (postes de soins infirmiers);
- Les modifications apportées aux dispositions législatives sur l'aide sociale, en Colombie-Britannique, entraînent l'arrivée dans les réserves de membres ayant des besoins considérables;
- Les débats en matière de juridiction et de compétence en ce qui a trait aux responsabilités en santé publique dans les réserves; et
- La responsabilité des services de santé mentale.

d. Rôle conservé par la DGSPNI

Moins de la moitié (46,3 p. 100) des répondants au sondage téléphonique ont dit bien comprendre le rôle de la DGSPNI dans le contexte suivant le transfert. Ce rôle devait compléter les fonctions désormais assumées par la collectivité des Premières nations ou des Inuits et il était défini dans l'entente. Au milieu des années 90, des restrictions ont commencé à apparaître dans les dispositions, les assujettissant à l'admissibilité et à la disponibilité. Depuis 1999, la mention expresse d'un rôle conservé par la DGSPNI a disparu de nombre d'ententes. Lorsque cette mention est présente, elle est beaucoup plus générale que celle figurant dans les ententes antérieures. Ce changement correspond à l'introduction de la nouvelle entente de contribution unifiée (ACU), que les Premières nations appellent ordinairement « proforma or entente type ».

Il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation des éléments probants mentionnés plus haut. Nous ne voulons pas insinuer que les régions de la DGSPNI ne fournissent plus aux collectivités des Premières nations et des Inuits les services

essentiels et mutuellement convenus. Bien que ce sujet n'ait pas fait l'objet d'une étude systématique, les organisations des Premières nations et des Inuits ayant commenté ce point se sont dites satisfaites des rôles conservés par la DGSPNI quant aux services des agents d'hygiène du milieu et quant à la supervision des soins infirmiers. Mais la modification du libellé des ententes indique que les régions de la DGSPNI ne sont plus tenues de fournir ces services. La prestation des services par la DGSPNI est passée d'un engagement défini par la loi à l'expression d'une bonne volonté. En conséquence, la DGSPNI ne peut plus être accusée de n'avoir pas fourni ces services « résiduels ». Il s'agit peut-être là d'une position prudente sur le plan juridique, mais elle amène à s'interroger sur la cohérence globale du système.

On a demandé expressément aux employés régionaux de la DGSPNI d'expliquer ce qu'allait être, à leur avis, leur rôle après le transfert, et 17 d'entre eux ont donné une réponse détaillée à cette question. Deux grands rôles ont généralement été reconnus. Le premier était la surveillance des services, qui vise à garantir la production opportune des rapports et la fourniture des services obligatoires. Le second consistait à « donner un appui, des conseils et une orientation professionnels ».

À cet égard, nous avons noté l'existence de multiples interprétations, particulièrement en ce qui a trait aux services infirmiers. Certains ont dit qu'il régnait trop de confusion pour déterminer si une organisation des Premières nations ou des Inuits :

- Avait pris en charge ses services infirmiers en milieu communautaire en vertu d'une entente intégrée ou d'une entente de transfert;
- Avait pris en charge les postes au sein de la collectivité et d'une certaine proportion des postes aux échelons de la région et de la zone dans le cadre d'une entente de transfert;
- N'avait pas conclu d'entente de transfert, mais continuait de gérer ses services infirmiers en vertu d'une entente de contribution; et
- Gérait le personnel infirmier employé par la DGSPNI en vertu d'une entente d'échange.

Ce sont là les options actuelles, et chacune peut être assortie d'un rôle « résiduel » différent pour la DGSPNI. Certains répondants ont précisé que la seule attitude réaliste face à la complexité de la situation consistait à en faire abstraction et à traiter toutes les organisations des Premières nations et des Inuits de la même manière.

Selon le cas, les employés de la DGSPNI ont aussi indiqué que les catégories susmentionnées ne permettent pas de prévoir le temps qu'ils peuvent consacrer à une collectivité. De fait, les capacités de la collectivité ou les circonstances particulières (une éclosion, des problèmes de recrutement ou des difficultés d'ordre administratif) sont de meilleurs indicateurs prévisionnels de la charge de travail.

Les employés régionaux de la DGSPNI ont aussi indiqué que le rôle consultatif qu'ils jouaient dépendait davantage des besoins de l'organisation des Premières nations ou des Inuits que d'un rôle établi. Dans ce contexte, la compréhension théorique du rôle cède la place à la fonction de gérance de la DGSPNI sur l'ensemble du système et à la nécessité d'assurer la protection du public.

e. Résumé

La **Politique de transfert des services de santé a amélioré la probabilité d'engagement des provinces en matière de santé publique**, et les collectivités sont en mesure d'exécuter leurs programmes obligatoires.

Depuis l'instauration de la Politique de transfert des services de santé, d'importants progrès ont été accomplis sur le plan de l'engagement provincial en santé publique. Au total, 57,4 p. 100 des répondants au sondage téléphonique ont dit avoir établi des liens. Il y a toutefois lieu de s'inquiéter pour les 42,6 p. 100 restants. La DGSPNI signale encore plus d'améliorations au cours des deux dernières années :

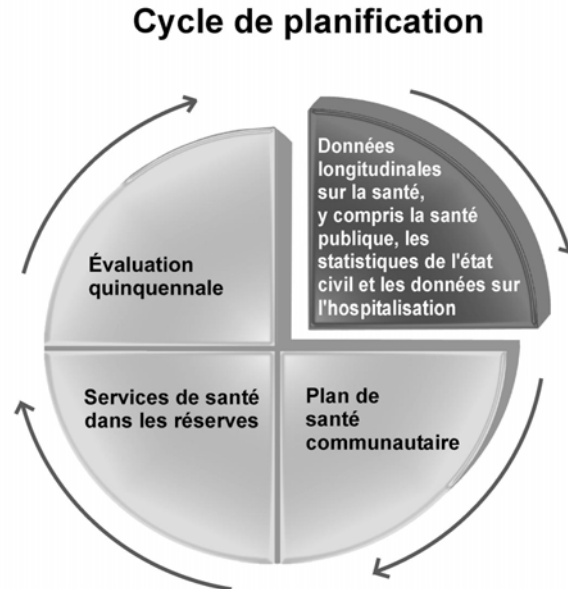
- Des ententes ont été signées entre la province et la DGSPNI en Alberta et en Saskatchewan concernant la nomination des médecins hygiénistes;
- Une entente tripartite a été signée dans la région du Pacifique au sujet du partage de l'information sur la santé aux fins de la surveillance;
- Une entente de même nature est en cours d'élaboration au Manitoba;
- Un document fédéral-provincial-territorial précisant les rôles et les responsabilités des différents intervenants en cas de pandémie de grippe dans les réserves est en cours de rédaction;
- Toutes les régions de la DGSPNI ont tenu des réunions avec les représentants de leur province pour discuter de l'intégration des activités en cas de pandémie de grippe; certaines (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba) ont rédigé des accords sur des aspects particuliers de la gestion des pandémies dans les réserves; d'autres (le Québec, les Maritimes, la Saskatchewan) n'ont que des ententes verbales et s'emploient à les mettre par écrit et une (l'Ontario) en est encore aux premières négociations.

L'engagement provincial en matière de santé publique dans les collectivités NTNI n'a pas été documenté.

5. Résultats : mesures d'impact sur la santé

La démarche de transfert a exigé que les collectivités des Premières nations et des Inuits qu'elles réalisent une évaluation des besoins communautaires et élaborent un Plan de santé communautaire. Ce plan a alors été soumis à la DGSM/DGSPNI pour approbation. Le Plan de santé communautaire, ou sa version mise à jour, a par la suite été intégré aux ententes de transfert en tant qu'assise de la prestation communautaire des services. L'évaluation quinquennale visait à évaluer la mesure dans laquelle les services répondaient aux besoins énoncés par les membres de la collectivité. Ce cycle est illustré dans le diagramme ci-dessous.

Dans l'ensemble, 62,9 p. 100 des répondants Inuits et des Premières nations ont indiqué avoir disposé d'une période adéquate de planification avant le transfert. Le problème, toutefois, c'est que ces mêmes collectivités n'avaient pas accès à des données longitudinales fiables sur la santé de leur communauté, qui auraient pu servir de base à leur planification. En règle générale, la DGSM/DGSPNI ne recueillait que très peu de données sur la santé avant le transfert. Qui plus est, les services fournis dans les réserves ne donnent qu'une vue partielle de l'utilisation des services de santé et des besoins en matière de soins de santé, car une vaste gamme de services sont obtenus à l'extérieur des réserves. L'information tirée des évaluations quinquennales reflète en grande partie la capacité des organisations des Premières nations et des Inuits d'accéder à des données pertinentes sur la santé. Les obstacles à surmonter sont les suivants :



- La capacité des Premières nations et des Inuits d'avoir accès aux données provinciales sur la santé publique;
- Les données sur l'hospitalisation, qui peuvent fournir des indicateurs appropriés de l'efficacité des soins primaires; seules quelques évaluations quinquennales, provenant toutes de la Saskatchewan, ont fait état de ces données dans leurs rapports;
- Les problèmes posés par l'élaboration d'indicateurs propres à chaque programme.

Par conséquent, les besoins en soins de santé sont généralement évalués au moyen d'un sondage auprès des membres de la collectivité, selon les lignes directrices fournies par la DGSM/DGSPNI (Health Canada 2000). On s'emploie à établir des données de référence.

Les besoins autodéclarés constituent une variable de substitution adéquate aux fins de la planification, mais ils risquent de ne pas fournir à la DGSPNI et aux organisations des Premières nations et des Inuits des données ayant une qualité et un niveau de précision suffisants pour évaluer l'impact des programmes et des politiques de santé. Le personnel de la DGSPNI s'est dit inquiet de la qualité des évaluations quinquennales qui ne renseignent ni sur les plans de santé communautaire ni sur les résultats (Health Canada (FNIHB) 2002b, 2002c, 2004). Notre examen révèle plutôt que les évaluations reflètent, pour la plupart, la qualité de l'information dont elles disposent et l'absence de système valable d'information sur la santé.

Amélioration de l'accès aux soins de santé

L'un des avantages signalés du transfert a été l'amélioration des possibilités d'emploi des membres de la collectivité. Cet effet pourrait améliorer la continuité des

soins et la confiance de la collectivité envers les services. Quelques collectivités ont dit que la prise en charge locale avait accru la conscience des problèmes de santé de la collectivité et la connaissance des déterminants de la santé et des services offerts dans la collectivité. Les informateurs clés de certaines collectivités ont déclaré que cette démarche semblait avoir incité leurs membres à vivre plus sainement. D'autres, plus nombreux, ont déclaré que la propriété locale avait favorisé un sentiment d'habilitation et d'autodétermination.³

Les évaluations communautaires font aussi mention du fait que nombre des améliorations des services de santé découlent en partie d'initiatives provinciales⁴ (Centre for Indigenous Sovereignty 1998, 2001, Northwind Consultants 2000, The Flett Consulting Group 2003, Warry 2000). La collectivité d'Akwesasne, par exemple, a signé une entente avec l'Hôpital Royal d'Ottawa et le Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario en vue de la prestation de services de santé mentale (Johnson 2001, p. 51). La Première nation Miawpukek a établi des partenariats avec des organisations et des établissements provinciaux et de l'extérieur de la province qui ont favorisé la croissance et l'élaboration de programmes communautaires et ont aussi contribué à accroître leur crédibilité (Axis Consulting Inc 1996, Hollett & Sons Inc 2002).

Les liens avec des fournisseurs de services provinciaux, comme des médecins et des services spécialisés, se sont multipliés et constituent un aspect positif du transfert (for examples, see InterGroup Consultants Ltd 1995, Jeffrey & Abonyi 2002, Macyshon 2002, Montreal Lake Cree Nation 2003, Northwind Consultants 2000, Snelling & Social Research Consulting 2001, Stellar Consulting Group 1999, Temagami First Nation 2001, The Flett Consulting Group 2003, Warry 2000). En général, cependant, les Inuits et les Premières nations (82,8 p. 100) continuent de s'inquiéter du fait qu'ils n'ont pas autant accès aux services provinciaux que les autres citoyens de la province.

Écarts dans les services

Chaque collectivité et chaque organisation pourrait dresser sa propre liste d'écart dans les services. Il est probable que de nouveaux écarts émergeront à la suite des changements apportés à la prestation provinciale des services et qu'ils influenceront de diverses façons les collectivités. Comme les provinces ne disposent pas de politiques précisant leurs responsabilités en matière de prestation des services de soins primaires aux Premières nations et aux Inuits, les écarts peuvent varier à l'intérieur d'une province, selon les relations existant entre l'organisation des Premières nations ou des Inuits et les autorités sanitaires de la province.

³ Le lecteur trouvera des exemples dans Adrian Gibbons and Associates (1997, 2000, 2002), Adshaw Enterprises Ltd (2002), Axis Consulting (1996), InterGroup Consultants (1995), J. House Consulting (2001), Jeffrey & Abonyi (2002), Kansas & Associates (2003), Lavoie (2000), Macyshon (2002), Montreal Lake Cree House (2003), Northwind Consultants (2000), Ojibways of Pic River (2003), Process Management Inc. (2002), Quennell & Hammond (1997), Saskatoon Tribal Council (2001), Sexqeltgin Health Centre (2002), SocioTech Consulting Services (1998, 2001), Stellar Consulting Group (1999), Première nation Temagami (2001), The Flett Consulting Group (2003), Warry (2000), Warry *et al.* (2000), WhiteDuck Consulting (2001) et Young *et al.* (1999).

⁴ Comme les soins de longue durée et la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario.

La santé mentale est un domaine au sujet duquel nombre de membres des Premières nations et d'Inuits s'entendent sur l'insuffisance des services et du financement (par exemples, Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000, 2001, Axis Consulting Inc 1996, Barry 2003, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, iDeation 1995, Jeffrey & Abonyi 2002, Lavoie 2000, Macyshon 2002, Northwind Consultants 2000, Quennell & Hammond 1997, Snelling & Social Research Consulting 2001, Stan Myran Consultants 2002, Stevenson 1996, Warry et al 2000).

Selon la *perspective de la gouvernance à l'égard de la santé*, le modèle de transfert devrait aider les collectivités à répondre aux priorités locales. Les analyses locales montrent que le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) n'a pas su s'adapter aux besoins des membres de la collectivité. Les conséquences de traumatismes transmis de génération en génération ont été bien documentées. On attend maintenant des travailleurs communautaires qu'ils interviennent dans des situations de violence familiale, lors des tentatives de suicide, auprès des membres en crise, qu'ils fournissent du soutien et un suivi aux membres qui viennent de subir un traitement et un appui à l'ensemble de la collectivité après les tragédies. Les toxicomanies se font de plus en plus complexes, les drogues consommées étant de plus en plus dures. La dépendance au jeu n'est pas reconnue, bien qu'elle soit accompagnée de besoins particuliers en matière de thérapie. Le PNLAADA n'a jamais disposé des ressources nécessaires pour répondre à ces besoins de plus en plus complexes, et il n'y a que peu de ressources susceptibles d'aider les travailleurs à acquérir les compétences nécessaires pour aider les membres de la collectivité à faire face à ces besoins émergents.

Plusieurs évaluations du transfert des services de santé ont fait état d'un élargissement de leurs services de santé mentale. Ce phénomène est en partie attribuable à des initiatives provinciales ou autres en santé mentale, comme l'accès au financement de la Fondation autochtone de guérison. Toutefois, les initiatives provinciales en santé mentale ne sont pas réparties également, et le financement sur la base de projets et d'une durée limitée de la Fondation autochtone de guérison ne peut remplacer un programme permanent de santé mentale. Le financement des programmes de santé mentale par le biais de la stratégie *Pour des collectivités en bonne santé* est tout aussi insuffisant. Un certain financement en matière de santé mentale est accessible par le truchement des SSNA, mais seulement en temps de crise (Adshaw Enterprises Limited 2002, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, Northwind Consultants 2000, Process Management Inc. 2002, Sexqeltqin Health Centre 2002, Socio-Tech Consulting Services 2001, Terence Hickey Associates Inc. 2001, Warry 2000).

Amélioration de la santé

Dans l'ensemble, 78,1 p. 100 des répondants ont estimé que la santé des membres de leur collectivité s'était améliorée. Un certain nombre d'évaluations faisaient état de changements attribués au transfert (N = 18).⁵ En bref :

⁵ (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997, 2000, Centre for Indigenous Sovereignty 2001, 2002, 1998, Groupe Recherche Focus 1999a, 1999b, iDeation 1995, Jeffrey & Abonyi 2002, Lavoie 2000, Montreal Lake Cree Nation 2003, Saskatoon Tribal Council 2001, Socio-Tech

- Deux rapports d'évaluation ont établi que la consommation d'alcool avait diminué;
- Trois rapports d'évaluation ont fait ressortir une baisse du tabagisme;
- Deux rapports d'évaluation ont établi que les troubles respiratoires avaient diminué, tandis qu'un autre a signalé une hausse de ces troubles, peut-être due à l'augmentation du dépistage;
- Douze rapports d'évaluation ont signalé une hausse des maladies chroniques, y compris le diabète, sans doute attribuable à l'augmentation du dépistage et de la détection rapide;
- Un rapport d'évaluation a fait état d'une baisse du diabète;
- Quatre rapports d'évaluation ont fait ressortir une baisse du nombre de clients atteints d'hypertension;
- Deux rapports d'évaluation ont indiqué une réduction de l'incidence de l'obésité;
- Deux rapports d'évaluation ont signalé un recul des maladies transmissibles;
- Deux rapports d'évaluation ont fait état d'une hausse de la prévalence de l'asthme chez l'enfant;
- Quatre rapports d'évaluation ont mis en évidence une amélioration de l'issue postnatale;
- Deux rapports d'évaluation ont montré des améliorations de la santé publique;
- Quatre rapports d'évaluation ont révélé une baisse des taux d'hospitalisation; il faut savoir que ces organisations se trouvent toutes en Saskatchewan; les données sur l'hospitalisation sont un indicateur très important de l'efficacité des soins primaires, mais elles ne sont pas accessibles à toutes les organisations des Premières nations et des Inuits.

Mise en contexte des résultats : la Northern Inter-Tribal Health Authority

Les données ci-dessus sont encourageantes, mais elles ne permettent pas de conclure que la Politique de transfert des services de santé « fonctionne » ou « ne fonctionne pas ». Dans un rapport produit par la Northern Inter-Tribal Health Authority, en Saskatchewan, les obstacles supplémentaires suivants ont été relevés :

- Les réformes provinciales du système de santé qui ont fait en sorte que les services des réserves doivent désormais prendre en charge des personnes gravement malades qui, auparavant, auraient été soignées dans des hôpitaux.
- L'absence d'augmentation du financement destiné au transport médical, malgré les hausses du coût du carburant, de la main-d'œuvre et de l'entretien des véhicules.
- Les coûts accrus du transport, qui sont aussi liés à la fermeture ou à la réduction des services dans les hôpitaux ruraux et à la nécessité de faire de plus longs déplacements pour obtenir des soins médicaux.

Consulting Services 2001, Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, The Flett Consulting Group 2003, WhiteDuck Consulting 2001, Young et al 1999).

- L'absence de comparabilité, d'égalité, de parité salariale entre la DGSPNI, les provinces et les organisations de santé des Premières nations et des Inuits, situation qui complique le recrutement et le maintien en poste; les Premières nations n'ont d'autre choix que de réduire les ressources des programmes et des services pour accroître les salaires dans le but d'attirer des professionnels et de les retenir.
- La formule actuelle de financement, qui ne tient pas compte de l'afflux de nouveaux clients dans la foulée de l'adoption du projet de loi C-31, de la croissance naturelle de la collectivité, des besoins financiers des bandes composées de plusieurs collectivités et de la hausse des coûts liés aux ressources humaines et à la prestation des services. La formule ne tient pas compte non plus du fait que des habitants non inscrits des collectivités voisines et des membres de la collectivité vivant hors réserves utilisent les services offerts dans les réserves, par exemple des tests de laboratoire, des examens, des produits pharmaceutiques et des articles connexes en raison du désengagement de la province (Northern Inter-tribal Health Authority 2004).

La situation dont fait état la NITHA ne prévaut pas uniquement dans le nord de la Saskatchewan. Les services de santé des Premières nations et des Inuits sont liés à leurs systèmes provinciaux de santé et sont vulnérables aux changements dans la prestation des services. Le système est également affecté par les modifications apportées aux politiques de mise en œuvre et au financement de la DGSPNI. Il serait possible d'isoler les services communautaires de ce vaste spectre de variables confusionnelles si l'on disposait de données de qualité. Mais il faudrait aussi avoir accès à des données longitudinales nationales (c.-à-d. que des comparaisons pourraient être faites entre les provinces et régions pour tenir compte de plusieurs de ces variables).

6. Préoccupations d'ordre administratif

La question de la viabilité financière a été soulevée à maintes reprises au fil des ans. Parmi les préoccupations exprimées par les répondants au sondage téléphonique, citons les suivantes :

- Le financement ne correspond pas aux besoins (89,5 p. 100);
- Le financement ne tient pas compte de la croissance de la population (86,3 p. 100);
- Le financement ne tient pas compte des utilisateurs vivant hors réserves (96,6 p. 100) et des utilisateurs n'ayant pas le statut d'Indien (96,7 p. 100).

La question du financement a été étudiée à fond. Les constatations montrent que, *premièrement*, il n'existe pas de modèle unique de transfert qui ait été mis en œuvre uniformément dans toutes les régions de la DGSPNI. Bien qu'il apparaisse clairement qu'une formule a été appliquée à l'affectation des ressources, les chiffres de base utilisés dans la formule révèlent des variations appréciables, qui se traduisent par des variations également appréciables par habitant.

Deuxièmement, les salaires des effectifs infirmiers employés dans les Centres de santé ne sont pas équitables, que ce soit d'une région à l'autre ou au sein des régions. On peut en dire autant des salaires des représentants en santé communautaire, des agents du PNLAADA et des employés de bureau. Les écarts ne peuvent être entièrement attribués à l'indexation ou à la mise en œuvre de l'enveloppe. Les écarts entre régions peuvent être attribués aux facteurs suivants :

- Le fait que les salaires peuvent inclure du temps supplémentaire dans certains centres de santé et pas dans d'autres, ce qui reflète le niveau de services offert au cours de l'année ou des années précédant le transfert et les pratiques de gestion de la DGSPNI en matière d'heures supplémentaires;
- Le fait que les salaires étaient vraisemblablement supérieurs dans les collectivités ayant depuis longtemps le même personnel;
- Dans une certaine mesure, le fait que les échelles salariales du gouvernement fédéral, pour le même poste, diffèrent selon les régions.

Après le transfert, les fonds destinés aux salaires deviennent fixes.

Troisièmement, les fonds de transfert de 30 centres de santé inclus dans l'analyse variaient considérablement. Les Premières nations et les Inuits des régions du Manitoba et de l'Atlantique sont financés à un niveau nettement inférieur à celui des autres régions. Ces écarts font écho aux écarts documentés au niveau régional.⁶ On peut les interpréter comme suit :

- Un écart plus marqué au sein d'une région (le Québec, par exemple, qui affiche un écart type de 350 \$ par personne) indique que le financement peut être offert à divers niveaux dans une même région pour tenir compte des besoins plus grands de certaines collectivités.
- Un écart moins marqué au sein d'une région (le Manitoba, par exemple, qui affiche un écart type de 50 \$ par personne) évoque soit une variation moindre des besoins dans la région, soit une moins grande souplesse régionale pour offrir du financement en fonction des besoins.
- Un écart élevé du financement moyen par personne entre les régions de la DGSPNI donne à penser que des inégalités dans le financement se sont accumulées au fil des ans et ont été transmises aux collectivités ayant conclu une entente de transfert.

Les caractéristiques des collectivités, tout comme des niveaux différents de capacités et de besoins, peuvent justifier une hausse du financement. Ainsi, il faut s'attendre à un certain écart dans le financement et cet écart peut être considéré comme positif. Toutefois, le degré d'écart relevé dans notre analyse du financement des centres de santé excède les attentes et fait ressortir des iniquités en matière de financement. Le niveau de financement par personne ne correspond pas à la mise en œuvre du programme aux termes de l'entente de transfert. Les collectivités qui ont assumé des responsabilités de deuxième et de troisième niveaux ne bénéficient pas forcément de plus de ressources par personne pour offrir ces services.

Quatrièmement, l'année du transfert pourrait être un bon indicateur du financement par personne offert aux collectivités des Premières nations et des Inuits : les collectivités qui ont procédé au transfert au début des années 90 pouvaient compter sur des fonds par personne nettement inférieurs en 2001-2002 que celles ayant procédé au transfert plus récemment. Bien que l'on doive faire preuve de prudence dans

⁶ Le montant total attribué aux des accords de transfert a été divisé par la population entière du SATC pour les collectivités ayant conclu un accord de transfert. Dans les régions du Manitoba et de l'Atlantique, on observe un financement moins élevé par personne. Cette étude a porté sur l'exercice 2001-2002.

l'interprétation de ce résultat, puisqu'il est fondé sur un petit échantillon de 30 centres de santé, les données font ressortir une tendance à l'appauvrissement du financement offert au titre des programmes transférables.

Dans l'ensemble, 95,5 p. 100 des répondants Inuits et des Premières nations au sondage téléphonique ont signalé que la formule actuelle de financement n'est pas suffisante pour maintenir un système viable. L'administration des programmes ciblés constitue également une question préoccupante pour la majorité des répondants (80,3 p. 100). À l'heure actuelle, nombre de répondants Inuits et des Premières nations s'inquiètent de voir la DGSPNI « reprendre » de plus en plus de fonds des programmes ciblés. Bien que le financement du transfert ne suive pas la croissance ni les besoins de la population, le financement des programmes ciblés s'interprète au pied de la lettre, est rigide et ne suffit pas à couvrir les frais d'administration.

De plus, une majorité de répondants (78,9 p. 100) ont souligné que la DGSPNI ne rembourse plus aux organisations les coûts réels de l'assurance responsabilité. C'est là un changement par rapport aux années antérieures, où la DGSM/DGSPNI avait pour politique de rembourser ces frais au prix coûtant sur présentation de la facture de l'assureur (note de service du 16 août 1988). Les frais d'assurance ont grimpé suite aux événements du 11 septembre et à la tragédie de Walkerton. Selon la politique, la DGSPNI doit couvrir les frais d'assurance selon les soumissions, lesquelles varient selon la région. Nous n'avons pas été informés d'une modification de la politique, bien que nous reconnaissons que les nouveaux guides sur le transfert sont vagues sur ce point (Health Canada (MSB) 1999, Health Canada (FNIHB) 2001b). Selon l'interprétation qu'en donne la DGSPNI, cette politique signifie que les frais d'assurance sont estimés au moment du transfert et que le niveau de financement devient fixe par la suite.

Selon une *perspective de gouvernance à l'égard du système de santé*, les répondants Inuits et des Premières nations ont indiqué que la souplesse conférée par le programme de transfert a été érodée au fil du temps parce que le financement n'a pas suivi la cadence de l'augmentation des coûts et de la croissance de la population. L'introduction de programmes rigides et non transférables a aussi fait monter les frais administratifs non prévus et miné davantage le principe de souplesse.

Financement et modifications

Entre 1990 et 2002, la DGSPNI a apporté en moyenne 1,41 modification par collectivité par année.⁷ Ce chiffre peut sembler modeste, mais il représente une charge de travail appréciable, particulièrement si on le projette à l'échelle nationale. Il existe à l'heure actuelle 204 collectivités ayant signé une entente de transfert et 191 collectivités ayant signé une entente intégrée. Si elle maintient sa moyenne pendant toute l'année 2004, la DGSPNI pourrait devoir apporter 557 modifications cette année.

Dans le cadre d'ententes à long terme, il est normal que des événements imprévus, comme de nouveaux programmes, exigent des modifications. Certaines modifications sont donc inévitables, comme les rajustements à l'occasion d'un engagement ou d'un désengagement, ou encore la mise en place de nouveaux programmes.

⁷ Ce calcul repose sur l'examen de tous les accords signés et des modifications apportées pour un échantillon de 27 collectivités ayant conclu un accord de transfert.

Les raisons justifiant les modifications variaient. Dans la majorité, les modifications découlaient de l'introduction de nouveaux programmes ou de rajustements au financement des programmes (35,6 p. 100). La deuxième raison invoquée pour justifier une modification (31,9 p. 100) touchait les rajustements du financement des ententes, associés aux indexations approuvées par le Conseil du Trésor, les rajustements du Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC), les frais de fonctionnement et d'entretien et les rajustements des mouvements de trésorerie. Les ententes de transfert sont modifiées périodiquement selon le SATC, les prix et les volumes et d'autres raisons. La rédaction et la mise en œuvre de chaque modification demandent beaucoup de temps, et c'est le cas également des discussions à cet égard, aussi bien au sein des régions de la DGSPNI, qu'avec l'administration centrale et avec l'organisation des Premières nations ou des Inuits.

Bien que le transfert soit partiellement financé selon une formule et partiellement fondé sur l'historique des dépenses, il existe une certaine latitude permettant de prévoir du financement supplémentaire. Les modifications restantes (32,5 p. 100) visaient à appuyer l'assistance à des conférences ou forums, ou leur organisation, la révision d'un Plan de santé communautaire, la hausse du coût du carburant et ainsi de suite. La diversité des circonstances dans lesquelles les organisations des Premières nations et des Inuits fonctionnent peut très bien exiger une certaine souplesse. Il s'agit de savoir si une approche à la pièce constitue la manière la plus efficace et la plus efficace d'assurer la viabilité des transferts sur une base individuelle. Il pourrait être plus économique d'inclure des indexations annuelles à toutes les ententes pluriannuelles de contribution, y compris les ententes de transfert et les ententes intégrées.

Développement des capacités et administration par une tierce partie

À la suite du transfert, on confie aux organisations des Premières nations et des Inuits la prestation des services essentiels de santé primaires. Les capacités des collectivités des Premières nations et des Inuits varient au moment où elles s'engagent dans le processus de transfert. L'expertise n'est pas répartie également. Bien que cette situation soit reconnue par la DGSPNI, la Stratégie de développement des capacités de la DGSPNI, telle qu'elle est énoncée dans des documents internes de programme, vise principalement à accroître les compétences des gestionnaires de la DGSPNI chargés de la supervision des ententes de contribution et à produire des lignes directrices afin d'aider les nouvelles organisations à amorcer le transfert (Health Canada (FNIHB) 2003b).

Lorsque les capacités sont insuffisantes, la DGSPNI peut intervenir. D'après la politique de la DGSPNI en matière d'intervention :

[TRADUCTION]

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits doit intervenir dans la mesure où cela s'impose; toutefois quand un bénéficiaire fait état d'une incapacité, d'un refus ou d'un manque d'empressement à faire face à une situation ou à un événement difficile qui s'est produit ou se produit dans une collectivité et qui présente ou pourrait présenter des risques sur les plans suivants :

- *La santé et/ou la sécurité des membres de la collectivité;*
- *La prestation des programmes et/ou des services de santé à la collectivité;*

- *L'administration et/ou la gestion du financement destiné à la santé versé par la DGSPNI;*
- *L'exécution et l'application des modalités des ententes de financement de la santé de la DGSPNI (Health Canada (FNIHB) 2002a).*

La politique décrit trois niveaux d'intervention. Le niveau d'intervention est faible quand l'organisation des Premières nations et des Inuits a la volonté et la capacité de redresser la situation. Il est modéré quand elle a la volonté et la détermination de corriger le problème, mais n'en a pas la capacité. Au troisième niveau d'intervention, la DGSPNI nomme un gestionnaire de tierce partie.

En général, la plupart des recours à un gestionnaire de tierce partie se font à l'initiative du MAINC ou de concert avec ce dernier; ils sont motivés par des difficultés relatives à l'administration des bandes, à l'éducation ou à des initiatives de développement économique. La majorité des processus de gestion par des tiers actuellement en place (12 dans la région du Pacifique, aucun en Alberta, 8 en Saskatchewan, 1 au Manitoba, 4 en Ontario, 1 au Québec et 11 dans la région de l'Atlantique) se déroulent dans des collectivités qui n'ont pas signé d'entente de transfert. Nous en concluons que les collectivités ayant opté pour le transfert sont en mesure de respecter leurs obligations.

Questions relatives au cadre de pratique

Les effectifs infirmiers à l'emploi du gouvernement fédéral ont et continuent d'assumer des responsabilités conformément à un cadre de pratique élargi qui dépasse le champ d'activité normal de leur profession : établissement des diagnostics, prescription d'un nombre limité de médicaments, comme les antibiotiques, les sutures et, dans certaines régions, la radiographie des membres (mais non du torse).

La profession de dentothérapeute est née du besoin de la DGSPNI de fournir des soins dentaires dans les réserves et les régions éloignées. Les dentothérapeutes font des examens et administrent des traitements dentaires courants sous la supervision générale de dentistes. Ils font également la promotion de pratiques d'hygiène dentaire préventives (National Aboriginal Health Organization (NAHO) 2003).

Comme ces personnes sont à l'emploi du gouvernement fédéral, la DGSM/DGSPNI est chargée de leur offrir la formation et la supervision appropriées et elle est responsable de tout ce qui pourrait survenir à la suite d'erreurs ou d'accidents de la part de tous ses employés. Dans le cas des effectifs infirmiers qui dispensent des services thérapeutiques et des dentothérapeutes, ces fonctions débordent du cadre législatif, car l'agrément professionnel et le cadre de pratique sont définis par des lois provinciales.

Après le transfert de leurs fonctions, les effectifs infirmiers et en dentothérapie doivent se conformer aux normes de pratique des associations professionnelles provinciales. La Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador sont les deux seules provinces où les dentothérapeutes peuvent être transférés, car il y existe des dispositions d'agrément provincial. Les Premières nations du Manitoba et de l'Alberta ont eu de la difficulté à assumer la gestion des effectifs infirmiers qui dispensent des traitements (postes de soins infirmiers). Les problèmes posés par le cadre de pratique continuent d'avoir des répercussions sur le transfert dans les cas où, en raison de la réglementation provinciale, il est impossible pour les collectivités de recruter du personnel adéquatement formé et dûment agréé. Dans bien des cas, les collectivités

ayant conclu une entente de transfert sont forcées de recourir à des ententes d'échange pour obtenir le détachement d'effectifs infirmiers de la DGSPNI.

L'accord d'échange est une option qui offre des possibilités et pose des difficultés. Les collectivités ayant eu recours à ce mécanisme ont observé que, bien qu'il permette la gestion locale du personnel, il peut miner la cohésion des équipes, car :

- Le personnel engagé par le biais d'une entente d'échange peut parfois se sentir coincé entre la DGSPNI, son employeur du point de vue de la loi, et l'équipe de gestion de la santé des Premières nations et des Inuits, son employeur dans la pratique;
- Les écarts sur le plan des salaires et des avantages sociaux des employés faisant l'objet d'ententes d'échange peuvent créer des tensions pour les responsables de la santé des Premières nations et des Inuits quand les échelles et les avantages sociaux locaux ne correspondent pas aux normes fédérales.

La transférabilité des effectifs infirmiers et de dentothérapie demeure un problème. Pour le régler, la DGSPNI et les organisations des Premières nations et des Inuits devront former des partenariats pour entreprendre des discussions avec les provinces et négocier des ententes qui comportent des solutions pragmatiques.

Difficultés financières associées à la syndicalisation

Certaines organisations de santé des Premières nations se sont syndiquées. Selon la politique de la DGSPNI, un montant minimal de 5 000 \$ et un montant maximal de 20 000 \$ par an sur cinq ans⁸, équivalant à 10 p. 100 du montant affecté à la gestion de la santé, sont prévus pour couvrir le coût des négociations syndicales. Toutefois, cette somme correspond à peine à la hausse du temps consacré aux tâches administratives et des coûts de main-d'œuvre associés à la syndicalisation. Bien que la politique reconnaisse que les règlements salariaux des employés syndiqués puissent avoir d'importants impacts financiers sur l'organisation, elle dégage la DGSPNI de toute responsabilité quant à l'acquittement de ces coûts (Health Canada (FNIHB) 2001a).

Deux langues officielles

Au Québec, 17 collectivités des Premières nations utilisent le français comme principale langue de communication avec la DGSPNI. Les directeurs de la santé au Québec nous ont indiqué qu'il demeurerait difficile d'obtenir de l'information en français de la DGSPNI. La Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a signalé que les projets de documents envoyés aux Premières nations pour obtenir leurs commentaires n'étaient pas tous traduits.

Pourquoi certaines collectivités n'optent-elles pas pour les modèles de transfert ou les modèles intégrés afin d'améliorer la prise en charge des services de santé par la collectivité?

L'expérience des collectivités NTNI n'a pas été systématiquement documentée dans la présente étude, aussi la présente évaluation repose-t-elle largement sur les

⁸ Ce financement peut être versé annuellement sous forme de montant forfaitaire.

interventions et les commentaires des directeurs de la santé de collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée. Bien qu'il puisse y avoir des exceptions, la plupart des collectivités NTNI n'ont pas de directeur de la santé. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure d'exposer les points de vue des collectivités NTNI, mis à part les résultats de l'étude de cas Keewatin Tribal Council et des rapports anecdotiques de différentes sources, dont les régions de la DGSPNI. Nous sommes néanmoins en mesure de faire les observations suivantes :

- La mise en œuvre du transfert a été plus importante dans les régions où le bureau régional de la DGSPNI en a fait la promotion active, comme en Saskatchewan et au Québec;
- L'étude de cas Keewatin Tribal Council démontre que les questions de compétence fédérale-provinciale peuvent miner les efforts d'une Première nation en vue du transfert;
- Les petites collectivités ont indiqué que les dispositions actuelles en matière de transfert les désavantagent parce que les régions de la DGSPNI ont plutôt encouragé les transferts visant plusieurs collectivités; les collectivités qui ne veulent pas s'affilier n'ont aucune option;
- Certaines collectivités ne sont pas prêtes à s'engager dans le transfert en raison de problèmes non réglés ou de préférences.

Certaines des questions dont nous avons fait état dans la présente évaluation ont des effets sur les collectivités NTNI. Premièrement, le fardeau administratif des collectivités n'ayant pas signé d'entente de transfert ou d'entente intégrée s'est accru avec le temps, et aucun investissement dans le financement administratif ou le développement des capacités n'a été offert en contrepartie.

Deuxièmement, on a constaté que les collectivités NTNI étaient moins nombreuses à accéder aux programmes non transférables financés par projets que les collectivités ayant signé des ententes intégrées, ce qui limite le type de services accessibles au niveau communautaire.

Certaines collectivités préfèrent le modèle intégré au modèle de transfert, parce qu'elles voient dans le transfert une érosion de la responsabilité fiduciaire de l'État et une disposition qui mine leurs droits issus des traités. Cette position a été renforcée par des déclarations figurant dans des documents antérieurs de la DGSPNI (see for examples, Health and Welfare Canada (MSB) 1996, Health Canada (MSB) 1995, Health Canada (FNIHB) 2001c).

Besoins des petites collectivités

Il convient d'accorder une attention particulière aux besoins des petites collectivités :

- Premièrement, l'exercice sur l'équité en matière de financement démontre qu'un certain nombre de petites collectivités ont pris en charge les responsabilités et le financement pour des services de deuxième et de troisième niveaux; toutefois, ces responsabilités n'ont pas été accompagnées d'une hausse du financement par personne;
- Deuxièmement, certaines petites collectivités ayant signé une entente de transfert ont fait état à maintes reprises de leur difficulté à recruter et à maintenir en poste les effectifs infirmiers et professionnels; les difficultés associées à la mise en œuvre du

programme de soins à domicile et en milieu communautaire dans les collectivités disposant de peu de services sont déjà documentées (Adrian Gibbons and Associated Ltd 2003). Leur capacité d'assurer des services de deuxième et de troisième niveaux est mise en doute et peut se trouver davantage entravée par le manque de ressources proportionnelles;

- Troisièmement, certaines petites collectivités sont également isolées (N = 26) ou éloignées et isolées (N = 17). Dix (10) d'entre elles disposent d'un poste de soins infirmiers. En Colombie-Britannique, les Premières nations se sont dites inquiètes du fait que la formule actuelle de financement pourrait être injuste envers les petites collectivités, qu'on l'envisage sous l'angle de la capacité minimale de base (services accessibles dans la collectivité) ou sous l'angle de l'investissement minimal (Sommerfield & Payne 2004). La variation apparente de l'application de la formule et les disparités régionales sécuritaires risquent de mettre davantage en péril l'accès à des services de santé primaires de qualité en milieu communautaire dans les collectivités pour lesquelles il n'existe pas de solution de rechange.

À moins que la politique et le financement ne tiennent compte des besoins particuliers des petites collectivités, cette disposition pourrait avoir simplement pour effet de déplacer le problème vers les autorités sanitaires régionales et les conseils tribaux.

7. Conclusions

La Politique de transfert des services de santé était une entreprise audacieuse. Dans l'ensemble, elle a été relativement fructueuse en regard des objectifs énoncés. Les données auxquelles nous avons eu accès révèlent ce qui suit :

- Les organisations des Premières nations et des Inuits ont progressé grâce à cette politique;
- La capacité des services de s'adapter rapidement aux besoins s'est améliorée;
- Les programmes obligatoires sont mis en oeuvre;
- La responsabilisation du chef et du conseil en matière de santé s'est améliorée comparativement à la situation préalable au transfert.

Au sein de la DGSPNI et chez les Premières nations et les Inuits, il existe toujours un appui important à une politique favorisant la gouvernance par la collectivité des services de santé offerts en milieu communautaire et dans les réserves. L'expérience acquise au cours des seize dernières années forme une assise solide sur laquelle ériger un système de soins de santé primaires complet, intégré et viable pour les Premières nations et les Inuits, offrant des services adaptés aux besoins dans les réserves et complété par un accès aux services provinciaux.

La présente évaluation, toutefois, a aussi fait ressortir un certain nombre de problèmes qu'il faut résoudre :

1. Les ententes intégrées et les ententes de transfert ont été financés selon une approche mixte, associant le niveau de financement historique et le financement par personne. Notre analyse montre que cette approche a engendré des inéquités qui sont maintenant enracinées. De plus, le niveau de financement n'a pas suivi le rythme de l'augmentation des prix et du volume, de la croissance de la population, et des besoins. Il ne reflète plus la façon dont les organisations des Premières nations et des Inuits dispensent les services ni la façon dont la DGSPNI conçoit et offre ses

services. L'assise du financement des ententes intégrées et des ententes de transfert doit être réexaminée et harmonisée avec les pratiques et les besoins de l'heure. Des changements s'imposent pour corriger ces injustices;

2. Les collectivités des Premières nations et des Inuits assument maintenant la responsabilité d'une gamme de services et de programmes, parfois transférés, parfois fournis dans le cadre d'initiatives non transférables, financées par projets et de durée limitée, et parfois encore fournis par d'autres moyens et procédés. Le portrait général s'apparente davantage à un ensemble de mesures disparates qu'à un système. Les coûts administratifs associés au maintien de cette kyrielle d'ententes et de leurs modifications périodiques sont considérables. À une époque où la viabilité financière est préoccupante, on devrait rechercher une plus grande efficacité par rapport aux coûts sur le plan administratif;
3. Le cadre actuel de reddition de comptes reflète la complexité de l'environnement administratif dans lequel évoluent maintenant la DGSPNI et les organisations des Premières nations et des Inuits. Le cadre actuel nécessite la production d'un grand nombre de rapports sur les dépenses financières et sur les activités. Il produit cependant peu d'information sur les besoins administratifs et les besoins en matière de formation (appelée développement des capacités) des organisations des Premières nations et des Inuits, et il ne génère aucune information sur les résultats. Bien qu'elle soit inondée de données, la DGSPNI n'a qu'une capacité fonctionnelle limitée de compiler ces données et d'en tirer de l'information sur laquelle fonder ses décisions stratégiques. Le système est en train d'obliger les administrateurs des Premières nations et des Inuits à consacrer moins de temps à la planification et à la gestion des programmes, et davantage à la rédaction de rapports n'ayant guère d'autre utilité que celle d'assurer un « suivi »;
4. La DGSPNI s'est employée à normaliser les programmes et les pratiques, voyant là un moyen de garantir l'accès à des soins de qualité dans les réserves. Toutefois, la normalisation des programmes à l'échelle nationale va directement à l'encontre de l'objectif primordial de la Politique de transfert des services de santé, celui d'assurer une certaine souplesse pour être en mesure de s'adapter aux besoins locaux. La normalisation des programmes et des mécanismes de prestation est difficile et risque d'éliminer des solutions de rechange mieux adaptées. Il serait plus rentable de normaliser des indices de référence axés sur les résultats et d'élaborer des indicateurs permettant de produire des rapports relativement à ces points de repère. Une fois réunis, ces éléments d'information permettraient d'avoir une juste idée du rendement général de la politique.

Il est temps d'adapter une nouvelle approche qui continuera de miser sur les principes de souplesse, d'adaptation, de viabilité et d'autonomie gouvernementale et qui garantira aux collectivités des Premières nations et des Inuits l'accès à des services complets de soins primaires satisfaisant à leurs besoins locaux. L'expertise acquise par les collectivités des Premières nations et des Inuits ainsi que par la DGSPNI grâce à la PTSS a créé une solide base de connaissances sur laquelle fonder un système de santé viable pour les Premières nations et les Inuits.

8. Recommandations du Centre de recherche en santé autochtone (CRSA)

La Politique de transfert des services de santé, quelles que soient sa formulation et son appellation, devrait être clairement définie au moment de la mise en œuvre. Il faudra pour cela formuler un énoncé de politique et un énoncé des buts de la politique,

établir des objectifs mesurables, déterminer les données à recueillir à l'appui de ces objectifs, élaborer un plan quinquennal de mise en œuvre et un plan d'évaluation. Des dispositions provisoires pourraient être nécessaires pour assurer la continuité.

Pour garantir l'applicabilité et la pertinence de ce nouveau cadre stratégique, le plan de travail qui guidera son élaboration devrait tenir compte de tous les principaux intervenants du système de soins de santé primaires des Premières nations et des Inuits, c'est-à-dire l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI, les collectivités et organisations des Premières nations et des Inuits et les provinces et territoires. La mise au point de ces outils nécessitera la participation active de l'administration centrale et des bureaux régionaux de la DGSPNI ainsi que des collectivités des Premières nations et des Inuits, des organisations provinciales et territoriales, de l'Assemblée des Premières nations et de l'Inuit Tapiriit Kanatami.

À la lumière des données recueillies au cours de l'évaluation, la Politique de transfert des services de santé ou la politique qui la remplacera devra être conforme aux recommandations suivantes.

Recommandation 1 : Renouveau de la Politique de transfert des services de santé ou de la politique qui la remplacera

Que la Politique de transfert des services de santé ou la politique qui la remplacera fournisse aux collectivités et aux organisations des Premières nations et des Inuits un mécanisme qui 1) appuie l'élaboration et la prestation, de manière souple, des services communautaires et 2) encourage la gouvernance locale en matière de politique de soins de santé, de programmes et d'établissement des priorités.

Les données exposées dans la présente évaluation indiquent que la Politique de transfert des services de santé a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux résultats sur le plan de la santé. Nous n'avons relevé aucune donnée en faveur d'une recentralisation de la gestion et de la prestation des services de santé en milieu communautaire ou dans les réserves.

Le CRSA veut souligner que lors de la revue de ce document, les délégués des Premières nations et Inuits siégeant sur le Comité consultatif ont recommandé que le transfert appuie l'avancement de l'autonomie gouvernementale des Inuits et des Premières nations ou qu'il en favorise la définition.

Recommandation 2 : Financement viable fondé sur des données probantes

a. Que la DGSPNI réponde immédiatement aux besoins en matière de financement équitable des organisations de santé des Premières nations et des Inuits qui ont été sous-financées dans le passé. Le financement par personne accordé aux organisations de santé des Premières nations et des Inuits devrait être proportionnel au niveau (à l'échelle de la collectivité, de la zone et de la région) des responsabilités transférées;

b. Que la DGSPNI établisse un processus d'élaboration d'un mécanisme de financement du transfert sur la base de formules; les formules de financement élaborées devraient reposer sur les besoins, reconnaître les conditions propres à chaque collectivité, refléter le coût de la prestation des services et se soucier de la viabilité;

c. Que tous les ententes de contribution, y compris les ententes de transfert, les ententes intégrées et les ententes relatifs à des programmes non transférables, comprennent une indexation intégrée automatique reflétant les augmentations du coût de la vie ainsi que des prix et du volume; le calcul du coût de la vie devrait refléter les différences propres aux collectivités;

d. Que les besoins propres aux petites collectivités isolées et vivant sur des terres converties soient pris en compte dans le mécanisme de financement sur la base de formules.

Le mécanisme d'attribution du financement aux collectivités des Premières nations et des Inuits ayant signé des ententes intégrées et des ententes de transfert ne répond pas aux besoins actuels. Le fait de se fonder sur les dépenses historiques a entraîné d'importants écarts dans les niveaux de financement et des injustices enracinées. Il faut établir une assise plus appropriée pour l'affectation des fonds. Ce mécanisme devrait refléter une approche axée sur la population, prendre en compte les données démographiques, la croissance, la population desservie, les profils changeants de morbidité, le coût de la prestation des soins, l'accès aux soins et l'engagement provincial. Des adaptations et des dispositions régionales favorisant la souplesse s'imposent pour répondre aux besoins particuliers de chaque collectivité.

Une fois mis en œuvre, ce mécanisme de financement fondé sur les besoins devrait éliminer la pertinence du financement axé sur des questions de santé précises (les programmes ciblés) et promouvoir une approche orientée vers le système de santé dans la planification de services, au lieu de perpétuer une approche morcelée du financement des programmes. La mise en œuvre de cette recommandation n'empêche pas la DGSPNI de déterminer que certains programmes sont obligatoires.

La mise en œuvre de cette recommandation nécessitera l'accès aux données longitudinales provinciales sur la santé et l'inclusion d'identificateurs des Premières nations et des Inuits. Il s'agit d'une question délicate pour les Premières nations et les Inuits.

Le CRSA veut souligner que les délégués des Premières nations et Inuit siégeant sur le Comité consultatif ont recommandé en plus que le financement des collectivités depuis longtemps sous-financées soit rétroactif.

Recommandation 3 : Report des ressources financières

Que les collectivités aient la possibilité de reporter les ressources financières afin de les investir dans les priorités stratégiques en matière de santé définies par la collectivité pour tous les programmes, qu'ils soient transférables ou non transférables, afin d'offrir le plus de souplesse possible pour répondre aux besoins définis localement, encourager la planification à long terme et réduire le fardeau administratif.

La capacité des organisations de santé des Premières nations et des Inuits à dépenser leurs ressources au cours de l'exercice pendant lequel ces dernières sont attribuées est limitée par un certain nombre de difficultés, dont le versement tardif, le recrutement et le maintien en poste, ainsi que d'autres facteurs. Les dispositions permettant le report des ressources favorisent la planification à long terme.

Recommandation 4 : Cadre de responsabilisation

a. Que le cadre de responsabilisation qui porte surtout, actuellement, sur la surveillance des dispositions des ententes et les rapports sur les activités et les indicateurs qui ne peuvent être regroupés soit simplifié, pour devenir un cadre de rapport rentable qui reflète le rendement des services dans les réserves et l'accessibilité de tous les services;

b. Que les exigences en matière de rapports sur les programmes des Premières nations et des Inuits soient recentrées pour mettre l'accent sur l'atteinte d'indicateurs ou d'indices de référence nationaux (résultats à court, moyen et long termes) plutôt que sur les activités (réalisations), car les rapports faisant état des réalisations n'aident guère la DGSPNI à exercer son rôle de supervision;

c. Que la DGSPNI continue de travailler avec les organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec les responsables provinciaux de la santé, afin de faire en sorte que ces organisations puissent avoir accès aux données provinciales relatives à l'utilisation des services et aux résultats sur le plan de la santé, données qui favoriseront l'atteinte de leurs objectifs en matière de planification, de surveillance et d'évaluation.

Le cadre actuel de responsabilisation reflète la complexité du contexte administratif dans lequel évoluent maintenant la DGSPNI et les organisations des Premières nations et des Inuits : il est fragmenté et produit un grand nombre de rapports sur les dépenses financières et sur les activités. Il fournit toutefois peu d'information sur les besoins des organisations des Premières nations et des Inuits dans le domaine de l'administration et du développement des capacités, et de l'information très limitée sur les résultats. Bien que des données soient produites, la DGSPNI n'a qu'une capacité fonctionnelle limitée de compiler ces données pour en extraire de l'information sur laquelle fonder des décisions stratégiques. Il en résulte un système très coûteux qui mine la capacité de chaque région d'appuyer les organisations des Premières nations et des Inuits. Ce même cadre oblige les administrateurs des Premières nations et des Inuits à consacrer moins de temps à la planification et à la gestion des programmes, et davantage à la rédaction de rapports n'ayant guère d'autre utilité que celle d'assurer un « suivi ».

L'efficacité des interventions en soins de santé primaires peut être établie au moyen d'indicateurs comme les taux d'immunisation et les résultats postnatals (court terme), les données sur l'hospitalisation (moyen terme) et l'évolution des profils de morbidité, comme un diagnostic plus tardif du diabète ou du cancer (long terme). Il convient d'élaborer des indices de référence et des indicateurs appropriés pour les services de santé des Premières nations et des Inuits. L'accès aux données provinciales est essentiel.

Recommandation 5 : Appui au perfectionnement professionnel et organisationnel chez les Premières nations et les Inuits

a. Que la DGSPNI fournisse des ressources réelles, fondées sur les coûts, afin d'appuyer les plans de perfectionnement professionnel des milieux et organisations de santé des Premières nations et des Inuits, de façon à ce que les collectivités puissent avoir accès à la formation. Le financement de base devrait être suffisamment souple pour permettre aux Premières nations et aux Inuits de tirer profit des possibilités de formation qui se présentent à eux;

b. Que la DGSPNI appuie les milieux et organisations de santé des Premières nations et des Inuits intéressés à élaborer ou à renforcer un programme d'assurance de la qualité. L'élaboration d'un tel programme peut comprendre l'obtention de l'agrément des services de santé, la création de systèmes d'information sur la santé ou de gestion de la santé ou d'autres initiatives visant à promouvoir le perfectionnement professionnel et l'assurance de la qualité dans le domaine de la prestation des services. L'appui à l'assurance de la qualité, notamment au moyen de l'agrément, exigera l'obtention de nouvelles ressources.

Les données exposées dans la présente évaluation montrent qu'il y a bien eu un développement des capacités à la suite de la Politique de transfert des services de santé. Elles montrent aussi que les besoins des Inuits et des Premières nations sont divers et qu'il est plus facile d'y répondre si l'on donne aux organisations de santé des Premières nations et des Inuits la possibilité de bénéficier des occasions de perfectionnement professionnel et organisationnel offertes par diverses sources, dont les universités, les collèges techniques, les consultants qui dispensent de la formation sur place ou de participer à des séances données par les responsables provinciaux. Il est peu probable qu'une stratégie nationale assortie de priorités prédéterminées permette de bien répondre à des besoins diversifiés. Un certain degré de coordination régionale peut toutefois être souhaitable pour éviter le chevauchement.

Le perfectionnement organisationnel continu, qui comprend l'élaboration d'un programme d'assurance de la qualité, devrait aussi être appuyé.

Recommandation 6 : Dépenses exceptionnelles

Que les ententes de contribution comprennent un mécanisme permettant de faire face aux dépenses extraordinaires qui échappent au contrôle de la collectivité des Premières nations ou des Inuits. Dans de telles circonstances, la DGSPNI devrait assumer la responsabilité de tous les coûts, conformément à son mandat, encourus par la collectivité des Premières nations ou des Inuits.

Recommandation 7 : Obligations de la DGSPNI en matière de prestation de services

Que les obligations de la DGSPNI en matière de prestation de services soient énoncées dans toutes les ententes de transfert et dans toutes les ententes intégrées.

Recommandation 8 : Participation des provinces dans le domaine de la santé publique

Que la DGSPNI appuie les Inuits et les Premières nations en jouant un rôle de chef de file dans l'élaboration de liens stratégiques avec les responsables provinciaux et fédéraux de la santé publique, afin de répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits au chapitre de la santé publique.

Cette recommandation vise à faire en sorte que les services de santé publique offerts au niveau provincial soient rendus accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits. L'accès à ces services est essentiel car les éclosions de maladie et les urgences en santé ne respecteront sûrement pas les limites de compétence; la coordination, en pareille situation, est primordiale.

Cette recommandation ne propose ni n'appuie une érosion de la responsabilité fiduciaire de la DGSPNI à l'égard de la santé des Premières nations et des Inuits. Les collectivités des Premières nations et des Inuits qui ne peuvent obtenir l'appui des responsables provinciaux de la santé publique devraient pouvoir faire appel à la DGSPNI pour qu'elle leur vienne en aide et s'emploie à résoudre rapidement le problème.

Il convient en outre de préciser que cette recommandation est provisoire et dépendra de l'évolution de la situation à l'échelle nationale dans le domaine de la santé publique, notamment de la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

Recommandation 9 : Bien-être de la collectivité

Que des investissements soient faits dans les domaines de la santé mentale et du bien-être holistiques, considérés comme des éléments essentiels du transfert des soins de santé afin de témoigner d'une compréhension accrue et plus actuelle des conséquences des traumatismes transmis de génération en génération. Ces nouveaux investissements devraient être transférables et versés à toutes les organisations de santé des Premières nations et des Inuits (et non déterminés sur la base de projets) afin d'aider au développement d'une capacité permanente en milieu communautaire dans les domaines de la santé mentale et du bien-être, conjuguant les approches traditionnelle et occidentale.

Recommandation 10 : Approche de l'évaluation du transfert des services de santé

Que la prochaine évaluation du transfert des services de santé soit plus proactive et mette à contribution les Inuits et les Premières nations dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'évaluation utile à la planification en santé communautaire. Pareille évaluation nécessiterait des investissements continus et un calendrier approprié (c.-à-d. de plus d'un an).

L'évaluation de la politique doit faire partie intégrante de la formulation et de la mise en œuvre des politiques.

Références

- Adrian Gibbons and Associated Ltd. 2003. *The delivery of the First Nations and Inuit Home and Community Care Program in small and remote communities: a review of issues and challenges*. Adrian Gibbons and Associated Ltd,
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997. *Meadow Lake Tribal Council Health Effectiveness Evaluation - Final Summary Report*. SK
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000. *Final Report - Evaluation of the Onion Lake Health Centre*.
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2001. *Renewal and Sustainability of First Nations Health Services: A Discussion of Critical Issues & Trends*.
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2002. *Evaluation of the Old Massett Village Council Health Services*. Victoria, BC
- Adshaw Enterprises Limited. 2002. *Carrier Sekani Family Services Health Transfer Program Evaluation*. Adshaw Enterprises Limited, Prince George
- Auditor General of Canada. 1997. *Chapter 13: Health Canada - First Nations Health*. Auditor General of Canada, Ottawa
- Axis Consulting Inc. 1996. *Conne River Health and Social Services Final Evaluation of Health Transfer Agreement*.
- Barry B. 2003. *Community Evaluation of Health Services - Keeseekoose First Nation*.
- Centre for Indigenous Sovereignty. 1998. *Wabun Tribal Council Health Services Under Transfer: 1993-98 Evaluation Report*.
- Centre for Indigenous Sovereignty. 2001. *Dokis First Nation Health Transfer Evaluation Report*. Toronto
- Centre for Indigenous Sovereignty. 2002. *Nippissing First Nation Health Services Under Transfer Evaluation Report*.
- Dyer WG, Wilkins AL. 1991. Better stories, not better constructs, to generate better theory: a rejoinder to Eisenhardt. *Academy of Management Review* 16(3):613-9
- Eisenhardt KM. 1989. Building theories from case study research. *Academy of Management Review* 14(4):532-50

- Groupe Recherche Focus. 1999a. *Etude de besoins - Centre de santé d'Unamen Shipu*. Groupe Recherche Focus, Quebec
- Groupe Recherche Focus. 1999b. *Evaluation quinquennale des services de santé montagnais de Natashquan*. Natashquan
- Health and Welfare Canada (MSB). 1996. *A Draft Discussion Framework Paper on Health Service Management Arrangements with First Nations*.
- Health Canada. 2000. *Community Health Needs Assessment: A Guide for First Nations and Inuit Health Authorities*. Health Canada Program Policy, Transfer Secretariat, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 1999. *First Nations and Inuit Health Program Compendium*. FNIHB, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001a. *Policy on unionization costs, revised November 2001*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001b. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 2: The Health Services Transfer*. Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001c. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 3: After the Transfer - The New Environment*. Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2002a. *Intervention Policy for First Nations and Inuit Health Funding Arrangements*. **Health Canada (FNIHB)**, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). *Transfer of Health Services Consolidated Report, Synthesis of Evaluation Reports Received in 1999, 2000/2001*. 2002b. Ottawa, First Nations and Inuit Health Branch.
- Health Canada (FNIHB). 2002c. *Transfer of Health Services, Synthesis of Community-based Evaluation Reports Received in 1999 & 2001*.
- Health Canada (FNIHB). 2003a. *Assessment of the current and required reporting requirements for First Nation and Inuit communities*. Health Canada (FNIHB), Ottawa

- Health Canada (FNIHB). 2003b. *Capacity Development Strategy, addressing capacity in the management and administration of funding agreements*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2003c. *Request for proposal: evaluation of the First Nations and Inuit Health Services Transfer Policy #H1021-02-9077*. Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2004. *Analysis of issues arising from the review of Health Transfer Evaluation Reports*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (MSB). 1995. *Pathways to First Nation control, report of project 07, strategic planning exercise, 1995 Final Report*. Medical Services Branch, Ottawa
- Health Canada (MSB). 1999. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 1: An introduction to all three approaches*. Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Hollett & Sons Inc. 2002. *Conne River Health & Social Services Health Transfer Agreement Evaluation (1996-2001)*.
- iDeation. 1995. *The Word of Promise to Our Ear; The Sandy Bay Ojibway First Nation: Recovering History and Control*. MB
- InterGroup Consultants Ltd. 1995. *Mathias Colomb First Nation Health Authority Five Year Evaluation*. InterGroup Consultants Ltd., Winnipeg
- J.House Consulting. 2001. *Berens River First Nation Health Transfer Evaluation*. MB
- Jeffrey DrB, Abonyi DrS. 2002. *Prince Albert Grand Council Health Transfer Evaluation*.
- Johnson R. 2001. *Report on the Five-Year Evaluation of Community Health Programs in Akwesasne*.
- Kangas & Associates. 2003. *Health Transfer Agreement Evaluation*.
- Lavoie JG. 2000. *Sturgeon Lake First Nation Health Transfer Evaluation 1995-2000*.
- Macyshon D. 2002. *Beardy's and Okemasis First Nation Community Health Services 5-Year Evaluation*.
- Montreal Lake Cree Nation. 2003. *Five Year Health Transfer Evaluation*.
- Mussell JW. 2001. *Tla'amin Health Evaluation*.

National Aboriginal Health Organization (NAHO). 2003. *The profession of dental therapy, discussion paper*. NAHO, Ottawa

National Health and Welfare, Treasury Board of Canada. Memorandum of Understanding between the Minister of National Health and Welfare and the Treasury Board concerning the Transfer of Health Services to Indian Control. 1989. Ottawa.

Northern Inter-tribal Health Authority. 2004. *Case Study, National Health Transfer Evaluation*. Northern Inter-tribal Health Authority, Prince Albert, SK

Northwind Consultants. 2000. *Wiwewikong Unceded First Nation Health Transfer Evaluation Report*.

Ojibways of Pic River. 2003. *Evaluation Implementation & Results*.

Process Management Inc. 2002. *Report on the 2001 Health Transfer Evaluation Project*.

Quennell M, Hammond L. 1997. *Evaluation of PAGC/MSB 1992-96 Health Services Transfer Agreement Technical Report*.

Saskatoon Tribal Council. 2001. *Health Transfer Initiative Process Evaluation Report*.

Sexqeltqin Health Centre. 2002. *Health Transfer Five Year Evaluation*. Chase, BC

Snelling S, Social Research Consulting. 2001. *Serpent River Community Health and Social Service Program Evaluation Final Report*.

Socio-Tech Consulting Services. 1998. *Evaluation of Community Health Services Transfer Arrangements, 1993-98*.

Socio-Tech Consulting Services. 2001. *Community Health Services: 5-Year Evaluation*.

Sommerfield M, Payne H. 2004. *Entrenched capacity, and the rights of small independent First Nations in the delivery of community health services*. Intertribal Health Authority, Nanaimo

Stan Myran Consultants. 2002. *Lake St. Martin First Nation Health Transfer Evaluation*. MB

Stellar Consulting Group. 1999. *Evaluation of Health Transfer - Tobique First Nation*.

Stevenson PF. 1996. *Peguis Health services Evaluation Report*.

- Temagami First Nation. 2001. *Doreen Potts Health Centre Evaluation*.
- Terence Hickey Associates Inc. 2001. *Labrador Inuit Health Commission Community Health Program Evaluation Final Report*.
- Thatcher RW, Socio-Tech Consulting Services. 1997. *Needs Assessment Update & Evaluation of Transferred Community Health Services*.
- The Flett Consulting Group. 2003. *The Evaluation of Community Health Programs & Services - Moose Cree First Nation*. ON
- Treasury Board of Canada Secretariat. 2001. *Evaluation Policy*. Treasury Board of Canada Secretariat, Ottawa
- Warry W. 2000. *UCCM Mnaamodzawin Health Services Health Transfer Evaluation Report*.
- Warry W, Sunday J, Northwind Consultants. 2000. *M'Chigeeng Health Services Health Transfer Evaluation Report*.
- WhiteDuck Consulting. 2001. *Blood Tribe Department of Health Evaluation*. AB
- Yin RK. 1994. *Case study research: design and methods*, Vols. 5. Thousand Oaks: Sage Publications. 170 pp.
- Yin RK. 1999. Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Services Research* 34(5):1209-24
- Young TK, O'Neil JD, Hiebert S. 1999. *Evaluation of Transferred Health Services in the Shibogama First Nations Council*.



CENTRE *for*
Aboriginal Health
RESEARCH

**Évaluation de la
Politique de transfert des services
de santé aux Premières nations et aux Inuits**

Rapport final, volume 2 – rapport

**Étude menée pour le compte de la DGSPNI de Santé Canada
avec la participation d'un comité consultatif
géré par l'APN**

**D^{re} Josée G. Lavoie, D^r John O'Neil, Lora Sanderson,
D^{re} Brenda Elias, D^r Javier Mignone, D^{re} Judith Bartlett,
D^{re} Evelyn Forget, Russell Burton, Corry Schmeichel et Della McNeil**

Mai 2005

Le Centre de recherche en santé autochtone (CRSA)

Le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée des chefs du Manitoba, de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et des Foundations for Health. Le CRSA a été établi grâce à une contribution généreuse de l'Assemblée des chefs du Manitoba à la campagne de financement des Foundations for Health en vue de la construction du Centre de recherche J. Buhler. La création du CRSA a également été facilitée par une subvention d'infrastructure de recherche versée à l'Université du Manitoba par la Fondation canadienne pour l'innovation et par le Fonds manitobain pour l'innovation. Des fonds d'exploitation ont été octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada et par le Conseil de recherches en sciences humaines.

ISBN 1-895034-13-2

© Centre de recherche en santé autochtone, 2005

Winnipeg, Canada

Centre de recherche en santé autochtone – Premières nations du Manitoba Université du Manitoba

Centre de recherche J. Buhler

Pièce 715

715, avenue McDermot

Winnipeg (Manitoba) R3E 3P4 CANADA

Téléphone : (204) 789-3250

Télécopieur : (204) 975-7783



Assembly of
Manitoba Chiefs



UNIVERSITY
OF MANITOBA

Table des matières

Chapitre 1 – Introduction	1
1.1 Organisation du rapport.....	2
1.2 Qu'est-ce que le transfert?	2
1.3 Points de vue différents.....	9
1.4 Compréhension du contexte	11
Chapitre 2 – Méthodologie	22
2.1 Cadre d'évaluation	24
2.2 Analyse et validation des données.....	38
2.3 Confidentialité.....	39
2.4 Limite de cette étude	39
Chapitre 3 – Résultats : Engagement soutenu de la DGSPNI	40
3.1 Contexte.....	40
3.2 Le climat actuel	57
3.3 Analyse.....	64
Chapitre 4 – Résultats : Expériences des Premières nations et des Inuits	65
4.1 Objectif 1 : Permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé	66
4.2 Objectif 2 : Renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres.....	74
4.3 Objectif 3 : Veiller au maintien de la santé publique grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires.....	81
4.4 Sommaire	87
Chapitre 5 – Résultats : Mesures des résultats	88
5.1 Contexte.....	88
5.2 Amélioration de l'accès aux soins de santé	89
5.3 Écarts dans les services.....	91
5.4 Amélioration de la santé.....	95
5.5 La Northern Inter-Tribal Health Authority	102
5.6 Analyse.....	104

Chapitre 6 – Préoccupations d’ordre administratif.....	106
6.1 Viabilité financière	106
6.2 Responsabilisation, gérance et données	120
6.3 Questions relatives au cadre de pratique.....	125
6.4 Les petites collectivités par opposition aux conseils tribaux / les collectivités ayant conclu une entente de transfert par opposition à celles n’en ayant pas conclu	126
6.5 Développement des capacités et administration par une tierce partie.....	128
6.6 Difficultés financières associées à la syndicalisation	130
6.7 Deux langues officielles.....	130
6.8 Pourquoi certaines collectivités n’optent-elles pas pour les modèles de transfert ou les modèles intégrés afin d’améliorer la prise en charge des services de santé par la collectivité?.....	131
6.9 Analyse.....	132
Conclusions.....	134
7.1 Perspectives internationales	136
7.2 Quels sont les principaux facteurs assurant la réussite du transfert? Recommandations des PN/I	138
7.3 Nécessité d’une nouvelle politique : Recommandations du CRSA	140
7.4 Questions en suspens.....	145
Références.....	148

Chapitre 1 – Introduction

En 1989, le Conseil du Trésor a approuvé la proposition de la Direction générale des services médicaux (DGSM/DGSPNI) de fournir aux Premières nations et aux Inuits (PN/I) un mécanisme leur permettant de prendre en charge l'administration des programmes et des services de santé, qui avaient jusqu'alors été offerts par la DGSM/DGSPNI. Le présent rapport constitue une évaluation de la Politique de transfert des services de santé (PTSS), telle qu'elle a été conçue et présentée aux collectivités des PN/I en 1989, et telle qu'elle a été mise en œuvre par la suite.

L'évaluation de cette initiative stratégique vise à déterminer la mesure dans laquelle la PTSS a atteint ses trois objectifs initiaux :

- *permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé;*
- *renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres;*
- *veiller au maintien de la santé et de la sécurité publiques grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires (National Health and Welfare & Treasury Board of Canada 1989).¹*

La PTSS portait essentiellement sur la gestion par les collectivités des PN/I de leurs services communautaires, un des déterminants de la santé.

Dans la présente évaluation, les objectifs de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), tels qu'énoncés dans la Demande de proposition (DP, Health Canada (FNIHB) 2003h), consistaient à :

- évaluer les résultats et les répercussions de la PTSS, à la lumière de ses objectifs initiaux, notamment : maintenir et améliorer l'état de santé des collectivités des PN/I, accroître la capacité de ces dernières de concevoir, d'administrer et de fournir des services de santé, veiller à la souplesse de la prestation des services de santé et raffermir la responsabilisation des collectivités à l'égard des programmes et des services de santé;
- évaluer l'efficacité du continuum des activités liées au transfert des responsabilités en matière de services de santé aux collectivités.

Les objectifs initiaux de la PTSS étaient axés sur la prestation des services dans les réserves. Les objectifs énoncés dans la DP insistent plutôt sur l'efficacité du service et les améliorations au chapitre de la santé. Ce changement de perspective reflète la conception actuelle de la PTSS de la DGSPNI et d'autres entités. Le Rapport du vérificateur général de 1997 (Auditor General of Canada 1997) avait été le premier document écrit à mettre l'accent sur la performance. Sur ce plan, il est en harmonie avec les directives du Conseil du Trésor (Treasury Board of Canada Secretariat 2001) concernant la « gestion axée sur les résultats ». La présente évaluation abordera ces deux séries d'objectifs.

¹ Quoique la plupart des documents fédéraux cités dans ce document soient disponibles dans les deux langues, ce sont les versions anglaises qui ont été utilisées dans la rédaction de ce rapport. La liste de références reflète ce fait.

On ne nous a pas demandé d'évaluer la performance de l'ensemble du réseau de soins de santé des collectivités des PN/I. La présente évaluation se limite plutôt aux dimensions qui sont visées par la PTSS, c'est-à-dire la planification, l'administration et la prestation de services de santé transférables, à l'échelle de la réserve/collectivité, par les collectivités des PN/I.

Cette évaluation ne visait pas à refaire le travail accompli au cours des deux premières évaluations, bien qu'elle se soit appuyée sur ces dernières (Gibbons 1992, Institute for Human Resource Development 1995).

1.1 Organisation du rapport

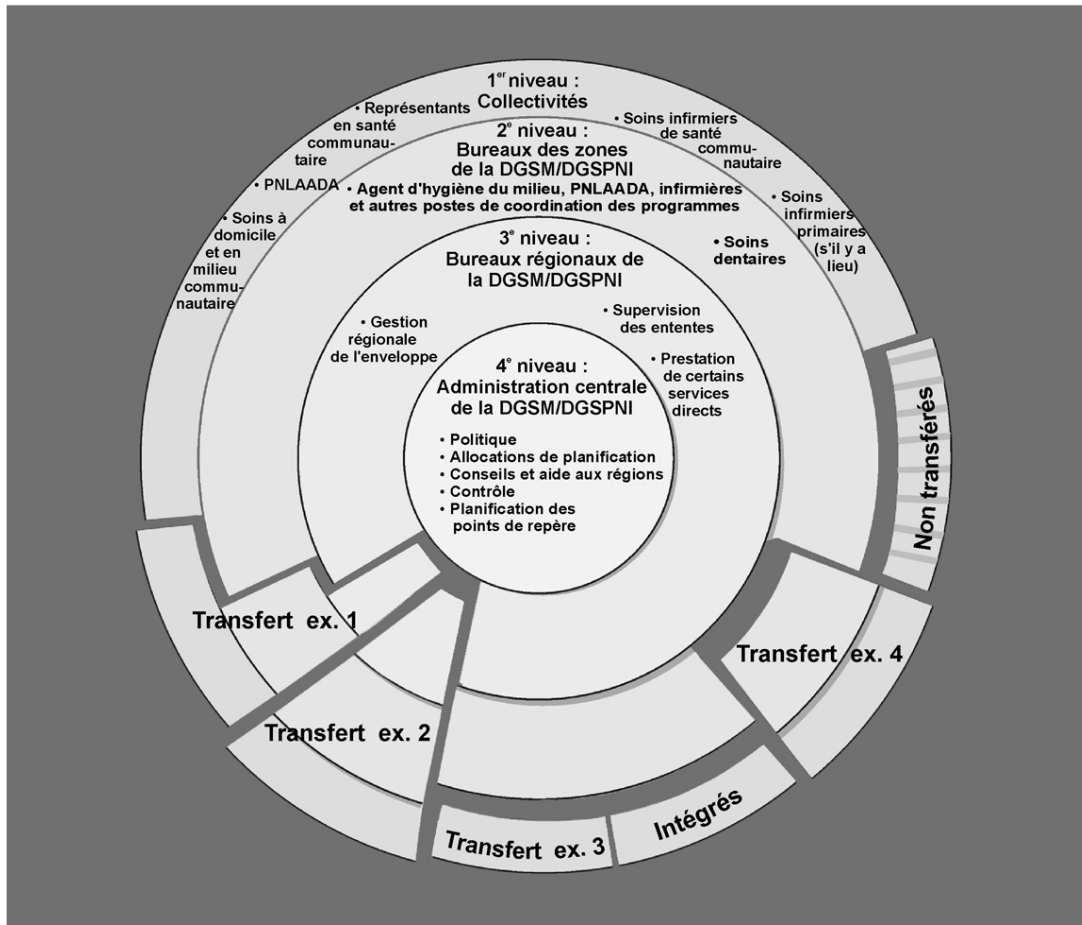
Le présent document est divisé en sept chapitres. Le chapitre d'introduction traite de la signification du « transfert » sur les plans administratif et opérationnel. Il porte également sur le contexte dans lequel le transfert a été mis en œuvre. Le deuxième chapitre énonce la portée de l'évaluation et décrit les méthodes employées pour cette étude. Dans le troisième chapitre, nous nous penchons sur la performance de la PTSS du point de vue de la DGSPNI. On y trouve également un survol historique en guise de toile de fond. Le quatrième chapitre examine la pertinence, les avantages et les défis de la PTSS du point de vue des collectivités des PN/I. Le cinquième chapitre explore l'amélioration des résultats sur le plan de la santé à la suite du transfert. Le sixième chapitre aborde quant à lui les questions administratives en suspens soulevées par les PN/I. Enfin, le septième chapitre résume les conclusions, explore les leçons tirées de l'expérience internationale et fournit des recommandations.

1.2 Qu'est-ce que le transfert?

Le transfert consistait essentiellement à transférer aux collectivités des PN/I les services existants à l'échelle de la collectivité (niveau 1), de la zone (où ils étaient offerts, niveau 2) et de la région (niveau 3) et jugés transférables. Ce concept est illustré dans le diagramme circulaire ci-après. Les collectivités pouvaient choisir :

- de prendre en charge et d'offrir les services;
- d'utiliser les fonds pour acheter les services de la DGSPNI, ou encore d'une organisation provinciale ou privée;
- de continuer à recevoir les services directement de la DGSPNI.

Les services dont la responsabilité a été laissée à la DGSPNI étaient identifiés comme étant résiduels. La DGSPNI et, par le fait même, Santé Canada étaient certains que ce rôle résiduel finirait par ne devenir rien de plus qu'un rôle de supervision des ententes.



Le concept de transfert était, en grande partie, défini en termes mécaniques. Cette approche comprenait de nombreux avantages :

- le concept était facile à communiquer, car les services existants pouvaient ou non être transférés;
- le calcul des ressources transférables consistait à énumérer les services à inclure dans une entente et à établir les coûts;
- les services transférés étaient financés sur une base historique; et
- l'approche validait l'hypothèse selon laquelle le transfert, une fois pleinement mis en œuvre, n'entraînerait aucune augmentation des coûts.

La mise en œuvre a été beaucoup moins mécanique que ce que l'on a décrit précédemment. Comme on a donné le choix aux collectivités d'assumer ou non la responsabilité des postes existants, chaque transfert est en quelque sorte unique. Certaines collectivités (exemple 2) ont accepté la responsabilité de tous les services communautaires, ainsi que d'une partie des services de deuxième et de troisième niveaux, alors que d'autres (exemple 1) ont choisi de refuser certains services de deuxième et de troisième niveaux (les services de médecin hygiéniste et d'agent d'hygiène du milieu étant les plus courants) et d'en accepter d'autres. Certaines collectivités (exemple 3) ont seulement opté pour les services communautaires, alors que d'autres encore (exemple 4) ont accepté la responsabilité des services de premier

et de deuxième niveaux. On a alloué les fonds selon les services acceptés par chacune des collectivités. D'après ce concept, on s'attend à ce que les collectivités des PN/I qui ont choisi de prendre en charge plus de services, notamment les services de deuxième et de troisième niveaux, aient plus d'obligations en termes de programmes et reçoivent, donc, plus de fonds par habitant pour les respecter.

Une alternative au transfert, le modèle intégré, a été ajoutée en 1994. Ce modèle ressemble au modèle de transfert, en ce sens qu'il permet aux collectivités de prendre le contrôle administratif des programmes transférables en vertu d'une simple entente à long terme (de trois à cinq ans). Il est toutefois axé sur les services communautaires et ne fournit pas aux organisations de santé des PN/I le même degré de souplesse administrative, étant donné qu'il est difficile de répartir les fonds entre les programmes et qu'on ne peut pas conserver les surplus.

Les collectivités n'ayant conclu ni entente de transfert ni entente intégrée (NTNI) peuvent aussi gérer les services offerts dans leur réserve par l'intermédiaire d'une série d'ententes de contribution distinctes, mais elles ne reçoivent aucune ressource pour la gestion et bénéficient de très peu de souplesse.

1.2.1. Transfert des services de premier niveau

L'exercice de détermination des ressources communautaires (services de premier niveau) en vue du transfert s'est avéré plutôt simple. Tel que l'illustre le tableau 1.1, ces ressources devaient être financées aux niveaux actuels des dépenses selon le Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC),² à partir de l'enveloppe régionale.

² Le SATC était basé sur la charge de travail et la population réelle servie et tenait compte d'un certain nombre d'indicateurs annuellement, notamment :

- la population totale servie;
- le nombre de grossesses à faible et haut risques;
- le nombre d'enfants d'âge scolaire;
- le nombre de personnes âgées;
- le nombre de clients aux prises avec des maladies chroniques (états comorbides complexes);
- le nombre d'heures consacrées à l'éducation;
- le nombre d'incidents, d'admissions et d'évacuations médicales (Health Canada (FNIHB) 2004c).

Soins infirmiers	Ressource équivalente aux niveaux actuels des dépenses en matière de services.
Représentants en santé communautaire	La majorité des représentants en santé communautaire sont déjà embauchés par la collectivité. Les mêmes ressources feraient l'objet de transferts.
Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA)	Activités de prévention et de counselling : comme pour les représentants en santé communautaire.
Comité sur la santé	16 020 \$ pour les 400 premiers membres (population selon le SATC) + 31 \$ par membre supplémentaire.
Coordonnateur de la santé	37 380 \$ pour les 400 premiers membres (population selon le SATC) + 31 \$ par membre supplémentaire.
Frais d'exploitation	En fonction du coût réel, selon l'année du transfert.
Frais généraux	Frais de gestion et de prestation des programmes de la DGSPNI multipliés par le pourcentage général de base du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC).
Locaux à bureaux	En fonction des ETP travaillant à l'extérieur de la collectivité.
Vérification et assurances	Financées en fonction du coût réel, selon le prix proposé.
Réserve de fonds et intérêts – remplacement des biens mobiliers	Amortissement annuel selon les stocks existants.
Formation	Total des ETP selon le SATC, sauf PNLAADA, multiplié par 2 000 \$, puis par 1 + indice d'isolement du MAINC.
Recrutement	2 000 \$ par ETP infirmière.
Frais de lancement	5 % sur la première tranche de 300 000 \$ + 1 % sur le reste.

1.2.2. Transfert des services de deuxième et de troisième niveaux

Afin de financer le transfert des services de deuxième et de troisième niveaux, on a dû établir une réserve de fonds, localisée à l'administration centrale. Le financement pour tous les postes des régions et des zones ayant conclu une entente de transfert devait provenir de cette réserve. Lorsque les régions parvenaient à transférer complètement un poste d'une région ou d'une zone de la DGSM, on leur demandait de remettre les économies dans la réserve de l'administration centrale (décisions du

Conseil du Trésor du 20 janvier 1989). Le financement du transfert devait ainsi être largement à l'abri des problèmes de déficit régional.³

La répartition du personnel des régions et des zones s'est avérée plus subjective. Chaque région a reçu une liste des années-personnes (AP) des régions et des zones, à partir de laquelle elle devait cerner celles qui étaient associées à la santé des Autochtones et, par conséquent, transférables. Voici ce qu'on pouvait lire dans une note de service interne :

[TRADUCTION]

La partie des ressources associées au personnel [des services de deuxième et de troisième niveaux], qui peut être attribuée aux services de santé des Autochtones, est transférable aux PN [...] La répartition des AP par bande et la détermination des niveaux de service ont gagné en importance à la suite de la restructuration ministérielle. Si ces niveaux de ressources sont bien associés à la santé des Autochtones, il peut être difficile de les diluer à une date ultérieure. (Note de service du 28 janvier 1992, soulignement ajouté.)

Les postes identifiés comme transférables étaient ensuite alloués aux communautés engagées dans le transfert. Il est important de souligner que, à notre connaissance, il n'existait aucune base de référence interrégionale pour veiller à l'uniformité du financement et de l'organisation des services des régions et des zones, d'une région à l'autre. Les AP cernées ont été réparties selon le nombre d'habitants de chaque communauté (au prorata), tel que l'illustre le tableau 1.2.

³ Cela va de soi pour les postes à l'échelle de la région et de la zone, mais ne s'applique probablement pas aux postes à l'échelle de la collectivité.

Tableau 1.2 Ressources de deuxième et de troisième niveaux associées à la santé et admissibles au transfert, 1989 (National Health and Welfare (MSB) 1989b)b	
Nutrition	Ressources transférées aux collectivités au prorata.
Éducation sanitaire	Ressources transférées aux collectivités au prorata.
PNLAADA	Services de consultation offerts par les zones et les régions : ressources transférées au prorata.
Services dentaires	a) Dans les provinces qui reconnaissent les dentothérapeutes et leur octroient l'agrément, les ressources ont été transférées aux collectivités. b) Dans les provinces qui ne reconnaissent pas les dentothérapeutes ni ne leur octroient l'agrément, les collectivités reçoivent les services des dentothérapeutes par l'intermédiaire d'un Accord spécial d'échange. c) Là où les services dentaires sont fournis par des dentistes, les ressources ont été transférées aux collectivités.
Santé environnementale	Services offerts par les zones à un certain nombre de collectivités : ressources transférées aux collectivités au prorata.
Supervision professionnelle pour les professionnels de la santé	Services offerts par les zones et les régions : ressources transférées aux collectivités au prorata.

1.2.3 Évolution des services dans les réserves

Au début du transfert, les programmes communautaires comprenaient :

- La prévention et promotion de la santé communautaire,
- Les soins primaires en santé communautaire,
- La lutte contre les maladies transmissibles,
- La nutrition communautaire,
- Le programme d'hygiène du milieu, et
- Le PNLAADA.

Les services communautaires étaient offerts par le personnel infirmier, les représentants en santé communautaire et les intervenants en toxicomanie, alors que les services d'hygiène du milieu étaient dispensés par les agents d'hygiène du milieu à l'échelle des régions ou des zones.

Depuis 1989, Santé Canada a lancé un certain nombre de programmes de prévention et de promotion de la santé. Ceux-ci figurent dans le tableau 1.3. Ces programmes, lorsqu'ils sont propres aux PN/I, sont habituellement transférables. Par exemple, il est possible que, après son évaluation, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des PN/I devienne transférable.

Organisa- tion responsable du programme	Volet du programme	Nom du programme	Date de création	Type de programme	Accès au financement	Admissible			
						à l'AC	au modèle intégré	au transfert	à l'autonomie gouvernementale
Programmes communautaires	Enfants et jeunes	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)	1998	National	Financé par projet	√	–	–	√
		Programme canadien de nutrition prénatale	1994	National	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) [anciennement Syndrome de l'alcoolisme fœtal/Effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF)]	1994	National	Financé par projet	√	√	–	√
	Santé mentale et toxicomanie	Pour des collectivités en bonne santé	1994	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Grandir ensemble	1993	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		PNLAADA (soins en établissement)	1984	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		PNLAADA (programme communautaire)	1984	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Programme de lutte contre l'abus de solvants	1994	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Lutte contre le tabagisme	1997	National	Financé par projet	√	–	–	√
		Prévention des maladies chroniques	Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)	2000	National	Financé par projet	√	–	–
	Promotion d'une saine alimentation et de l'activité physique		1979	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
	Maladies transmissibles	Lutte contre les maladies transmissibles	1979	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Stratégie de lutte contre le VIH/sida	1997	National	Financé par projet	√	√	–	√
		Stratégie d'élimination de la tuberculose	1992	Propre à la DGSPNI		√	√	–	√
	Protection de la santé	Recherche et hygiène du milieu	Programme d'hygiène du milieu	1979	Propre à la DGSPNI		√	√	√
Programme sur les contaminants de l'environnement			1990	Propre à la DGSPNI	Financé par projet	√	√	–	√
Transport de marchandises dangereuses			–	Propre à la DGSPNI	Financé par projet	√	√	–	√
Soins de santé primaires		Soins primaires en santé communautaire	–	–	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Prévention et promotion de la santé communautaire	–	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Stratégie nationale d'hygiène buccale	1997	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√
		Soins de santé à domicile et en milieu communautaire pour les PN/I (SSDMC – PNI)	1999	National		√	√	√	√
Services de santé		Services de santé non assurés (SSNA) [p. ex. transport et vue]	1979	Propre à la DGSPNI		√	–	–	√
		Projets pilotes des SSNA	2000	Propre à la DGSPNI		√	–	–	√
Autres		Carrières dans le secteur de la santé	1984	Propre à la DGSPNI		√	–	–	√
		Système d'information sur la santé des PN/I (SISPNI)	1997	Propre à la DGSPNI		√	–	–	√
		Crédits affectés aux établissements	1985	Propre à la DGSPNI		√	–	–	√
		Services de soutien aux soins infirmiers	–	Propre à la DGSPNI	Intégré au transfert	√	√	√	√

D'autres programmes ont été lancés pour répondre à des priorités et besoins nationaux précis en matière de santé. En général, les programmes de Santé Canada ne sont pas transférables. Certains d'entre eux sont financés basés sur des propositions de projet soumises par les communautés sur une base compétitive, et favorisent donc les collectivités ayant de plus grandes capacités. D'autres sont offerts dans toutes les collectivités conformément à des exigences en matière de rapports et à des plans élaborés soigneusement. Les employés de la DGSPNI interrogés ont suggéré que les nouveaux programmes reflètent les approches et processus fondés sur les résultats qui sont reconnus par les collectivités des PN/I, les professionnels de la santé et les

universitaires. Les cadres des programmes sont créés en collaboration avec les régimes de gouvernance connexes (Santé Canada ou DGSPNI), chacun définissant les modalités, les paramètres, les critères de réussite et les exigences en matière de rapports. Tel que le montre le tableau 1.4, les ressources transférées représentent maintenant entre 50 et 80 % du financement total en matière de santé dans les réserves.

Tableau 1.4 Pourcentage actuel du financement versé à chaque programme en 2001-2002 (DGSPNI, données non publiées, 2004)

Collectivité	Région	Transfert des services de santé	IDA	PAPAR	SISPNI	SSDMC – PNI	SSNA	Autres
1	ATL	53,02 %	1,20 %	1,77 %	0,36 %	6,84 %	36,81 %	0,00 %
2	ATL	61,46 %			0,36 %	29,63 %	8,55 %	0,00 %
3	PAC ⁴	79,16 %	1,14 %	0,00 %	1,87 %	16,41 %	0,57 %	0,85 %
4	PAC	59,86 %	0,00 %	14,61 %	1,74 %	15,90 %	7,58 %	0,30 %
Moyenne		63,38 %	0,59 %	4,10 %	1,08 %	17,19 %	13,38 %	0,29 %

Les nouveaux programmes ont permis d'améliorer l'accès aux services des collectivités, selon une approche globale axée sur les soins de santé primaires. Le lancement de nouveaux programmes et la non-transférabilité de certains ont toutefois occasionné l'accroissement de la charge de travail administratif de la DGSPNI à l'échelle nationale et régionale. Les employés de la DGSPNI interrogés ont noté un recours accru au financement de programmes à partir de demande de proposition de projet pour s'attaquer aux priorités établies en matière de santé des PN/I. Ceci est attribué à l'insuffisance du financement à l'échelle nationale afin de faciliter la mise en œuvre au sein de toutes les organisations des PN/I.

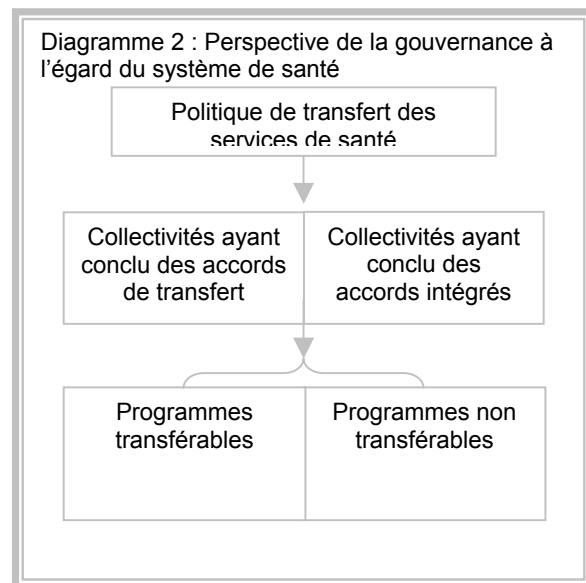
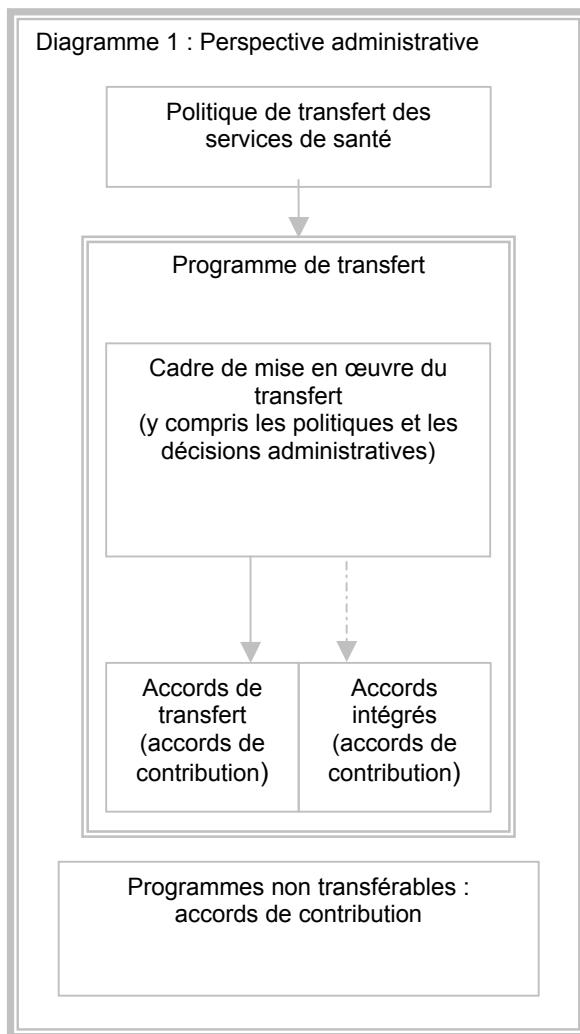
1.3 Points de vue différents

Le concept de transfert n'a pas le même sens pour tous : pour certains, il s'agit surtout d'un mécanisme administratif permettant de faire en sorte que les ressources financières d'un certain nombre de programmes de santé, auparavant gérées par la DGSPNI, soient désormais confiées aux organisations des PN/I. Les rôles et responsabilités sont liés à ces ressources financières. Pour d'autres, le transfert offre aux PN/I une occasion d'exercer une plus grande gouvernance à l'égard de leurs systèmes communautaires de soins de santé. Le débat visant à déterminer si le « transfert » est une politique, un programme ou un mécanisme financier à l'usage de certains programmes se poursuit.

Les diagrammes ci-après permettent de distinguer ces deux perspectives. Selon une *perspective administrative* (diagramme 1), la PTSS a été instaurée par l'intermédiaire du Cadre de mise en œuvre du transfert, qui constitue un ensemble de

⁴ La moyenne pour l'ensemble de la région du Pacifique est de 67,9 %.

décisions (politiques administratives) adoptées au fil du temps afin de répondre aux besoins administratifs changeants et émergents (la nouvelle politique sur la syndicalisation, par exemple). Ce Cadre sert d'assise aux dispositions relatives aux ententes de transfert. On l'appelle de plus en plus « Programme de transfert » (comme le montre le compendium des programmes de la DGSPNI, qui aborde le transfert sous la catégorie relative au développement des capacités, Health Canada (FNIHB) 1999b). Les dispositions relatives au modèle intégré diffèrent sensiblement de celles du modèle de transfert et ont été approuvées en 1994 en vertu d'autorisations distinctes du Conseil du Trésor. Le compendium des programmes de la DGSPNI ne fournit aucun renseignement sur ce modèle. On le considère toutefois comme une étape vers le transfert. Les programmes non transférables échappent à la portée de la PTSS.



Selon la *perspective de la gouvernance à l'égard du système de santé* (diagramme 2), ces distinctions sont moins pertinentes. Les collectivités des PN/I se qualifient souvent elles-mêmes comme étant des collectivités « transférées » ou « intégrées ».

- En vertu du modèle de transfert, les collectivités peuvent se charger de l'administration d'une gamme de programmes à l'échelle de la collectivité, de la zone et de la région dans le cadre d'une entente de contribution unique et souple, d'une durée de trois à cinq ans, qui leur permet d'attribuer le financement selon les

priorités locales. Le financement peut être reporté d'année en année et attribué aux priorités locales en matière de santé.

- En vertu du modèle intégré, les collectivités peuvent se charger d'une gamme de services communautaires dans le cadre d'une entente de contribution unique dont la durée peut atteindre cinq ans. En vertu de cette entente, les collectivités peuvent attribuer le financement selon leur plan de travail communautaire et doivent obtenir l'autorisation de la DGSPNI pour apporter des modifications. Le report des ressources n'est pas permis.

Les collectivités savent qu'elles acquerront un certain degré d'autonomie (davantage dans le cas du modèle de transfert, un peu moins dans le cas du modèle intégré) en matière de services communautaires, selon le type d'entente qu'elles auront conclu. Les collectivités « transférées » et celles « intégrées » administrent en plus une gamme de programmes non transférables.

Alors que les représentants de la DGSPNI ont tendance à envisager le transfert sous l'angle administratif, les répondants des Premières nations et des Inuits feront sans doute état des réussites et des problèmes sous l'angle plus vaste de la gouvernance à l'égard du système de santé. Ces deux perspectives sont abordées dans la présente évaluation et sont expressément mentionnées. Les programmes non transférables ont été considérés comme un facteur de confusion dans la présente évaluation et c'est dans ce contexte qu'ils sont abordés.

1.4 Compréhension du contexte

Une hypothèse rencontrée au cours de cette évaluation est qu'il existe une « collectivité des PN/I typique », qui a connu un « transfert typique ». On nous a avisé que nos conclusions devaient refléter la réalité de cette majorité typique.

Cette hypothèse sous-estime la diversité des collectivités des PN/I qui ont cherché à accroître leur autonomie à l'égard de leurs services de santé à la suite de la mise en œuvre de la PTSS. En fait, cette dernière, en raison de ses divers modèles et de ses services transférables et résiduels, ajoute à la complexité d'un milieu déjà diversifié sur les plans culturel et géographique. En ce qui concerne les services de santé, cette diversité se situe à la périphérie de dix systèmes provinciaux de soins de santé distincts, qui fonctionnent selon un modèle de centralisation ou de régionalisation, qui possèdent chacun leur propre interprétation des services assurés et non assurés et qui entretiennent une relation distincte avec les PN/I. La diversité provinciale sur le plan des systèmes de soins de santé ne vient qu'ajouter à la complexité du milieu global.

1.4.1 Collectivités des PN/I

La PTSS s'applique aux 599 collectivités des PN/I situées au sud du 60^e parallèle. Les collectivités des PN du Yukon peuvent adopter la méthode intégrée, mais ne sont pas admissibles au transfert.

Tel que le montre le tableau 1.5, la taille des collectivités des PN/I varie considérablement. C'est dans la région du Pacifique que l'on compte le plus de collectivités des PN. Ces collectivités sont généralement plus petites que dans les autres régions, la population moyenne dans les réserves étant de 287 habitants. En revanche, les collectivités des PN de l'Alberta, du Manitoba, de la Saskatchewan et du Québec sont relativement grandes.

Tableau 1.5 Population dans les réserves des collectivités des PN/I dans chaque région (Indian and Northern Affairs Canada 2004)⁵

	Moyenne	Médiane	Maximum	Somme	Total
Pacifique	287	195	2 166	56 828	198
Alberta	1 198	720	7 369	56 328	47
Saskatchewan	760	617	4 536	54 733	72
Manitoba	1 118	806	4 345	70 426	63
Ontario	560	311	7 981	78 936	141
Québec	1 110	742	7 225	44 415	40
Atlantique	520	337	2 995	17 670	34

Le tableau 1.6 présente la répartition des collectivités des PN/I selon leur degré d'isolement pour chaque région de la DGSPNI.

Tableau 1.6 Nombre de collectivités selon leur degré d'isolement dans chaque région (Health Canada (FNIHB) 2003g)

Type de collectivité	Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
Non isolée	153	31	63	27	78	17	34	408
Semi-isolée	33	21	13	11	12	6	0	106
Isolée	14	3	8	24	27	29	6	115
Éloignée et isolée	8	5	1	1	7	0	0	22

Le nombre de collectivités varie considérablement d'une région à l'autre. La majorité des collectivités des PN/I (63 %) est considérée non isolée. En termes de pourcentage, c'est en Alberta que l'on trouve le plus de collectivités semi-isolées, alors que c'est au Québec, en Ontario et au Manitoba que l'on compte le plus de collectivités isolées. Les collectivités éloignées et isolées se trouvent principalement dans la région du Pacifique et en Ontario.

Au total, 17 collectivités des PN communiquent officiellement en français avec la DGSPNI. Les collectivités francophones des PN sont situées dans la province de Québec et représentent 70 % des collectivités québécoises des PN admissibles au transfert.⁶ Ensemble, les collectivités francophones servent plus de 21 000 habitants, soit 58 % de la population des PN des collectivités québécoises admissibles au transfert.

⁵ Il est très important de souligner que les données sur la population dans les réserves du MAINC ne comprennent pas l'ensemble de la population servie par les services de santé dans les réserves.

⁶ Les collectivités des Cris de la Baie-James et les collectivités des Inuits du Nunavik reçoivent leurs services de santé par l'intermédiaire de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Elle ne sont pas visées par la PTSS.

1.4.2 Services offerts aux collectivités des PN/I par la DGSPNI

Les données susmentionnées montrent non seulement qu'il n'y a pas de collectivité typique, mais aussi qu'il n'existe pas de région typique de la DGSPNI. Il est important de le souligner.

Ces variations affectent l'engagement de la DGSPNI en matière de financement et de prestation de services. Tel que l'indique le tableau 1.7, les types de services offerts et financés varient considérablement dépendent des caractéristiques des communautés.

Tableau 1.7 Types de services offerts dans les collectivités des PN/I, selon le type de collectivité (Health Canada (FNIHB) 2004b)⁷

Type d'établissement	Type de services	Portée des services	Personnel infirmier en établissement	Nombre de collectivités par type de collectivité			
				Non isolée	Semi-isolée	Isolée	Éloignée-isolée
Bureau de santé	Prévention	Moins de 5 jours par semaine	Non	46	12	2	1
Poste de santé	Dépistage et prévention	Moins de 5 jours par semaine	Non	90	26	13	7
Centre de santé	Urgence, dépistage et prévention	5 jours par semaine	Oui	171	21	7	3
Centre de santé avec soins	Urgence, prévention et soins ambulatoires	5 jours par semaine et services sur appel	Oui	0	1	0	1
Poste de soins infirmiers	Soins et prévention	7 jours sur 7, 24 heures sur 24	Oui	0	6	66	3
Total				307	66	88	15

En fait, les critères pour la définition du type de services que la DGSPNI offre et finance sont plus complexes. Ceux-ci sont détaillés dans le tableau 1.8. Ces renseignements doivent être interprétés avec prudence. On nous a informés que les désignations des établissements ne sont pas mises à jour périodiquement et ne reflètent donc pas les

⁷ Nous appelons cette source d'information « Facility Designation database (la base de données sur la désignation des établissements) ». La Division des modes de financement en matière de santé de la DGSPNI nous a fait parvenir une série de tableaux par région, générés avec le logiciel Dbase.

améliorations apportées à l'accès par route ou les changements dans la prestation des services provinciaux. Il serait coûteux pour la DGSPNI d'apporter continuellement des modifications. Les renseignements fournis dans le présent document sont par conséquent les meilleures estimations disponibles. La date de la dernière mise à jour n'est pas connue.

Tableau 1.8 Critères relatifs à la désignation des établissements (Health Canada (FNIHB) 2003f)	
Type d'établissement	Caractéristiques communautaires (la collectivité doit satisfaire à la majorité des critères suivants)
Bureau de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Population : 750 habitants ou moins dans la réserve • Collectivité non isolée ou semi-isolée (isolée dans des conditions favorables) • Services de santé : autres services de santé offerts dans les collectivités ou les villes avoisinantes; hôpital à moins de deux heures de route • Transport : accessible par voiture ou avion en tout temps • Infrastructure communautaire : services communautaires adéquats
Poste de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Population : plus de 100 habitants dans la réserve • Collectivité éloignée et isolée, isolée ou semi-isolée, située à plus de 150 kilomètres d'un centre de services, mais à moins de 50 kilomètres d'un poste de soins infirmiers ou d'un autre établissement de la DGSPNI • Services de santé : hôpital à moins de deux heures de route; à l'occasion, inaccessibilité des services ambulanciers et de première intervention locaux • Transport : accessible par voiture ou avion à partir de l'établissement de la DGSPNI; routes en mauvais état • Infrastructure communautaire : services communautaires limités
Centre de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Population : plus de 100 habitants dans la réserve • Collectivité non isolée ou semi-isolée, située à moins de 350 kilomètres d'un centre de services • Services de santé : hôpital à moins de deux heures de route; à l'occasion, inaccessibilité des services ambulanciers et de première intervention locaux • Transport : accessible par voiture ou par avion en tout temps; routes en mauvais état • Infrastructure communautaire : services communautaires limités
Centre de santé avec soins	<ul style="list-style-type: none"> • Population : plus de 500 habitants dans la réserve • Collectivité non isolée ou semi-isolée, située entre 50 et 350 kilomètres d'un centre de services • Services de santé : hôpital à moins de deux heures de route; à l'occasion, inaccessibilité des services ambulanciers et de première intervention locaux • Transport : accessible par voiture ou par avion en tout temps; routes en mauvais état • Infrastructure communautaire : services communautaires limités
Poste de soins infirmiers	<ul style="list-style-type: none"> • Population : plus de 500 habitants dans la réserve • Collectivité éloignée ou isolée, située à plus de 350 kilomètres ou 3 heures de route d'un centre de services • Services de santé : hôpital à plus de deux heures de route; accessibilité limitée des services ambulanciers et de première intervention locaux • Transport : autres établissements de soins de santé inaccessibles par voiture durant toute l'année • Infrastructure communautaire : services communautaires limités

1.4.3 Engagement provincial dans la prestation des services

Un certain nombre d'organisations des PN/I admissibles au transfert bénéficient de l'engagement du gouvernement provincial dans la prestation des services communautaires. Voici quelques exemples :

- Les PN Athabasca Chipewyan et crie Mikisew reçoivent depuis longtemps des services de plusieurs ordres de gouvernement. La communauté des Métis en particulier représente une partie importante de l'histoire de la collectivité, et les deux bandes des PN occupent conjointement la ville. Bien que les deux bandes possèdent des réserves dans les environs, seuls quelques membres de la PN crie Mikisew habitent dans la réserve, située à côté de la ville, et dans un petit village situé à environ 12 kilomètres de la ville la plus proche. Les membres de la PN Athabasca Chipewyan vivent dans des maisons placées çà et là dans la collectivité, tout comme les membres des Métis et de la PN crie Mikisew. Santé Canada et le gouvernement de l'Alberta ont signé, en 1962, un accord autorisant la première partie à assumer la responsabilité de la prestation de services de santé aux membres de la bande Athabasca Chipewyan vivant hors réserve. Les services offerts aux résidents métis sont financés par l'intermédiaire d'un accord provincial. Même si chaque bande des PN reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des services précis, comme des logements aux membres des bandes, les bandes et la communauté des Métis collaborent depuis un certain temps afin d'intégrer autant que possible les services de santé.
- L'accord de 1964 conclu avec le Manitoba est une entente administrative entre la DGSPNI et Santé Manitoba qui précise la responsabilité financière du transport médical du personnel et des malades et d'autres services de santé offerts dans des collectivités précises pour des raisons pratiques, d'après les voies de transport et l'accessibilité. L'accord découpe nettement le nord du Manitoba. Par conséquent, un certain nombre de collectivités nordiques, dont deux réserves des PN, reçoivent leurs services cliniques et de santé publique de Santé Manitoba. Par contre, Nelson House, Pukatawagan, South Indian Health, Brochet, Split Lake, York Landing, Shamattawa, The Pas Reserve, Norway House, Cross Lake, Oxford House, God's Lake, Island Lake, Ste. Theresa Point et Granville Lake ont été désignés comme relevant du gouvernement fédéral. Bien que ces collectivités aient des réalités culturelles, historiques, géographiques et sanitaires communes, les collectivités désignées comme de compétence provinciale ne sont pas admissibles au transfert. L'accord complique désormais le transfert des services de santé à ces bandes.
- Les PN/I de Terre-Neuve-et-Labrador reçoivent depuis longtemps leurs soins de santé en milieu communautaire de fournisseurs de services de santé provinciaux ou financés par la province. Lorsqu'elle s'est jointe à la Confédération en 1949, la province était d'avis que tous les Terre-Neuviens devaient être traités sur le même pied. Par conséquent, aucune responsabilité fédérale n'a été reconnue pour les PN/I de Terre-Neuve-et-Labrador à ce moment. La responsabilité fédérale en matière de santé s'est donc en grande partie limitée à l'échange de lettres entre les gouvernements fédéral et provincial jusqu'en 1984, année de la signature de l'Entente Canada-Terre-Neuve portant sur la santé des Autochtones du Labrador, qui visait à aider à couvrir les coûts provinciaux des soins de santé publics et des services non assurés. Au début des années 90, les PN/I ont pu commencer à bénéficier des services communautaires financés par le gouvernement fédéral en vertu d'ententes de contribution.

1.4.4 Prise de contrôle par les PN/I

Tel que le montre le tableau 1.9, 599 collectivités des PN/I à l'échelle nationale peuvent se prévaloir des dispositions de la PTSS. La majorité de ces collectivités et la majorité de celles ayant conclu une entente de transfert sont considérées comme non

isolées par la DGSPNI. La moitié des PN/I habitant dans des collectivités non isolées, semi-isolées, isolées et éloignées et isolées reçoivent maintenant leurs services de santé d'une organisation relevant des PN/I.

Tableau 1.9 Population des PN/I selon le type de collectivités et collectivités ayant conclu une entente de transfert (Health Canada (FNIHB) 2001b)

À l'échelle nationale	Nombre total de collectivités	Population des collectivités	Nombre total de collectivités ayant conclu une entente de transfert	Population visée par le transfert	% des collectivités ayant conclu une entente de transfert	% de la population totale visée par le transfert
Non isolée	400	257 897	170	134 371	43 %	52 %
Semi-isolée	86	40 040	32	18 441	36 %	46 %
Isolée	93	83 618	35	37 107	38 %	44 %
Éloignée et isolée	20	7 157	7	3 141	35 %	44 %
Total	599	388 712	244	193 060	41 %	46 %

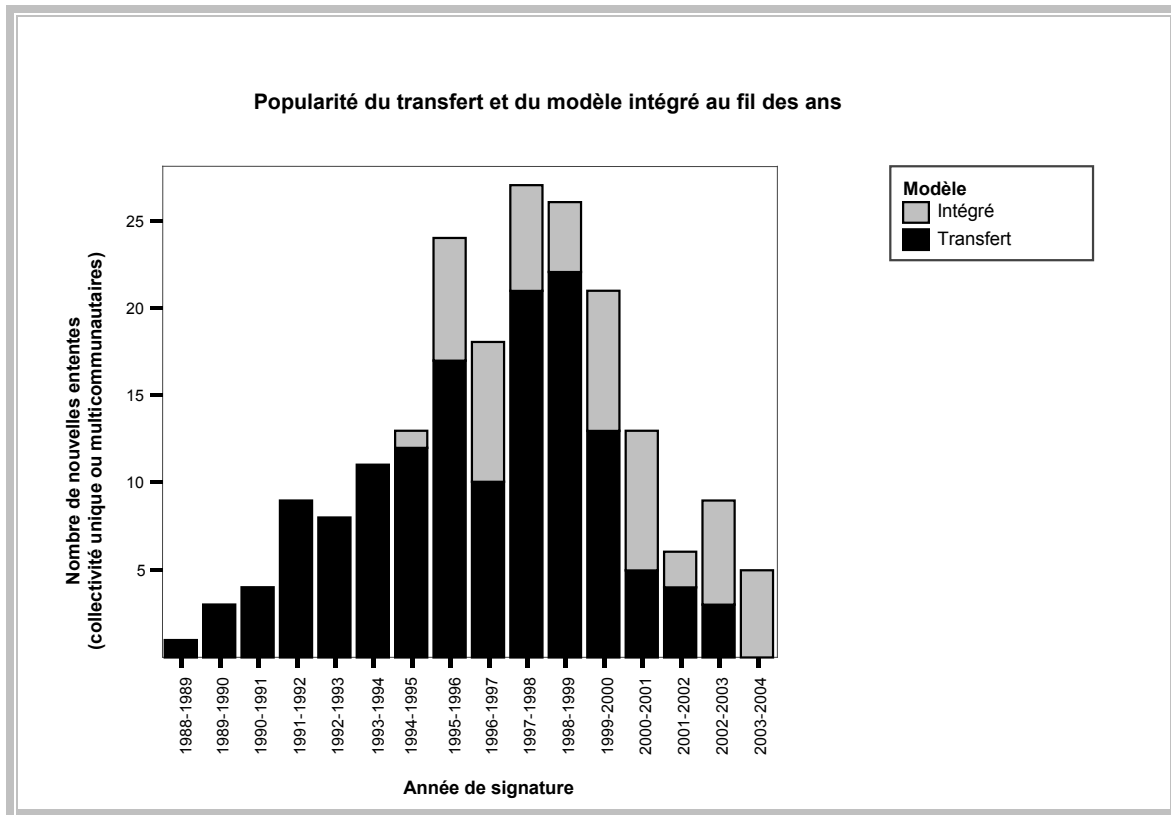
Tel que l'indique le tableau 1.10, c'est dans les collectivités des PN du Québec et de la Saskatchewan que le transfert a suscité le plus d'enthousiasme. Le modèle intégré demeure plus populaire en Alberta et en Ontario. Ces différences dans l'intérêt des collectivités des PN sont abordées à la section 6.8.

Tableau 1.10 Popularité du transfert et du modèle intégré dans les régions, en mars 2002 (Health Canada & First Nations and Inuit Health Branch 2002)

	Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
Modèle intégré	40 (19.6%)	42 (72.4%)	9 (10.8%)	4 (6.5%)	40 (32.3%)	4 (14.2%)	11 (27.5%)	150 (25.0%)
Transfert	106 (52.0%)	4 (6.9%)	61 (73.5%)	33 (53.2%)	38 (30.6%)	22 (78.6%)	20 (50.0%)	284 (47.4%)
Autonomie gouvernementale	5 (2.5%)	0	0	0	0	0	0	5 (0.8%)
Autre ⁸	53 (26.0%)	12 (20.7%)	13 (15.7%)	25 (40.3%)	46 (37.1%)	2 (7.1%)	9 (22.5%)	160 (26.7%)

⁸ Cette catégorie inclue les communautés recevant des services directement de la DGSPNI et celles engagées dans des projet pilotes.

La popularité du transfert a atteint son apogée vers la fin des années 90, alors que celle du modèle intégré croît graduellement depuis son approbation.



Les changements introduits dans les politiques et les pratiques depuis 1989 ajoutent un surcroît de complexité au tableau élaboré ci-haut. Selon la *perspective de la gouvernance à l'égard du système de santé*, les limites qui existaient autrefois entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et les collectivités NTNI ont changé au fil du temps. Le tableau 1.11 illustre la situation actuelle.

Les collectivités NTNI participent à la gestion et à la prestation des services communautaires par l'intermédiaire d'ententes de contribution annuelles depuis les années 70. Ces ententes incluaient initialement l'embauche et la supervision du personnel communautaire (p. ex. représentants en santé communautaire, travailleurs du PNLAADA et agents) et peuvent maintenant inclure également les soins infirmiers. Ces ententes ne fournissent que très peu de fonds pour la gestion.

L'introduction de l'option de transfert et de la méthode intégrée a permis aux collectivités d'établir une approche systémique de la prestation des services de santé. La création de programmes non transférables depuis le milieu des années 90 a élargi l'éventail de programmes et de services accessibles aux collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et aux collectivités NTNI. Elle est également venue ajouter au fardeau administratif des collectivités ayant conclu ou non une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Nom de l'entente	Accord de contribution unifié (ACU) – Général (collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et collectivités NTNI, combinaison de services directs offerts par la DGSPNI et de services fournis par la collectivité par l'intermédiaire d'ententes de contribution).	ACU – Méthode intégrée (entente intégrée).	ACU – Transfert (entente de transfert, accord type).
Durée	Jusqu'à trois ans, selon le responsable de chaque programme.	Étape 1 : Jusqu'à un an. Étape 2 : Jusqu'à cinq ans.	De trois à cinq ans.
Description	Tous les programmes transférables et non transférables sont distincts.	Tous les programmes transférables choisis par la collectivité, en vertu d'une entente d'une durée variant entre trois et cinq ans. Les programmes non transférables offerts en vertu d'ententes de contribution distincts.	Tous les programmes transférables choisis par la collectivité, en vertu d'une entente d'une durée variant entre trois et cinq ans. Les programmes non transférables offerts en vertu d'ententes de contribution distincts.
Étape de la planification	Non.	Oui. On élabore le plan de travail à l'étape 1. Tout plan de travail terminé comprend quatre éléments d'un plan de santé communautaire.	Oui. Le processus de planification de 21 mois a permis d'élaborer 12 des 15 éléments requis pour le plan de santé communautaire. Les trois autres éléments seront élaborés au cours de la première année de mise en œuvre.
Capacité de transférer les fonds entre les programmes	Non, à moins d'une approbation écrite préalable de la DGSPNI.	Une fois que le plan de travail est en place, on ne peut pas réaffecter les fonds, à moins d'obtenir une approbation écrite préalable de la DGSPNI.	Oui, entre les programmes transférables. On ne peut pas réaffecter les fonds entre les programmes ciblés, à moins d'obtenir une approbation écrite préalable de la DGSPNI.
Capacité de conserver le surplus	Non.	Non.	Oui. À affecter aux dépenses liées à la santé (programmes transférables seulement).
Exigences en matière de rapports	Rapports d'activités sur le programme (deux ou trois par année). Rapports financiers (trois par année).	Rapport annuel sur le programme. Rapports financiers (deux par année).	Rapport annuel au ministre. Rapport annuel aux membres de la collectivité. Rapport sur les programmes obligatoires. Évaluation quinquennale.
État financier vérifié annuel requis	Non.	Oui.	Oui.

1.4.5 Diversité des besoins en matière de santé et de soins

Les études portant sur l'état de santé des PN/I abondent (British Columbia Ministry of Health Planning 2001, Chandler & Lalonde 1998, Health and Welfare Canada 1990, Health Canada 1999, 2000b, Martens et al 2002, Newbold 1998, Thouez et al 1990, Trovato & Werner-Leonard 1991, 2001, Young et al 2000). Toutefois, dans la plupart des cas, ces études ne font pas la distinction entre les PN vivant dans les réserves et celles habitant hors de celles-ci. Aucune ne différencie l'accès aux services en conséquence.⁹

L'Enquête régionale sur la santé des PN/I a révélé que près de 60 % des répondants des PN sont d'avis qu'ils ne reçoivent pas les mêmes services de santé que les non-Autochtones (Wien & McIntyre 2001). Ceux qui estimaient recevoir les mêmes services étaient plus nombreux à vivre dans des collectivités ayant conclu une entente de transfert. Cette conclusion est corroborée par Elias *et al.*, 2001, qui ont fait état de la satisfaction à l'égard des services offerts dans les réserves et visant précisément à répondre aux besoins des personnes ayant des limitations fonctionnelles et de celles ayant besoin de soins continus. En 2001, ces services existaient largement en dehors du champ d'application de la PTSS, couvrant :

- les soins infirmiers à domicile, que Santé Canada venait juste de mettre en œuvre dans le cadre de la PTSS;
- les SSNA, dont le transfert fait actuellement l'objet de discussions;
- les services de santé mentale, qui sont financés seulement en partie par Santé Canada. Parmi les fonds versés, certains sont fournis dans le cadre de la PTSS (le programme Pour des collectivités en bonne santé affecte des fonds aux services de santé mentale), alors que d'autres demeurent hors du champ d'application de la politique (fonds d'intervention d'urgence fournis dans le cadre des SSNA);
- les soins spécialisés et en établissement, qui demeurent de compétence provinciale et, par conséquent, hors du champ d'application de la PTSS.

Wein *et al.* font remarquer ce qui suit :

[TRADUCTION]

On peut considérer que ces résultats signifient que le processus de transfert influence favorablement la perception qu'ont les gens de la qualité des soins de santé qu'ils reçoivent par rapport à ceux que reçoit la population canadienne. Toutefois, les différences sont minimales, peut-être même plus que ce à quoi l'on pourrait s'attendre, ce qui tend à confirmer la théorie voulant que les ressources disponibles dans le processus de transfert soient largement insuffisantes pour améliorer la prestation des services. Or, une troisième explication est également possible. Peut-être les collectivités ayant opté pour le transfert possédaient-elles de meilleurs systèmes de santé et des ressources humaines plus compétentes avant

⁹ L'étude de Chandler et Lalonde est une exception notable. L'étude, qui portait sur l'incidence du suicide dans les collectivités des PN de la Colombie-Britannique, a révélé que l'incidence du suicide était plus faible dans les collectivités qui avaient cherché à accroître leur autodétermination par l'intermédiaire de revendications territoriales et du transfert des services, par exemple. Cette étude est maintenant menée à l'échelle nationale afin d'en assurer la généralisation (Chandler & Lalonde 1998).

même d'entreprendre les étapes qui allaient leur donner plus de contrôle sur leurs services de santé (Wien & McIntyre 2001).

Les données disponibles à ce jour fournissent peu d'indications sur l'impact de la Politique de transfert des services de santé sur l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits.

1.4.6 Analyse

Le présent chapitre avait pour objet de montrer la complexité du contexte auquel doivent s'adapter la PTSS ou la politique qui la remplacera. Il n'existe pas de transfert type ni de collectivité typique. Il existe plutôt un ensemble hétérogène d'organisations des PN/I, certaines petites et représentant une seule collectivité relativement homogène, d'autres importantes et répondant aux besoins de milliers de personnes. Ces organisations œuvrent en périphérie des systèmes provinciaux de soins de santé et obtiennent plus ou moins de succès dans l'établissement de relations avec les fournisseurs de services hors réserve. Certaines ont accès à un système de soins de santé primaires complet et relativement homogène en raison des bonnes relations entretenues avec leurs provinces respectives et de l'engagement de celles-ci, alors que d'autres continuent de travailler à l'amélioration des relations.

Afin d'obtenir les résultats positifs escomptés, la PTSS ou la politique qui la remplacera doit être assez souple pour s'adapter à cette réalité à l'échelle des régions et des organisations des PN/I.

Chapitre 2 – Méthodologie

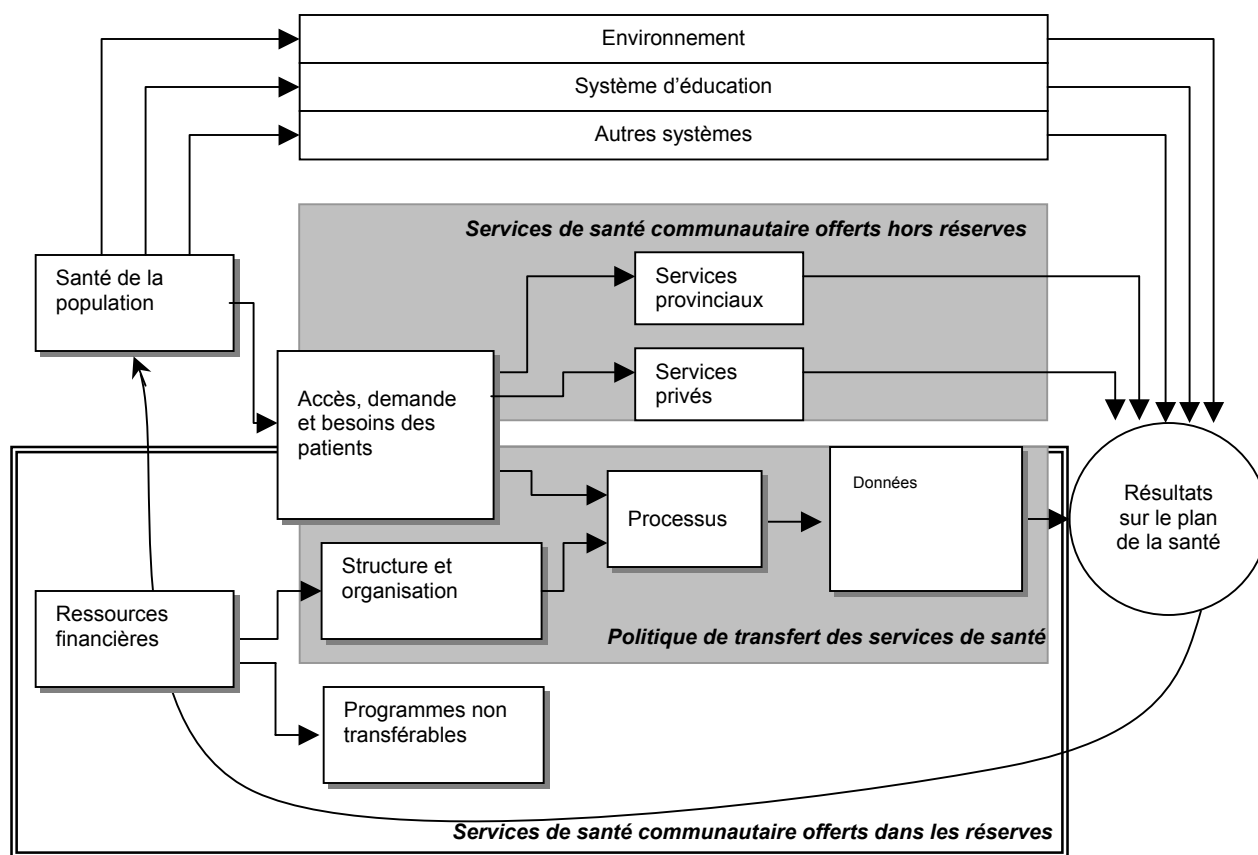
Tel que mentionné dans l'introduction, l'objectif premier de cette évaluation selon la DP consiste à :

évaluer les résultats et les répercussions de la PTSS en tenant compte des objectifs initialement établis pour la politique, notamment : maintenir et améliorer l'état de santé des collectivités des PNI, permettre à ces dernières de concevoir, d'administrer et de fournir des services de santé, assouplir la prestation de services de santé et raffermir la responsabilisation des collectivités à l'égard des programmes et services de santé.

L'étendue de cette évaluation, telle que définie dans la DP, est complexe sur le plan méthodologique, pour les raisons suivantes :

- Les services dans les réserves font partie d'un système de soins de santé qui se situe en grande partie hors du champ d'application de la PTSS.
- Les résultats sur le plan de la santé dépendent de multiples facteurs et reflètent l'intervention (ou l'absence d'intervention) dans d'autres secteurs, notamment l'infrastructure de la collectivité (eau potable), le logement, l'emploi, etc.
- Les données nécessaires à la présente évaluation n'ont pas été recueillies de façon systématique au cours de la période de mise en œuvre de la PTSS, mais elles ont plutôt été obtenues de diverses sources.
- Les services communautaires de santé sont financés au moyen de divers programmes transférables et non transférables qu'il n'est pas simple de distinguer pour examiner uniquement la performance de la PTSS. La performance des services communautaires dans leur ensemble peut difficilement être isolée des autres facteurs, notamment l'accessibilité et la performance des services provinciaux de santé, et des autres déterminants de la santé.

La complexité de la situation est illustrée dans le diagramme suivant.



Nous avons examiné la formulation d'origine de la Politique de transfert des services de santé et son évolution; les conditions dans lesquelles les services de santé primaires dans les réserves ont changé à la suite de la PTSS; et l'impact que ces changements ont eu sur la santé.

On ne nous a pas demandé d'évaluer la performance de l'ensemble du système de soins de santé pour les collectivités des PN/I. Une telle évaluation nécessiterait un examen des services offerts dans les réserves, ainsi que par un certain nombre de fournisseurs provinciaux (p. ex. hôpitaux, centres de santé, conseils de la santé ou autorités sanitaires) et privés (p. ex. omnipraticiens, spécialistes et autres professionnels de la santé).

On ne nous a pas demandé non plus de traiter de l'efficacité de tous les services dans les réserves, car une bonne partie d'entre eux ne sont pas transférables. La portée de cette évaluation se limite plutôt à des dimensions qui se situent dans le champ d'application des responsabilités de la DGSPNI et dans la sphère d'influence de la PTSS, c'est-à-dire la planification, l'administration et la prestation de certains services de santé dans les réserves par les collectivités des PN/I. Selon le diagramme précédent, et dans ce champ d'application, on trouve quatre dimensions clés :

- les ressources financières;
- le lien entre la DGSPNI et la structure et l'organisation des collectivités des PN/I;

- les processus qui comprennent la politique de mise en œuvre et les exigences de la DGSPNI; et
- la prestation des services de santé en milieu communautaire ou dans les réserves (programmes transférables).

Nous reconnaissons que tel est le mandat de la présente évaluation. Toutefois, le fait que la plupart des PN/I perçoivent la PTSS selon la perspective de la gouvernance du système de santé a restreint notre capacité de nous en tenir à ce mandat (le lecteur doit se reporter à la section 1.3). Par exemple, les programmes non transférables ont été considérés comme un important facteur de confusion dans la présente évaluation et c'est dans ce contexte qu'ils doivent être abordés.

Il est important de souligner qu'aucune donnée sur les centres de soins n'a été recueillie pour cette évaluation, car ceux-ci ont été évalués séparément en 1998 (National Native Addictions Partnership Foundation Inc. 2000). Le transfert des SSNA est également hors du champ de l'évaluation, étant donné que les projets pilotes des SSNA viennent tout juste de prendre fin.

2.1 Cadre d'évaluation

Conformément à la DP, cette évaluation se porte, d'une part, sur les résultats (financement, responsabilisation et santé) et, d'autre part, sur le processus (changement dans la mise en œuvre de la politique au fil du temps). Conformément aux publications de Yin (1994, 1999), nous avons défini une approche multiméthodes quantitative et qualitative pour satisfaire à cette exigence et tenir compte de la diversité ainsi que de la petite quantité de renseignements à notre disposition.

L'approche utilisée est conforme aux lignes directrices sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (Treasury Board of Canada 1998). Elle tient aussi compte des cadres élaborés pour évaluer les programmes dans des milieux autochtones (Kowalsky et al 1996) et de la nécessité d'établir des critères d'évaluation appropriés selon le contexte (Choudhury 1997).

2.1.1 Processus

La DP pour cette évaluation a été affichée dans le MERX le 14 mars 2003. La date limite pour soumettre une proposition était le 30 avril 2003. Le contrat pour cette évaluation a été conclu en août 2003. Une description du CRSA, ainsi qu'une liste des chercheurs et du personnel qui ont travaillé sur ce projet, est fournie à l'annexe I. À la suite de la signature du contrat, le CRSA a soumis un protocole pour approbation au comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba; ce protocole a été approuvé le 23 août 2003. Le protocole adopté cadre avec les lignes directrices fédérales pour l'évaluation et l'éthique.¹⁰

La DP exigeait un processus en deux étapes. La première a servi à la mise au point de la méthodologie et à l'examen de l'accessibilité et de la validité des données. Le cadre d'évaluation a été élaboré durant cette période, à partir d'un examen des documents clés et d'une série de discussions et de rencontres préparatoires avec les principaux intervenants des bureaux régionaux et de l'administration centrale de la

¹⁰ Accessible à <http://www.evaluationcanada.ca/> et à http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/dcgpubs/ respectivement.

DGSPNI, ainsi que des collectivités des PN/I, qui se sont déroulées entre septembre 2003 et février 2004. Pour superviser le processus, la DGSPNI a formé un comité consultatif national, composé de représentants des collectivités des PN/I, de la DGSPNI, de l'Assemblée des Premières nations (APN) et d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). Le mandat et les membres de ce comité figurent à l'annexe II. Le comité consultatif national a examiné et commenté le cadre méthodologique durant une rencontre tenue les 4 et 5 février 2004.

L'examen de la méthodologie par le comité consultatif national a marqué la fin de la première étape. La deuxième a été consacrée à la collecte des données, à leur analyse et à la mise en commun des résultats. Un projet de rapport final a été examiné en détail par le comité consultatif national à l'occasion d'une réunion tenue les 8 et 9 septembre 2004. Nous avons tenu compte de ces commentaires, ainsi que de ceux de la DGSPNI.

Nous avons organisé une série de tables rondes régionales en octobre et en novembre 2004 pour présenter les résultats de cette évaluation aux collectivités des PN/I. Un rapport sommaire a été rédigé pour faciliter les tables rondes des PN/I. Le rapport final a été présenté au comité consultatif national à une réunion tenue les 1^{er} et 2 décembre 2004. Nous avons tenu compte des commentaires finaux dans la rédaction du présent rapport.

2.1.2 Méthodologie

Les questions comprises dans le cadre méthodologique peuvent être regroupées dans quatre grandes catégories :

- Questions portant sur le contexte plus vaste du transfert
- Questions liées à l'analyse nationale
- Questions liées aux analyses locales : La PTSS atteint-elle les objectifs fixés?
- Autres questions, tirées de la documentation internationale.

Chaque catégorie est examinée à la lumière de sources de données et de documents précis. Le lecteur trouvera de plus amples renseignements à ce sujet dans le cadre méthodologique, présenté à l'annexe III.

2.1.3 Méthodes

La présente section résume les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données nécessaires à cette évaluation.

a) Analyse documentaire

Bien que peu nombreux, les documents portant sur le transfert revêtent une grande importance (Bird & Moore 1991, Culhane Speck 1989, Delisle 1987, Elias et al 2001, Favel-King 1993, Gregory et al 1992, Jacklin & Warry 2004, Lavoie 2004, 2003b, Moore et al 1991, Stewart & Procyk 1994, Timpson 1984, Warry 1998). Nous nous sommes fondés sur ces documents pour compléter d'autres méthodes et sources d'information.

b) Étude des dossiers

Nous avons procédé à une étude des dossiers dans chacun des bureaux régionaux de la DGSPNI, sauf dans celui de la région du Pacifique, étant donné que le bureau était en plein déménagement lorsque le chercheur l'a visité, et que les dossiers n'étaient donc pas accessibles. Il s'agissait du dernier bureau à visiter. Pour résoudre le problème, les renseignements demandés ont été envoyés au CRSA par la poste. Ainsi, il est peu probable que des renseignements importants aient été omis.

Les documents recueillis pendant l'étude des dossiers des régions de la DGSPNI étaient pour la plupart associés à la correspondance entre l'administration centrale de la DGSPNI et les régions à propos des directives, des programmes et de la politique de mise en œuvre. Nous avons également recueilli les rapports d'analyse régionale lorsqu'ils étaient disponibles. Ces documents ont servi à planifier l'élaboration et la mise en œuvre de la politique au fil du temps. Nous avons relevé et compilé les renseignements et les documents nationaux clés avec l'aide de la Division des modes de financement en matière de santé.

c) Évaluations quinquennales

Nous avons demandé aux organisations et aux collectivités des PN/I de nous soumettre tous leurs rapports d'évaluation quinquennale pour la période de 1989 à 2002. Des 93 rapports d'évaluation possibles, nous en avons reçu et analysé 83 (89 %). Nous avons examiné ces documents afin de trouver des preuves de changements sur le plan de la santé ou de l'accès aux services.

Les évaluations quinquennales sont habituellement effectuées par les organisations des PN/I, ou encore par un conseiller embauché par celles-ci, afin de répondre aux besoins de la collectivité en matière de renseignements sur la performance de l'organisation et des services, à la lumière du Plan de santé communautaire (Health Canada (FNIHB) 2000a). Nous remarquons que bon nombre de collectivités n'ont pas été en mesure de prouver l'amélioration de l'état de santé après le transfert en raison de l'absence de données quantitatives précises.¹¹ Nous croyons que cela est attribuable à l'absence d'indicateurs d'évaluation et/ou de collecte de données de référence et sur une base continue. Par conséquent, de nombreux rapports

¹¹ Cette remarque s'applique à 21 évaluations distinctes (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2001, Adshaw Enterprises Limited 2002, Amiskou Groupe Conseil 2000, BDL conseillers en administration inc. 2000, Conseil de Bande de Abitibiwinni 2003, Dauphin River First Nation 2003, Lake Manitoba First Nation 2003, Meuse 2003, Northern Medical Services 2002, Oromocto First Nation 2001, Process Management Inc. 2002, Process Management Inc. & Casey and Associates 1995, Racine & Tourigny 2000, Saskatoon Tribal Council 2001, Stan Myran Consultants 2002b, Stellar Consulting Group 1999, Stellar Consulting Group 2001, The Flett Consulting Group 2003, WhiteDuck Consulting 1998, Woodstock First Nation & Stellar Consulting Group 2003, Young et al 1999).

d'évaluation portent sur l'établissement de ces données de référence.¹² Plusieurs collectivités ont indiqué qu'elles avaient demandé à la DGSPNI des renseignements sur l'état de santé et reçu des données contradictoires, probablement parce que les membres vivant hors réserve sont inclus dans certaines banques de données de la DGSPNI (par exemples, les SSNA, les taux de vaccination). Les collectivités ont également affirmé que les données fournies par la DGSPNI n'étaient pas complètes ou encore que les données demandées n'étaient pas disponibles ou qu'elles n'étaient pas transmises en temps opportun, ce qui reflète peut-être l'absence d'un système de gestion des renseignements sur la santé (iDeation 1995, Northern Medical Services 2002, WhiteDuck Consulting 2001).

d) Ententes de transfert et modifications connexes

Nous avons obtenu toutes les ententes de transfert et modifications connexes pour un échantillon de 27 collectivités ou organisations. Nous avons analysé les ententes afin de relever les écarts régionaux et temporels. Nous avons aussi analysé les modifications pour en connaître la fréquence et l'objet.

e) Renseignements financiers de la DGSPNI

Nous avons demandé à la DGSPNI de nous fournir les renseignements qu'elle possède pour 1988 à 2002 sur les sujets suivants :

- Les budgets initiaux et rajustés, ainsi que les dépenses par région et pour l'administration centrale, en plus de la ventilation pour les ententes de contribution liés à des ententes intégrées ou à des ententes de transfert et autres (les ententes de contribution liées à des programmes non transférés, à des projets pilotes et à l'autonomie gouvernementale).
- Le nombre de poste (ETP) par région et pour l'administration centrale.

On nous a informés que certains de ces renseignements étaient facilement accessibles, plus particulièrement ceux pour 1999-2000 à 2001-2002. Toutefois, l'adoption en 1999 d'un nouveau système financier complique la récupération des données antérieures.

Les renseignements que nous avons reçus comprenaient :

- les dépenses en santé pour l'administration centrale et les régions pour 1990 à 2002, avec la ventilation pour les ententes intégrées, de transfert et de contribution, les projets pilotes et les ententes préalables au transfert;
- les budgets de santé pour l'administration centrale et les régions pour 1999 à 2002;
- les ETP pour l'administration centrale et les régions pour 1999 à 2002.

¹² Solution citée dans 21 évaluations distinctes (Centre for Indigenous Sovereignty 1998, First Nations of Quebec and Labrador 1999, Mi'kmaq Health Reserch Group 1999, Meuse 2003, Mussell 2001, Northern Medical Services 2002, Oromocto First Nation 2001, P.M.Associates Ltd. 2001, Process Management Inc. 2002, Quennell & Hammond 1997, Saskatoon Tribal Council 2001, Stan Myran Consultants 2002b, Stellar Consulting Group 1999, Stellar Consulting Group 2001, Terence Hickey Associates Inc. 2001, Timmons 1994, Warry et al 2000, WhiteDuck Consulting 1998, WhiteDuck Consulting 2001, Woodstock First Nation & Stellar Consulting Group 2003, Young et al 1999).

Ces renseignements ont servi à mettre les conclusions en contexte et à appuyer l'analyse.

f) Analyse financière et analyse du transfert des programmes

La Division des modes de financement en matière de santé de la DGSPNI nous a fourni une copie de la base de données sur les modes de financement en matière de santé (ci-après la base de données MFMS, Health Canada (FNIHB) 2003g). Cette base de données constitue un outil administratif complet qui détaille les responsabilités en matière de financement et de programmes associées aux ententes intégrées et de transfert, de même que les modifications approuvées par les organisations des PN/I depuis la mise en œuvre de la PTSS. La base de données ne contient aucun renseignement sur les ententes de contribution pour les programmes non transférables signées par les collectivités ayant conclu ou non une entente de transfert ou ayant conclu une entente intégrée.¹³

Nous avons utilisé la base de données MFMS conjointement avec les banques de données 2001-2002 sur la désignation des établissements (Health Canada (FNIHB) 2003d) et du SATC pour 2001-2002 du Système de gestion et de planification des communautés [SGPC] (Health Canada (FNIHB) 2004b) pour accomplir deux exercices.

D'abord, nous avons mené une étude¹⁴ sur le caractère équitable du financement auprès de toutes les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée en tant que collectivité autonome (le lecteur trouvera des précisions à ce sujet à l'annexe IV). Le nombre total de collectivités dans cette catégorie est de 231. De ce nombre, 133 n'étaient pas admissibles, car l'entente conclue ne couvrait pas l'année entière de l'étude, soit 2001-2002. Donc, 98 collectivités ont participé à l'étude. Les caractéristiques de ces 98 collectivités sont présentées dans le tableau 2.1 : elles varient selon le type d'entente, la taille et la désignation des établissements, trois facteurs de confusion importants sous l'angle du financement.

¹³ Une autre base de données, le Système de gestion des contrats et des contributions (SGCC), a été créée en 2002 pour assurer le suivi des engagements en matière de financement et des exigences en matière de rapports pour les programmes non transférables. Cette base de données pourrait faciliter les évaluations à venir, mais n'a fourni aucun renseignement pertinent au CRSA, la période d'évaluation étant de 1989 à 2002.

¹⁴ Égalité signifie similitude : un financement égal au prorata pour les collectivités des PN/I ne tiendrait pas compte de la diversité des conditions et des besoins. L'équité désigne l'impartialité : un financement équitable tiendrait compte de la diversité des besoins et refléterait les variations.

Tableau 2.1 Répartition des collectivités autonomes

Population des collectivités	Intégration			Transfert			
	Moins de 100 habitants	Entre 100 et 400 habitants	Entre 400 et 3 000 habitants	Entre 100 et 400 habitants	Entre 400 et 3 000 habitants	Entre 3 000 et 5 000 habitants	Plus de 7 000 habitants
Bureau de santé	0	2	3	3	5	0	0
Poste de santé	0	0	1	3	13	0	1
Centre de santé	1	1	8	9	30	2	1
Poste de soins infirmiers	0	0	1	2	10	1	0
Hôpital	0	0	0	0	1	0	0
Total	1	3	13	17	59	3	2

Nous avons mené trois études distinctes sur le caractère équitable du financement.

1. Une étude auprès de 30 centres de santé ayant conclu une entente de transfert, situés dans des collectivités moyennes et portant sur les écarts régionaux.
2. Une étude auprès de 13 postes de santé ayant conclu une entente de transfert et portant sur les écarts régionaux (3 régions seulement).
3. Une étude auprès de 9 centres de santé ayant conclu une entente de transfert, situés dans de petites collectivités et portant sur les écarts régionaux.

Ces analyses ont été complémentées par une étude des dépenses régionales pour le transfert au prorata.

La formule utilisée pour déterminer le caractère équitable du financement est la suivante :

$$\frac{(\$ \text{ acc.} / n^{\text{bre}} \text{ mois acc.} \times 12) + (\$ \text{ modif. jusqu'en mars 2002} / n^{\text{bre}} \text{ mois acc. jusqu'en mars 2002} \times 12)}{\text{Population en 2001-2002 selon le SATC}} = \$ \text{ par personne}$$

\$ acc. = Fonds pour l'entente de transfert

\$ modif. = Fonds obtenus par l'intermédiaire de modifications

Les fonds pour l'entente s'étendant sur l'exercice visé par l'étude, soit 2001-2002, ont été divisés par le nombre de mois de l'entente (habituellement 60, mais variable), puis multipliés par 12, pour obtenir un montant annuel. La somme découlant de toutes les modifications associées à la période visée par l'entente jusqu'en mars 2002 a été ajoutée, puis divisée par le nombre de mois de l'entente jusqu'en mars 2002 et

multipliée par 12.¹⁵ Nous avons ainsi obtenu un montant final pour l'exercice 2001-2002. Ce montant a ensuite été divisé par la population en 2001-2002, selon le SATC.

Ensuite, nous avons mené une étude longitudinale sur le financement au prorata pour neuf organisations des PN/I, et ce, pour trois périodes visées par l'étude : 1991-1992, 1995-1996 et 2001-2002. L'objet de cette étude était de déterminer si l'augmentation du financement des programmes peut compenser la croissance démographique. L'échantillon pour cette étude comprend d'autres organisations que celles choisies pour l'étude sur le caractère équitable du financement. Pour sélectionner l'échantillon, nous avons cerné toutes les organisations qui ont conclu une entente de transfert en 1991-1992 (16 organisations). Six de ces organisations ont été éliminées en raison d'un engagement ou d'un désengagement communautaire pendant la période à l'étude (1991 et 2002). La formule utilisée pour cette étude est sensiblement la même que la précédente. Une autre organisation a été éliminée, car les renseignements fournis n'étaient pas complets.

$$\frac{(\$ \text{ acc. / n}^{\text{bre}} \text{ mois acc. X 12) + (\$ \text{ modif. jusqu'en mars 1992 [1996, 2002] / n}^{\text{bre}} \text{ mois acc. jusqu'en févr. 1992 [1996, 2002] X 12)}}{\text{Population de 1991-2002 [1995-1996; 2001-2002] selon le SATC}} = \$ \text{ par personne}$$

Population de 1991-2002 [1995-1996; 2001-2002] selon le SATC

\$ acc. = Fonds pour l'entente de transfert

\$ modif. = Fonds obtenus par l'intermédiaire de modifications

Ces analyses ont été menées à l'aide de MS Access, d'Excel et du SPSS.

g) Renseignements sur l'état de santé

La toute première évaluation de la PTSS a eu lieu en 1992. Elle portait essentiellement sur les processus et activités préalables au transfert et ne comprenait, comme on pouvait s'y attendre, aucun renseignement sur le changement de l'état de santé (Gibbons 1992). La deuxième évaluation a été menée en 1995. Elle n'a pas tenté de prendre en compte les changements de l'état de santé, mais elle a tout de même permis d'établir que, dans toutes les régions sauf le Québec, les dépenses de SSNA par personne par les collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient inférieures à celles des collectivités n'ayant pas conclu une telle entente. Lorsque le transport était exclu, la différence était encore plus considérable (Institute for Human Resource Development 1995). Le rapport n'analysait pas clairement ces différences. Le vérificateur général du Canada a critiqué l'évaluation de 1995, indiquant qu'elle ne comportait aucune analyse des résultats sur le plan de la santé (Auditor General of Canada 1997).

La DP exigeait que nous nous penchions sur la mesure dans laquelle la PTSS pouvait avoir contribué à l'amélioration de l'état de santé des collectivités des PN/I. Tel que précisé ci-dessus, la DP indiquait toutefois très clairement qu'il était peu probable qu'on puisse démontrer un lien linéaire.

La DGSPNI a exprimé une préférence méthodologique pour une analyse comparative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et les collectivités NTNI. Dès le départ, nous avons consulté la Direction des

¹⁵ Les modifications relatives au financement de l'évaluation et des dépenses en capital ont toutefois été exclues à des fins d'uniformité.

politiques, de la planification et de l'analyse stratégiques de la DGSPNI, qui a rédigé le document *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada* (Health Canada (FNIHB) 2003a). On nous a informés que ce type d'analyse est impossible, tout simplement parce que les données ne sont pas disponibles. Dans le contexte de cette évaluation, nous avons choisi de dresser une liste exhaustive des banques de données, ainsi que des données recueillies et mises à jour par les régions de la DGSPNI. Cette liste est fournie à l'annexe V. En effet, les variations régionales font qu'une telle analyse demeure impossible. La complexité de cette question a fait l'objet d'autres documents et ne sera pas abordée de nouveau dans le présent rapport (Barron et al 2001, O'Neil 2001, O'Neil & Blanchard 2001).

Nous avons aussi choisi d'étudier le cadre de responsabilisation et d'évaluer la mesure dans laquelle les processus de collecte de données actuels répondent aux besoins en matière de renseignements de la DGSPNI sur le plan de la surveillance et de la gérance. Ainsi, nous avons gardé en tête des éléments comme la rentabilité pour la DGSPNI et les organisations des PN/I. Nous avons aussi présenté les renseignements que nous avons obtenus de diverses sources, y compris les évaluations quinquennales, les mémoires et d'autres analyses qui peuvent fournir une vue d'ensemble.

h) Études de cas en milieu communautaire

Nous avons mené des études de cas sur l'expérience des collectivités dans 13 organisations de santé des PN/I afin d'explorer en profondeur les questions liées à cette évaluation. Ces analyses à l'échelle communautaire complètent l'analyse nationale et facilitent la documentation des questions qui ne peuvent pas être étudiées à l'échelle nationale. Les organisations choisies figurent au tableau 2.2. De plus amples renseignements sur chaque organisation sont fournis à l'annexe VI.

Dans chaque région, nous avons demandé aux organisations et aux collectivités des PN/I intéressées à participer à l'étude d'en aviser le CRSA. Le processus de sélection variait selon la région.

Tableau 2.2 Collectivités ou organisations choisies pour les analyses locales

	Nom	Depuis	Type d'organisation	Type de service	Population en 2001-2002 selon le SATC	Modèle de financement mixte (avec province)
Pac.	Cowichan (PNC)	2000	Transfert à une collectivité	Centre de santé	2 307	Non
Pac.	Skidegate (PNS)	2001	Transfert à une collectivité	Centre de santé	848	Non
Alb.	Autorité sanitaire de Nunee (ASN)	1998	Transfert multicommunautaire	Centres de santé	1 315	Oui
Sask.	Conseil tribal de Battleford (CTB)	1993	Conseil tribal	Centres et bureaux de santé	3 823	Non
Sask.	Northern Inter-tribal Health Authority (NITHA)	1996	Consortium de deux grandes bandes multicommunautaires et de deux conseils tribaux	Combinaison de centres de santé, de postes de soins infirmiers et de services de 3 ^e niveau par l'intermédiaire d'un certain nombre d'ententes de transfert	38 474	Non
Man.	Roseau River (PNRR)	1997	Transfert à une collectivité	Poste de soins infirmiers	1 134	Non
Man.	Conseil tribal de Keewatin (CTK)	N/A	Conseil tribal	Mélange de postes de soins infirmiers et de centres de santé	11 557	Non
Ont.	Dilico (PND)	1997	Transfert multicommunautaire	Mélange de postes de soins infirmiers et de centres de santé	2 679	Oui
Ont.	Naotkamegwanning (PNN)	1998	Transfert à une collectivité	Centre de santé	842	Non
Qc	Kitigan Zibi (PNKZ)	1991	Transfert à une collectivité	Centre de santé	1 662	Non
Qc	Wemotaci (PNW)	1994	Transfert à une collectivité	Poste de soins infirmiers	1 427	Non
Atl.	Oromocto (PNO)	1997	Transfert à une collectivité	Centre de santé	257	Non
Atl.	Commission des services de santé des Inuits du Labrador (CSSIL)	1996	Transfert multicommunautaire	Centres de santé	5 068	Non

Études de cas effectuées



- Dans la région du Pacifique, le processus de sélection a été dirigé par le conseiller national pour cette région.
- En Alberta, la sélection s'est faite par consensus régional entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert.
- En Saskatchewan, une organisation s'est portée volontaire et a été choisie. Nous avons communiqué directement avec la NITHA, qui a accepté de se prêter à une étude de cas.
- Au Manitoba, nous avons demandé au CTK de se prêter à une étude de cas en tant qu'organisation qui était favorable au transfert, mais qui n'a pas réussi à arriver à une entente sur les modalités imposées. Les PN du Manitoba nous ont demandé de contrebalancer l'étude en ajoutant une collectivité dont le transfert a été une réussite. La deuxième collectivité a été abordée conformément aux recommandations régionales.
- En Ontario, les deux participants ont demandé au CRSA de les choisir pour les études de cas. Une autre collectivité a également manifesté de l'intérêt, mais s'est par la suite retirée, car elle ne pouvait pas consacrer tout le temps exigé pour participer à ce processus.
- Au Québec, les collectivités intéressées (sept en tout, le nombre le plus élevé de collectivités ayant manifesté de l'intérêt) ont communiqué avec la Commission de la santé et des services sociaux des PN du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). C'est cette dernière qui a finalement choisi les collectivités participantes.
- Dans la région de l'Atlantique, nous nous sommes concentrés sur l'expérience des petites collectivités n'ayant accès à un personnel infirmier qu'à temps partiel. Une organisation s'est proposée pour l'étude. Nous avons mené une deuxième étude de cas avec la CSSIL afin d'assurer la représentation des Inuits dans cette évaluation.

Les gestionnaires de transfert régionaux de la DGSPNI ont facilité les communications tout au long du processus.

À l'exception de la NITHA, un chercheur principal du CRSA a visité chaque collectivité ou organisation choisie pendant trois à cinq jours. Nous avons demandé au directeur de la santé de prévoir les visites en planifiant des réunions et des entrevues avec des intervenants clés en matière de transfert. Un rapport a été rédigé selon un modèle standard afin de faciliter l'analyse transversale.

Le CRSA a communiqué avec le Secrétariat du Nord pour cerner des façons de faire participer les PN du Yukon. La participation s'est toutefois limitée à une réunion, le 5 février 2004, qui a été dirigée par le directeur régional du Secrétariat, ainsi qu'un représentant du Nord siégeant au Comité consultatif national.

i) Entrevues

Nous avons mené des entrevues non structurées auprès d'informateurs clés au sein des organisations des PN/I, des régions de la DGSPNI et de l'administration centrale de cette dernière. Ces entrevues avaient pour objet d'approfondir des domaines que d'autres analyses et documents n'avaient pas examinés à fond, ainsi que d'explorer des questions liées au contexte, à la compréhension et à la perception. La répartition des entrevues est illustrée dans le tableau 2.3.

Nous avons utilisé des guides d'entrevue pour faire en sorte que les thèmes clés soient abordés. Nous avons également invité les personnes interrogées à soulever d'autres thèmes d'importance. Ceux-ci sont indiqués à l'annexe VII.

	Administration centrale de la DGSPNI	Régions de la DGSPNI	PN/I à l'échelle communautaire
Atlantique	S.O.	10	24
Québec		11	22
Ontario		8	36
Manitoba		5	20
Saskatchewan		12	34
Alberta		6	12
Pacifique		12	41
À l'échelle nationale	12	S.O.	1
Sous-total	12	64	190

Au total, 266 personnes ont été interrogées. Toutes les entrevues ont été menées auprès de volontaires, qui devaient signer un formulaire de consentement éclairé. Les personnes interrogées pouvaient annuler leur consentement après l'entrevue si elles le souhaitaient. Certaines (6 ou 2,2 %) ont choisi de ne pas remettre le formulaire de consentement signé au CRSA après l'entrevue. Dans ces cas, nous avons adressé un rappel, par courriel ou téléphone, afin de demander le formulaire de consentement

signé. Les entrevues pour lesquelles nous n'avons pas obtenu de formulaire de consentement signé n'ont pas été analysées et ne sont pas représentées dans le tableau précédent.¹⁶

Quatre-vingts pour cent des entrevues ont été effectuées auprès des PN/I dans le contexte des 13 études de cas mentionnées précédemment. Dans la majorité des cas, nous avons enregistré les entrevues sur bande, après avoir obtenu le consentement explicite des personnes interrogées. Dans d'autres cas, nous avons pris des notes détaillées. Nous nous sommes assurés que toutes les transcriptions soient anonymes, conformément aux exigences éthiques. Les transcriptions ont été analysées à l'aide du logiciel NVIVO.

j) Sondage téléphonique ciblé

Nous avons procédé à un sondage téléphonique ciblé auprès d'un échantillon de directeurs de la santé provenant de collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée. Le sondage téléphonique ciblé visait à évaluer la fréquence des questions clés à l'échelle nationale. Cette approche servait à généraliser les conclusions. Nous avons posé à chaque directeur une brève série de questions (les entrevues duraient entre 20 et 30 minutes) concernant leur expérience par rapport au transfert des services de santé ou au modèle intégré. Le protocole est fourni à l'annexe VIII.

¹⁶ Nous avons remis le formulaire de consentement à l'avance à toutes les personnes interrogées, pour leur donner l'occasion de poser des questions avant l'entrevue. Toutefois, nous n'avons pas demandé à obtenir le formulaire de consentement avant l'entrevue. La méthode choisie reflète une compréhension contemporaine de la notion de « consentement éclairé » (McDonnell et al 2000). Certaines personnes interrogées ont exprimé des préoccupations par rapport à la participation à ce processus, pour diverses raisons. Nous avons rassuré les personnes interrogées en leur indiquant qu'elles pourraient annuler leur consentement après avoir eu le temps de penser à la façon dont s'était déroulée l'entrevue (délai de réflexion).

	Échantillon d'information					Taille de l'échantillon comparativement au nombre de cas possibles dans la région selon le taux de réponse	
	Échantillon	Consentement	Refus	Total	Taux de réponse	N ^{bre} total dans la région	Taille de l'échantillon, en %
C.-B.	38	24	4	28	73,68 %	59	47,5 %
Alb.	10	8	0	8	80,00 %	15	53,3 %
Sask.	23	20	1	21	91,30 %	35	60,0 %
Man.	24	14	3	17	70,83 %	37	45,9 %
Ont.	46	38	1	39	84,78 %	70	55,7 %
Qc	17	17	0	17	100,00 %	25	68,0 %
Atl.	19	14	1	15	78,95 %	27	55,6 %
Yn	2	2	0	2	100,00 %	2	100,0 %
TOTAL	181	137	10	147	81,22 %	270	54,4 %

Au total, l'échantillon comprenait 181 directeurs de la santé. De ce nombre, nous avons réussi à en joindre 147. Dans la majorité des cas, nous avons dû communiquer plus d'une fois avec les directeurs de la santé avant de procéder à l'entrevue. Il a été impossible de les joindre tous pour diverses raisons, notamment la rotation du personnel (poste vacant), les vacances, les congés de maladie ou la charge de travail.

La grande majorité des répondants étaient des directeurs de la santé (126). Dans certains cas, d'autres personnes ont répondu au nom du directeur de la santé, dans les cas où le poste de directeur de la santé était vacant ou inexistant, au nom d'un gestionnaire principal ou cadre supérieur (chef, conseiller ou administrateur de bande). Parmi les répondants autres que des directeurs de la santé, on comptait trois (3) conseillers de bande, trois (3) administrateurs de bande, un (1) président de comité, une (1) infirmière gestionnaire, un (1) travailleur social et deux (2) représentants en santé communautaire. Les réponses des personnes autres que des directeurs de la santé variaient considérablement pour six (6) variables. Ce nombre s'est élevé à neuf (9) lorsqu'on a regroupé les directeurs de la santé avec d'autres gestionnaires, laissant les quatre (4) répondants du domaine de la prestation des programmes seuls, dans un deuxième groupe. Cette variation nous a donc amenés à nous demander si nous devions exclure de l'échantillon les personnes autres que les directeurs de la santé ou les répondants du domaine de la prestation des programmes. Nous avons décidé de les inclure, étant donné qu'ils étaient les répondants attirés pour l'organisation et que nous ne pouvons pas confirmer que les résultats sont attribuables aux caractéristiques des répondants plutôt qu'à celles des collectivités ou organisations.

Le tableau 2.5 présente les caractéristiques clés. La majorité des répondants (60,6 %) travaillaient dans un milieu visé par le transfert ou l'intégration depuis plus de 2 ans et étaient directeurs de la santé depuis au moins 3 ans (73,5 %). En général, seulement sept (7) variables étaient considérablement influencées par ces

caractéristiques. Ces différences ont été notées dans les sections des résultats correspondantes.

La grande majorité des répondants représentaient une seule collectivité (120 ou 87,6 %) plutôt qu'un conseil tribal ou une autorité sanitaire. Dans cette catégorie, seulement une variable différait considérablement d'un répondant à l'autre.

			Transfert	Intégration	Total
Au total, depuis combien de temps travaillez-vous dans un milieu de services de santé [visé par le transfert ou l'intégration]?	Moins de 6 mois	N ^{bre} =	6,0	6,0	12,0
		% du total	4,4	4,4	8,8
	Entre 6 mois et 2 ans	N ^{bre} =	20,0	22,0	42,0
		% du total	14,6	16,1	30,7
	Plus de 2 ans	N ^{bre} =	45,0	38,0	83,0
		% du total	32,8	27,7	60,6
Total	N ^{bre} =	71,0	66,0	137,0	
	% du total	51,8	48,2	100,0	
Au sein de cette organisation, depuis combien de temps travaillez-vous à titre de directeur de la santé?	Moins d'un an	N ^{bre} =	2,0	8,0	10,0
		% du total	1,5	5,9	7,3
	Entre 1 et 3 ans	N ^{bre} =	8,0	18,0	26,0
		% du total	5,9	13,2	19,1
	Plus de 3 ans	N ^{bre} =	61,0	39,0	100,0
		% du total	44,8	28,7	73,5
Total	N ^{bre} =	71,0	65,0	136,0	
	% du total	52,2	47,8	100,0	
Représentez-vous une seule collectivité ou plusieurs, comme un conseil tribal ou une autorité sanitaire?	Une seule collectivité	N ^{bre} =	59,0	61,0	120,0
		% du total	43,1	44,5	87,6
	Conseil tribal	N ^{bre} =	9,0	4,0	13,0
		% du total	6,6	2,9	9,5
	Autorité sanitaire	N ^{bre} =	3,0	1,0	4,0
		% du total	2,2	0,7	2,9
	Total	N ^{bre} =	71,0	66,0	137,0
		% du total	51,8	48,2	100,0

k) Appel de mémoires

D'après les discussions préparatoires, les organisations des PN/I semblaient appuyer grandement cette évaluation et souhaitaient avoir l'occasion d'échanger sur leur expérience. Comme l'équipe de l'évaluation ne croyait pas pouvoir communiquer directement avec toutes les organisations, le CRSA a publié un appel de mémoires en janvier 2004 dans des journaux importants des PN/I (le lecteur doit se reporter au formulaire à l'annexe IX). L'appel de mémoires comprenait des questions d'orientation, mais permettait aussi aux répondants de communiquer tout renseignement qu'ils jugeaient pertinent. Au total, nous avons reçu 14 mémoires, dont :

- un pour la région de l'Ontario;
- un pour la Saskatchewan;
- deux pour le Manitoba : un pour le Nord et un autre pour le Sud.

Nous avons également reçu des mémoires de diverses organisations de la Colombie-Britannique, du Québec et de l'Ontario. Ces mémoires nous ont fourni un contexte, des exemples et des recommandations, qui sont compris dans cette évaluation.

I) Pourquoi certaines collectivités n'ont pas conclu d'entente de transfert

La DP exigeait que nous évaluions l'efficacité du continuum des activités pour le transfert des responsabilités en matière de services de santé aux collectivités (des collectivités NTNI à celles ayant conclu une entente intégrée ou une entente de transfert). Cette exigence a causé certaines difficultés.

L'expérience des collectivités NTNI n'a pas été systématiquement documentée dans la présente étude. Il n'est pas facile d'amener les collectivités NTNI à participer à un processus comme celui-là. Bien qu'il puisse y avoir des exceptions, la plupart des collectivités NTNI n'ont pas de directeur de la santé. Le centre de santé ou le poste de soins infirmiers peut être géré par une infirmière embauchée par la DGSPNI, qui assure la liaison avec le chef et le conseil, mais qui pourrait difficilement se prononcer sur les aspirations de la collectivité. Certaines communautés ont un conseiller qui gère le portefeuille de la santé, mais les arrangements varient d'une collectivité à l'autre.

La présente évaluation repose largement sur les interventions et les commentaires des directeurs de la santé de collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée.

2.2 Analyse et validation des données

Cette étude repose sur certaines méthodes d'analyse de données quantitatives et principalement qualitatives. Certaines sources, comme les entrevues, les mémoires et les analyses locales, rendent compte de la compréhension, de l'expérience et des perceptions. Individuellement, ces sources fournissent des renseignements qui peuvent être considérés comme anecdotiques, d'un point de vue méthodologique. Ensemble, si elles proviennent d'auteurs indépendants et qu'elles concordent, elles constituent des sources d'information assez fiables pour être considérées comme concluantes.

Nous avons eu recours à la triangulation afin de faire en sorte que les données d'une nature possiblement subjective soient confirmées par diverses sources indépendantes. La triangulation comprend la collecte de données de différentes sources, à l'aide de diverses méthodes (Ovretveit 1998). Dans cette étude, les entrevues et les documents ont été utilisés conjointement avec les analyses quantitatives du financement. Chaque source de données a été créée indépendamment et au fil du temps, pour diverses fins, ce qui réduit au minimum les risques de partialité.

Une série de tables rondes régionales a été organisée à l'automne 2004. Ces réunions avaient pour objet d'explorer les résultats d'évaluation documentés dans le rapport sommaire et de valider l'analyse, et réunissaient les Directeurs de la Santé ainsi que des représentants des organismes communautaires et régionaux des Premières nations et Inuits.. Elles visaient aussi à valider le langage utilisé dans les recommandations afin de s'assurer qu'il cadrerait avec la destination.

De plus, le Comité consultatif national s'est rencontré par trois fois à fin d'examiner le rapport et d'en valider l'analyse.

2.3 Confidentialité

Pour des raisons éthiques, l'identité des personnes interrogées doit demeurer confidentielle. Par conséquent, le nom des personnes qui ont contribué à l'évaluation n'est pas publié. De plus, nous avons choisi de garder anonymes les contributions faites par certaines collectivités lorsque des renseignements confidentiels étaient fournis.

2.4 Limite de cette étude

Deux problèmes principaux ont limité la portée de cette étude. La qualité et le type de données auxquelles nous avons pu accéder ont influé sur le type d'analyse pouvant être effectué. Tel que mentionné plus tôt, la base de données MFMS ne représente qu'une partie de l'aspect financier. Le manque de renseignements sur la santé limite grandement notre capacité de commenter les résultats. Toutefois, nous sommes confiants que les résultats et les recommandations fournis dans le présent document sont fiables et valides, vu la diversité des sources évaluées et les processus de validation mis en œuvre.

Le délai est de loin le facteur le plus contraignant auquel nous ayons été confrontés au cours de cette évaluation. Malgré les retards survenus au début de ce projet, le CRSA a déployé de grands efforts pour veiller à ce que le rapport final soit aussi détaillé que possible. Nous avons reçu beaucoup d'aide des PNI et sommes reconnaissants de leur participation, de leur souci de respecter les courts délais, ainsi que du temps qu'ils ont généreusement consacré à cet exercice. L'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI ont également été d'un grand secours tout au long du processus. Nous les remercions de nous avoir appuyés en nous fournissant des renseignements et des idées.

Chapitre 3 – Résultats : Engagement soutenu de la DGSPNI

Le présent chapitre a pour objet d'explorer trois questions contextuelles clés, soit :

- Quelles sont les adaptations apportées à la Politique de transfert des services de santé, telle qu'elle est décrite dans la présentation initiale au Conseil du Trésor? (Question 1 du cadre méthodologique)
- Quelle a été l'incidence de la Politique de transfert des services de santé sur l'organisation et les fonctions de la DGSM/DGSPNI? (Question 5 du cadre méthodologique)
- L'engagement de la DGSPNI à l'égard du transfert est-il toujours le même? (Question 7 du cadre méthodologique)

Le présent chapitre examine le point de vue de la DGSPNI sur la pertinence continue du transfert. Ce point de vue est d'abord mis en contexte à l'aide d'un examen détaillé de l'origine de la PTSS, ainsi que des facteurs qui ont influé sur sa mise en œuvre au fil du temps.

3.1 Contexte

L'origine de la PTSS est liée à une série d'éléments qui ont façonné les relations entre les PN/I et le gouvernement fédéral. Un des éléments qui peut avoir servi de catalyseur est le rapport Hawthorn, de 1966. Il s'agit de la première enquête générale sur les conditions socioéconomiques dans les réserves. Elle met l'accent sur les piètres conditions de vie dans les réserves indiennes et recommande de passer de la prestation de soins et de la gestion au développement économique. Le rapport Hawthorn a été suivi d'une étude sur les services de santé accessibles aux Autochtones canadiens, menée par Booz•Allen & Hamilton Canada Ltd. (Booz 1969). Ceux-ci ont indiqué :

- que les responsabilités fédérales-provinciales en matière de services de santé et de santé des Autochtones n'avaient pas été entièrement clarifiées, en plus de souligner le besoin de clarification dans les domaines des conditions économiques et environnementales, des soins médicaux et dentaires, ainsi que de l'éducation en matière de santé publique;
- que les programmes de santé des Autochtones offerts dans les réserves avaient une grande portée, mais qu'ils n'incluaient pas les Autochtones dans la planification ni l'évaluation des programmes. Ils ont aussi souligné la nécessité de la prévention;
- que la structure de la DGSM d'alors ne permettait pas de déléguer les pouvoirs de façon satisfaisante. Ils ont admis que la géographie et la diversité prévalant dans chaque région exigeaient l'adoption d'une approche décentralisée, que des études antérieures avaient recommandé la décentralisation et que la DGSM n'avait pas entièrement exécuté les fonctions de gestion requises pour fonctionner efficacement d'une manière décentralisée;
- que la pénurie de professionnels de la santé hautement qualifiés nuisait aux services de la DGSM.

Les auteurs ont formulé plusieurs recommandations, notamment la création de programmes pour réaliser les priorités en matière de prestation de services, la

reconnaissance des droits issus des traités, la clarification des compétences fédérales-provinciales, l'augmentation de la participation des PN à la prestation des services de santé, l'accroissement de l'accent mis sur la santé publique et la décentralisation de la DGSM à l'échelle des régions, décentralisation assortie des pouvoirs connexes.

Le gouvernement libéral de Trudeau a été élu en 1968, après une campagne électorale ancrée dans l'idéologie libérale et ayant pour slogan *La société juste*, qui prônait l'égalité et les droits humains individuels. Le point de vue du gouvernement Trudeau sur les affaires indiennes était clairement énoncé dans ce qui allait être connu sous le nom de *Livre blanc de 1969*, qui demandait l'abrogation de la *Loi sur les Indiens*; le démantèlement du ministère des Affaires indiennes; l'élimination du système des réserves indiennes; et l'inclusion des membres des PN dans la structure de la société canadienne sur une base individuelle (Government of Canada 1969). Les PN ont rejeté cette proposition, ce qui a fini par mener à la formation de la Fraternité nationale des Indiens (maintenant connue sous le nom d'Assemblée des Premières nations) et au retrait du *Livre* (Weaver 1981).

La mobilisation politique des années 60 et la formation de la Fraternité nationale des Indiens ont servi de catalyseur et occasionné de nombreux débats sur le « problème indien » entre le gouvernement fédéral et les PN. Ces événements ont finalement entraîné la présentation de la Politique sur la santé des Indiens, le 19 septembre 1979 (Crombie 1979), sous un gouvernement conservateur minoritaire. La Politique, document de deux pages, pourrait au mieux être décrite comme un énoncé de valeurs comprenant un objectif global :

L'objectif de la Politique fédérale sur la santé des Indiens est d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes (Health Canada 2000d).

La Politique repose sur trois piliers :

- *Le premier, et le plus important, est le développement communautaire, tant sur le plan socioéconomique que sur les plans culturel et spirituel, qui permettra d'éliminer les conditions de pauvreté et d'apathie qui empêchent les membres des communautés d'atteindre un état de bien-être physique, mental et social.*
- *Les relations traditionnelles entre les Indiens et le gouvernement fédéral constituent le deuxième pilier, le gouvernement fédéral défendant les intérêts des communautés indiennes face à l'ensemble de la société canadienne et de ses institutions, et aidant les communautés indiennes à réaliser leurs aspirations.*
- *Le troisième pilier est le système de santé canadien. Ce système se compose de divers éléments étroitement liés dont la responsabilité peut appartenir aux gouvernements fédéral ou provinciaux, aux administrations municipales, aux bandes indiennes ou au secteur privé. Ces divisions sont toutefois superficielles lorsqu'on considère le système de santé dans son ensemble. Les fonctions les plus importantes que le gouvernement fédéral remplit dans ce système sont liées aux activités touchant la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la détection et à la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement. Les fonctions les plus importantes des gouvernements provinciaux et du secteur*

privé sont le diagnostic et le traitement des maladies aiguës et chroniques et la réadaptation. Les communautés indiennes ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé et dans l'adaptation de la prestation des services de santé aux besoins qui leur sont propres. Évidemment, cette brève description ne rend pas compte des nombreux aspects du système. Le gouvernement fédéral entend continuer à jouer un rôle actif dans les aspects du système de santé canadien qui touchent les Indiens. Il a à cœur d'aider les communautés autochtones à jouer un rôle actif et plus positif au sein du système de santé et dans la prise de décisions qui ont des répercussions sur leur santé (Health Canada 2000d, soulignement ajouté).

À notre connaissance, la Politique sur la santé des Indiens n'a pas mené à l'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre comptant des objectifs à long, moyen et court termes, ni sous le gouvernement conservateur ni sous le gouvernement libéral qui lui a succédé.¹⁷ Cela est digne de mention, étant donné l'importance accordée par tous les gouvernements à la résolution des inégalités en matière de santé dans les collectivités des PN/I et des Métis.¹⁸ Les autres pays où l'on trouve une forte concentration d'Autochtones possèdent des politiques et des stratégies de mise en œuvre beaucoup plus explicites.¹⁹ Cette approche peut toutefois avoir été profitable, en ce sens qu'elle a créé des possibilités de souplesse et de dialogue continues entre les PN/I et la DGSPNI sur la façon de résoudre les inégalités en matière de santé et de réaliser les aspirations des PN/I.

Trois mois après l'adoption de la Politique sur la santé des Indiens, on a publié un document de travail sur la santé des Autochtones qui présentait les résultats d'une étude menée par la DGSM sur les services de santé des Autochtones. Ce document comprenait quatre grandes recommandations :

1. l'efficacité dans les communications entre les Autochtones et Santé nationale et Bien-être social par l'élaboration de stratégies de communication acceptables pour les deux parties;
2. le déploiement d'efforts nettement accrus afin de réduire les maladies associées à l'environnement et de promouvoir un milieu social sain dans les réserves indiennes;
3. l'autodétermination des collectivités autochtones dans le domaine de la santé;

¹⁷ Pendant la campagne de 1993, le gouvernement libéral a promis d' [TRADUCTION] « élaborer une politique globale de la santé, conçue par et pour les Autochtones, qui soutient une approche intégrée de résolution des questions liées à la santé physique et mentale et comprend des méthodes de guérison traditionnelles ». Par conséquent, l'APN a publié un document de travail (Assembly of First Nations 1994) pour faire participer les PN aux consultations. À notre connaissance, c'est tout ce qui a été fait. Le problème demeure donc en suspens.

¹⁸ Nous présumons qu'une mise à jour de la politique sur la santé des Indiens engloberait les trois groupes autochtones reconnus dans la révision constitutionnelle de 1982.

¹⁹ Voir, par exemple, les politiques et les stratégies de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande (Australia Territory Health Services 1996, New Zealand Ministry of Health 2001a, National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Council & Australian Health Ministers' Conference 2003). Ces documents sont accessibles en ligne (en anglais seulement).

4. la promotion du développement communautaire par la création d'un institut national de la santé des Autochtones et du développement communautaire (National Health and Welfare 1979).

Le document commentait un certain nombre de questions, notamment le transfert des services de santé existants aux collectivités autochtones. En mai 1981, Monique Bégin, alors ministre de la Santé nationale et du Bien-être social pour le gouvernement libéral qui venait d'être élu, a présenté un document étudiant la possibilité et les difficultés liées au transfert des services existants aux PN (Bégin 1981). Dès 1982, on avait mis en place un Programme pilote de santé communautaire pour permettre aux PN de mettre à l'essai les divers modèles de prestation des services communautaires (Garro et al 1986).²⁰ Par conséquent, le transfert aux PN des services dans les réserves a supplanté la mise en œuvre de la Politique sur la santé des Indiens. La Politique sur la santé des Indiens en général, y compris les services hors réserve, a donc presque disparu du programme national.

Pour appuyer le programme pilote, la DGSM a établi deux sous-comités en mars 1985 : un sur la santé communautaire et un autre sur le transfert des services de santé. Le mandat du *sous-comité sur la santé communautaire* était de :

[TRADUCTION]

formuler les options privilégiées pour la mise en œuvre de stratégies appropriées visant à aider les collectivités indiennes/inuites à optimiser leur état de santé, reconnaissant l'objectif du contrôle indien/inuit sur les services de santé (National Health and Welfare 1986a).

Le rapport appuyait le changement d'orientation de la DGSM, qui est passée de fournisseur unique de services à une direction générale de financement et de développement qui [TRADUCTION] « soutient les bandes indiennes dans la prestation de leurs services » (National Health and Welfare 1986a). Le rapport rappelait de nouveau la nécessité de déléguer le pouvoir aux régions. Il recommandait aussi :

- la conclusion d'ententes pluriannuels;
- l'utilisation de plans de santé globaux pour les collectivités des PN/I comme base de la planification régionale et nationale;
- le retrait des restrictions propres aux programmes, de façon à permettre le regroupement des ressources dans les collectivités;
- la redéfinition du rôle de la DGSM dans le contexte du passage progressif du contrôle des services de santé des Autochtones à ces derniers.

Le mandat du *sous-comité sur le transfert du contrôle des programmes de santé aux Autochtones* était de proposer des politiques pour la prestation des services de santé par les Autochtones. Le rapport proposait une approche progressive de transfert des services de santé, ainsi que le transfert des services existants en fonction des fonds versés par l'intermédiaire de la DGSM. Le sous-comité recommandait que des rajustements annuels des prix et d'autres facteurs pertinents liés aux coûts soient inclus dans l'entente de transfert (National Health and Welfare 1986b). La vision du sous-

²⁰ Seuls 31 projets du genre ont été financés, et seulement pendant 2 ans. Seulement sept concernaient le transfert (Garro *et al.*, 1986, p. 282).

comité était axée sur la recherche d'un équilibre entre la souplesse sur le plan de la répartition des ressources dans les collectivités, en fonction des secteurs prioritaires établis localement, et le respect des exigences nationales minimales des programmes dans les secteurs clés obligatoires, comme la vaccination, la lutte contre les maladies transmissibles, l'hygiène du milieu et les services curatifs.

La PTSS a été annoncée par le ministre Jake Epp en 1986, probablement à la suite des pressions exercées par les participants aux projets pilotes pour l'obtention d'un financement garanti continu. Une conférence nationale consultative a été tenue avec l'APN en novembre 1987 afin d'explorer les préoccupations (Assembly of First Nations 1987). À la suite de la conférence, on a présenté à Santé Canada 94 recommandations ayant trait aux questions suivantes : les droits des Autochtones et les droits issus des traités, les compétences, le processus de transfert et les négociations à ce sujet, le financement et les installations, le personnel et les enjeux propres à la région au nord du 60^e parallèle. Ces recommandations ont été documentées, tout comme la réponse de la DGSM (Assembly of First Nations 1989) et d'autres commentaires de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire [ONRIISC] (National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization 1989) et de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada [AIAC] (Indian and Inuit Nurses of Canada 1989).

Les objectifs du transfert, le processus de mise en œuvre et diverses subtilités ont été abordés dans le *Guide sur le transfert des programmes de santé*, dont la première version a été publiée le 28 septembre 1987, en prévision de la conférence de novembre 1987 ((Health and Welfare Canada (MSB) 1987). Tel que l'illustre le tableau 3.1, le processus de transfert a été présenté comme un processus entièrement volontaire et progressif. En vertu de la PTSS, on a incité les PN/I à demander des fonds pour la première étape. Dans l'étude préalable au transfert, on demandait aux collectivités de participer à une évaluation des besoins communautaires, menant à l'élaboration d'un plan de santé communautaire. La deuxième étape était celle des négociations avec Santé Canada, alors que la troisième était l'étape de la mise en œuvre. Les PN pouvaient conclure des ententes d'une durée de trois ou cinq ans, selon leur préférence et leur expérience en administration de programmes. Chaque étape était associée à des résultats attendus simples et clairement définis.

Tableau 3.1 Étapes du transfert des services de santé et éléments du plan de santé communautaire à exécuter (Health Canada (FNIHB) 2001b)b	
Étape 1 : Planification préalable au transfert (1 an)	Besoins et priorités en matière de santé communautaire (tels que cernés dans l'évaluation des besoins communautaires) Structure de gestion de la santé proposée Gestion et prestation de programmes obligatoires Gestion et prestation de programmes de santé communautaire
Étape 2 : Transition (initialement de deux ans, mais maintenant de neuf mois)	Éléments de négociation : Services d'un médecin hygiéniste Assurance responsabilité civile et assurance contre la négligence professionnelle Médicaments et fournitures médicales Réserve pour les biens meubles Procédures de confidentialité Mécanismes de responsabilisation et de reddition de comptes Supervision professionnelle Budget global
Étape 3 : Mise en œuvre (ententes triennaux ou quinquennaux)	Plan de formation Plan de préparation aux situations d'urgence Plan d'évaluation

3.1.1 Une vision du transfert

En 1988, le processus de transfert était déjà bien entamé, 279 collectivités autochtones de la Saskatchewan, du Manitoba, de la Colombie-Britannique et du Québec étant engagées dans des activités préalables au transfert (National Health and Welfare (MSB) 1989b). Le premier transfert a eu lieu en 1988, apparemment avant l'approbation prévue du Conseil du Trésor. Ainsi, Bird et Moore racontent que la signature de l'entente a été retardée vu l'absence des outils nécessaires à l'exécution du transfert (Bird & Moore 1991). Le Conseil Attikamewk-Montagnais a vécu la même situation. La présentation de Santé Canada au Conseil du Trésor a été approuvée le 29 juin 1989 (National Health and Welfare & Treasury Board of Canada 1989). Elle prévoyait le transfert des programmes financés selon leurs dépenses actuelles et comprenait quelques dispositions pour l'administration, mais pas pour le renforcement des programmes. On a informé les directeurs régionaux de l'approbation de l'initiative de transfert en juin 1989 (note de service du 28 juillet 1989).²¹ Les retards auxquels Bird et Moore faisaient allusion étaient attribuables au fait qu'il fallait, pour mettre le transfert en œuvre, négocier de nouvelles dispositions administratives avec le Conseil du Trésor afin

²¹ Certains transferts ont eu lieu avant l'approbation des autorisations par le Conseil du Trésor. Ces transferts, comme celui du Conseil Attikamek-Montagnais, qui a été approuvé le 8 mars 1989, ont été présentés directement au Conseil du Trésor à des fins d'approbation (note de service du Conseil du Trésor du 8 mars 1989).

de permettre à la structure de l'administration publique de s'adapter à la vision du transfert.²²

Selon la présentation au Conseil du Trésor, la PTSS comportait trois grands objectifs :

- *permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'allouer des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé;*
- *renforcer et améliorer la reddition de comptes des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres;*
- *assurer le maintien de la santé et de la sécurité publiques grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires (Santé nationale et Bien-être social et Conseil du Trésor du Canada, 1989).*

La présentation indiquait également que :

[TRADUCTION]

[l']initiative de transfert des services de santé cadre avec l'autonomie gouvernementale et les modes optionnels de financement du MAINC et sert à renforcer la politique fédérale de façon à accroître le contrôle des Autochtones sur les programmes qui leur sont destinés (National Health and Welfare & Treasury Board of Canada 1989).

Les architectes de la PTSS ont prévu le transfert des services actuels de premier (collectivités), de deuxième (zones) et de troisième (régions) niveaux à une seule collectivité ou bande, ou encore à un groupe mandaté par des collectivités ou des bandes par l'intermédiaire de Résolutions du conseil de bande ou d'un autre processus officiel (National Health and Welfare (MSB) 1989b). On n'a pas traité des services de quatrième niveau ou services de l'administration centrale. Les collectivités avaient le choix d'assumer la responsabilité de tous les programmes énumérés ou de quelques-uns seulement. Les services ciblés pour le transfert sont présentés dans le tableau 3.2. Il était entendu que les collectivités pouvaient décider soit d'embaucher un professionnel de la santé d'une organisation externe pour fournir les services des zones ou des régions, soit de racheter les services de la DGSM (National Health and Welfare (MSB) 1989b).

La vision comprenait un transfert graduel des services existants aux collectivités, aux zones et aux régions. Une fois les services transférés, l'ETP²³ de la DGSM disparaîtrait à chaque niveau. On s'attendait à ce que les PN/I assument graduellement toutes les responsabilités, à l'exception, possiblement, des services de quatrième

²² On a négocié huit domaines clés, couvrant des questions comme la création d'une catégorie de paiement au sein de la DGSM pour les dépenses liées au transfert; la capacité de la DGSM d'inclure le budget des dépenses supplémentaires liées au transfert sans avoir à le présenter de nouveau au Conseil du Trésor; et l'application de la politique sur l'endettement des bandes du MAINC à la DGSM.

²³ ETP signifie « équivalent temps plein » et comprend le salaire, les avantages sociaux et le coût de remplacement pendant les vacances. L'ETP pour un poste de 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, est plus élevé que celui pour un poste de 9 h à 17 h, car le poste de 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, doit tenir compte des ressources pour le rappel au travail et le travail sur appel.

niveau. La politique de la masse critique de 1991 (abordée plus loin) indiquait clairement que les collectivités souhaitant participer au transfert devaient savoir :

[TRADUCTION]

[...] qu'il n'est pas permis de revenir au statu quo de la DGSM après le transfert (National Health and Welfare (MSB) 1989b).

C'est ce qu'on appelait dans certains cercles le plan de « fermeture de la boutique ».

1 ^{er} niveau – collectivités	2 ^e niveau – zones	3 ^e niveau – régions
<ul style="list-style-type: none"> • Soins infirmiers, y compris la santé et les soins communautaires • Représentants en santé communautaire • PNLAADA • Services dentaires fournis par des dentothérapeutes dans les provinces qui reconnaissent ces derniers et leur octroient l'agrément • Grandir ensemble/Pour des collectivités en bonne santé • Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) 	<ul style="list-style-type: none"> • Services consultatifs, PNLAADA • Éducation en matière de santé • Conseiller de la Division de la santé communautaire • Hygiène du milieu (postes à l'échelle des zones) • Supervision professionnelle pour soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutrition • Éducation en matière de santé • Services consultatifs, PNLAADA • Agent d'hygiène du milieu, infirmières et services consultatifs • Éducation en matière de soins infirmiers • Carrières dans le secteur de la santé • Médecin hygiéniste

Il faut souligner que, en général, l'idée d'un transfert aboutissant à la « disparition » de la DGSM a été accueillie favorablement. Ainsi, la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) de 1996 a fourni un plan directeur pour un système de soins de santé autochtone. Le plan proposait des réseaux de pavillons de ressourcement et de centres de guérison communautaires contrôlés par des Autochtones, qui fourniraient des services divers adaptés à la culture et aux priorités des peuples autochtones, ainsi qu'à la dynamique spéciale liée à la mauvaise santé des Autochtones. Cette recommandation reposait sur un investissement de dix ans dans la formation des Autochtones en gestion et en prestation des services à tous les niveaux du système de soins de santé (Royal Commission on Aboriginal Peoples 1996). La portée de la vision était beaucoup plus grande, mais les recommandations de la CRPA cadraient généralement avec la vision de la DGSM.

3.1.2 Vers la prise en charge par les PN

Au milieu des années 90, il était entendu et généralement admis par un grand nombre d'employés de Santé Canada ainsi que de la DGSM que cette dernière finirait par ne comprendre qu'une maigre équipe de surveillants des ententes. Le 15 mars 1994, le Comité exécutif ministériel (CEM) de Santé Canada a demandé à la DGSM de commencer à planifier dans ce sens. Cette planification se reflète dans le document *Pathways to First Nation Control: Report of Project 07, Strategic Planning Exercise* (Health Canada (MSB) 1995, ci-après "Pathways"), le fruit d'un exercice de planification de deux ans qui a commencé en 1993 et qui, à la lumière des compressions, a énoncé les objectifs stratégiques de la DGSM :

- le transfert de toutes les ressources actuelles destinées à la santé des Indiens de la DGSM aux communautés des PN/I selon un échéancier à déterminer en consultation avec les PN et les peuples inuits;
- la décharge de la DGSM de la responsabilité de la prestation de services de soins de santé;
- l'inculcation de connaissances et le transfert de capacités aux PN/I afin qu'ils puissent gérer et administrer leurs ressources de santé;
- le transfert des ressources en matière de soins de santé aux collectivités des PN/I par l'intermédiaire de paiements de transfert;
- la réorientation du rôle de la DGSM;
- la réorientation du rôle de Santé Canada qui tiendra compte de l'orientation stratégique de la DGSM.

L'objet de *Pathways* était, en effet, double. Le premier volet consistait à demander à la DGSM de continuer à promouvoir activement le transfert de toutes les ressources aux collectivités des PN/I, tout en se retirant du secteur de la prestation directe des services, bien que dans un délai déterminé par les collectivités des PN/I elles-mêmes. Le document rappelait ce qui suit : [TRADUCTION] « une fois que les collectivités auront adopté une stratégie de contrôle, comme l'approche intégrée ou le transfert, elles ne pourront peut-être pas revenir à la prestation directe des services par la DGSM, car cette dernière ne sera plus en mesure de fournir les services » (Health Canada (MSB) 1995, p. 4). Toutefois, il ne fournissait aucune solution de rechange.

Le deuxième volet consistait à mettre en œuvre un nouveau cadre de gestion, qui permettrait aux régions d'accroître leurs responsabilités sur le plan des négociations avec les collectivités, de la surveillance de la planification communautaire, de la mise en œuvre, des exigences en matière de rapports et du contrôle. Le rôle de l'administration centrale dans ces domaines, qui avait été important dans le passé, a été redéfini. Il était désormais axé sur les allocations de planification, la réaffectation des ressources selon les nouvelles priorités, l'établissement et l'interprétation des politiques et des procédures, la prestation de conseils et le soutien. Ce cadre a été mis en place le 1^{er} avril 1995.

Pour appuyer *Pathways*, Santé Canada a choisi de regrouper les services ministériels et de soutien au sein de la Direction générale des services de gestion (DGSG) en 1994 afin de [TRADUCTION] « soutenir la création et la prestation des programmes de Santé Canada en fournissant une large gamme de services administratifs et de gestion au sein du ministère », y compris de la DGSM (Health Canada 1997). Cette décision s'est traduite par une diminution importante des ressources de la DGSM.

3.1.3 Mise en œuvre de *Pathways*

La mise en œuvre de *Pathways* posait trois problèmes pour la DGSM : d'abord, les guides de transfert initiaux ne prévoyaient aucune restriction quant à l'admissibilité des collectivités au transfert (Health and Welfare Canada (MSB) 1987, 1989a). Cette lacune a été corrigée en 1991 avec l'adoption d'une politique de la masse critique. Cette politique mettait l'accent sur la masse critique plutôt que sur la taille minimale des collectivités, faisant ainsi écho aux recommandations formulées par les représentants régionaux à l'atelier national annuel sur le transfert de la DGSM. Les représentants

régionaux de la DGSM étaient d'avis que le choix du transfert devait être laissé aux bandes, mais certains ont dit craindre que le transfert des services aux très petites collectivités ne soit pas viable. Selon la politique de la masse critique, pour être admissibles au transfert, les collectivités devaient posséder au moins les ressources humaines suivantes :

- une infirmière à temps partiel;
- un travailleur du PNLAADA à temps plein;
- un représentant en santé communautaire à temps plein (National Health and Welfare (MSB) 1991).

Toute bande satisfaisant à ces critères pouvait opter pour le transfert si elle croyait qu'il serait viable pour elle. L'objet de la politique de la masse critique a donné lieu à diverses interprétations. Selon le personnel de la DGSPNI interrogé, cette politique a été mise en œuvre après qu'on eut reconnu la nécessité d'établir des critères minimaux afin d'assurer la viabilité des systèmes de soins de santé dans les petites collectivités qui choisissaient le transfert. En revanche, le document *Pathways* semble indiquer que la politique de la masse critique a été mise en place parce qu'on n'avait pas obtenu du Cabinet toutes les ressources de planification préalable au transfert. Il a donc fallu classer par priorité les collectivités qui pouvaient opter pour le transfert (Health Canada (MSB) 1995).

En 1994, la DGSM a élargi les possibilités de contrôle par les collectivités en introduisant l'approche communautaire intégrée²⁴. L'objectif de la DGSM était de s'éloigner du modèle de transfert universel en fournissant une solution de rechange. Ce nouveau modèle a mis de côté la politique de la masse critique. Par conséquent, toutes les collectivités des PN/I pouvaient exercer certaines mesures de contrôle sur leurs services de santé. On a modifié la politique de la masse critique en 1995 pour limiter l'admissibilité à 2,5 personnes/année, mais les rôles n'ont pas été précisés. Les nouveaux guides de transfert ne faisaient aucune allusion à la politique de la masse critique comme critère d'admissibilité (Health Canada (MSB) 1999, 2001d). Un obstacle à la mise en œuvre de la directive du CEM en faveur d'un transfert complet a ainsi été levé.

Le deuxième problème concernait la prestation de services dans les collectivités qui ne voulaient pas accroître leur contrôle en concluant une entente de transfert ou une entente intégrée. Dans les années 70, la DGSM avait commencé à conclure des ententes de contribution avec les collectivités pour les programmes du PNLAADA et de représentants en santé communautaire. Certaines régions ont choisi d'élargir cette

²⁴ L'évaluation à long terme explorait les solutions de rechange au transfert, mais l'approche intégrée de prestation des services de santé communautaires avait reçu l'approbation du Conseil du Trésor en février 1994, donc avant la présentation du rapport d'évaluation (Institute for Human Resource Development 1995) et du document *Pathways* (Health Canada (MSB) 1995).

option afin d'y inclure les services infirmiers communautaires. Cela a permis à la DGSM de cesser d'offrir des services directs ou de premier niveau.²⁵

Le troisième problème portait sur le transfert des services de deuxième, de troisième et de quatrième niveaux. Il a fallu environ quatre ans pour établir une politique visant à composer avec les services de deuxième et de troisième niveaux, la première ébauche ayant été présentée en 1995, et la politique finale, publiée le 2 septembre 1998 (National Health and Welfare (MSB) 1995, 1996b). De nombreux débats et discussions ont eu lieu pendant ce temps. La politique des services de deuxième et de troisième niveaux a créé une tension entre, d'une part, la directive du CEM relative au transfert de tous les services directs aux collectivités des PN/I et, d'autre part, la réalité, soit qu'il serait difficile de transférer certains services lorsque la viabilité soulevait des préoccupations, étant donné que de nombreuses collectivités préféreraient conclure une entente de transfert seules plutôt que sous l'égide d'une organisation regroupant plusieurs collectivités. La viabilité des programmes obligatoires était particulièrement préoccupante. Ces programmes sont énumérés dans le tableau 3.3.²⁶

	Services obligatoires	Services non obligatoires
2 ^e niveau – zones	<ul style="list-style-type: none"> Hygiène du milieu (postes à l'échelle des zones) Supervision professionnelle pour les soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> Services consultatifs, PNLAADA Dentothérapeutes Conseiller des représentants en santé communautaire
3 ^e niveau – régions	<ul style="list-style-type: none"> Médecin hygiéniste 	<ul style="list-style-type: none"> Nutrition Éducation en matière de santé Services consultatifs, PNLAADA Agent d'hygiène du milieu, infirmières et services consultatifs Éducation en matière de soins infirmiers Carrières dans le secteur de la santé Supervision professionnelle pour les professionnels de la santé Dentistes hygiénistes

²⁵ Il faut souligner que les modèles mixtes sont aussi courants. Par exemple, les collectivités NTNI et celles ayant conclu une entente intégrée peuvent recevoir des services de deuxième niveau d'un conseil tribal. Il est probable que les collectivités ayant conclu une entente de transfert continueront de recevoir des services directs de la DGSM/DGSPNI dans le secteur de l'hygiène du milieu et des soins infirmiers, à l'occasion.

²⁶ L'évaluation à court terme est le premier document qui a soulevé des questions concernant la viabilité des programmes d'hygiène du milieu et de médecin hygiéniste, en particulier en raison de leur rôle dans les programmes obligatoires (Gibbons 1992). L'évaluation à long terme a révélé que certaines des collectivités qui avaient pris en charge le programme d'hygiène du milieu éprouvaient des difficultés à recruter du personnel ou à acheter ces services (Institute for Human Resource Development 1995). La promotion du transfert des services de deuxième et de troisième niveaux au conseil tribal et à des niveaux de consortium constituait une solution de rechange plus pratique.

Un document de politique a finalement été publié le 2 septembre 1998. Il portait précisément sur le transfert des postes offrant des services obligatoires. La politique reconnaissait que les programmes obligatoires s'inscrivaient dans le contexte de la réglementation provinciale, de l'octroi de l'agrément et des exigences minimales des programmes de la DGSM. Le document de politique ne précisait aucune masse critique minimale pour l'admissibilité, mais imposait plutôt à la bande ou à l'organisation la responsabilité de démontrer la viabilité de la prestation des services de deuxième et de troisième niveaux recherchés par le conseil ou l'organisation (Health Canada (FNIHB) 1998, 2001c). La viabilité n'y était pas définie. À la suite de ces changements, les conseils tribaux et les consortiums ont pu prendre en charge les services de deuxième et de troisième niveaux. Toutes les collectivités des PN/I, peu importe la taille, pouvaient alors exercer un certain contrôle sur leurs services communautaires. La politique de la masse critique de 1991 a ainsi été officiellement mise de côté.

La question des collectivités admissibles au transfert était associée au transfert des services de deuxième et de troisième niveaux. L'hypothèse suivante était intégrée à la vision du transfert des services de deuxième et de troisième niveaux :

[TRADUCTION]

Le transfert des services de santé communautaires ne permettra pas le transfert de tous les programmes, services et ressources de la DGSM dans toutes les régions (Health and Welfare Canada (MSB) 1996a).

Par conséquent, la DGSM a commencé à explorer d'autres solutions en 1996, telles que :

- le contrôle de sociétés par les membres des PN ou les Autochtones;
- l'exploitation d'entreprises privées par les PN/I;
- la formation de partenariats de cogestion entre les PN et la DGSM;
- la formation de partenariats pour soins de longue durée entre les PN/I, la DGSM et le MAINC;
- le recours à des organisations provinciales, au MAINC, à la DGSM et aux PN/I pour la santé mentale;
- le recours aux PN/I, à la DGSM et aux universités pour répondre aux besoins en matière d'éducation et de formation des travailleurs des collectivités des PN/I.

Voilà seulement quelques-unes des solutions présentées à des fins de discussion dans le document *Health Services Management Arrangements* (ci-après « HSMA »). Il fallait distribuer le document HSMA aux PN à des fins de rétroaction; les régions devaient élaborer des plans régionaux pour le transfert des services de deuxième et de troisième niveaux; et l'administration centrale devait élaborer un plan pour les ressources de quatrième niveau. Il était prévu que le Comité exécutif de la Direction générale (CEDG) passerait en revue tous les plans et prendrait des décisions quant à l'affectation des ressources en 1997-1998 (National Health and Welfare (MSB) 1996a).

Le plan de transfert des services de quatrième niveau n'a jamais été très clair. Ainsi, l'ébauche de 1996 intitulée *Reinvestment Principles* énonçait comme principe que :

[TRADUCTION]

[les] efforts et les activités de compression à l'échelle régionale doivent être soutenus par des efforts de compression au sein de l'administration centrale (Health and Welfare Canada (MSB) 1996b).

En 1998, le concept avait toutefois évolué et consistait à reprendre le contrôle sur les ressources de quatrième niveau, qu'elles soient au sein de la DGSM, d'autres directions générales de Santé Canada ou d'autres ministères, et à les rediriger vers le secteur du soutien financier continu et de la viabilité du transfert (Health Canada (FNIHB) 2000b). Le document de travail de 1998 sur l'investissement et le réinvestissement dans le transfert évaluait à 48 millions de dollars les ressources existantes pour financer les activités de transfert, dont 7,3 millions de dollars de la DGSG pour les services propres à la DGSM; 14,9 millions de dollars de la DGSG pour les services ministériels comme les ressources humaines; et 7,6 millions de dollars supplémentaires de l'administration centrale de la DGSM (Health Canada (FNIHB) 1999a).

3.1.4 Le vérificateur général du Canada

Le Rapport du vérificateur général du Canada de 1997 a marqué une étape importante pour l'orientation de la DGSM. Le rapport reconnaissait que le cadre de transfert avait été bien élaboré et permettait aux PN/I d'exercer un certain contrôle sur leurs services communautaires. Il commentait un certain nombre de questions, y compris la surveillance par la DGSM des programmes de santé communautaires offerts par l'intermédiaire d'ententes de contribution distinctes, le transfert des programmes de santé au contrôle communautaire et, surtout, les SSNA. Les deux premières catégories de recommandations sont examinées ci-après. Le rapport indiquait entre autres que :

- certains programmes offerts en vertu d'ententes de contribution se chevauchaient au lieu de se compléter;
- les programmes devaient être définis avec plus de précision;
- les ententes de contribution ne comprenaient aucune mesure de réussite;
- les rapports d'activités sur les programmes offerts par les collectivités des PN/I étaient souvent manquants et, lorsqu'ils étaient fournis, ne comprenaient aucune mesure de réussite pour les programmes offerts;
- on considérait essentiellement les ententes de contribution comme un moyen de transférer les fonds et, dans une moindre mesure, comme une entente entre les deux parties sur la prestation de services de santé aux membres des PN, dont la responsabilité incombe toujours au ministère;
- les plans de santé communautaire n'étaient pas mis à jour périodiquement;
- les rapports des collectivités ayant conclu une entente de transfert, soit les rapports annuels, les rapports d'activités ou les rapports d'évaluation quinquennaux, ne répondaient pas aux attentes du vérificateur, car bon nombre d'entre eux n'indiquaient ni mesure de réussite, ni indicateur de performance des programmes, ni changement dans le secteur de la santé (Auditor General of Canada 1997).

Indirectement, le rapport soulignait trois éléments de tension clés :

- Le transfert exigeait la réduction des ressources humaines régionales de la DGSM et une surveillance accrue, qui n'avait pas encore été pleinement reconnue ni appuyée par la création de processus et de systèmes rentables.

- Le transfert visait à prendre en compte la diversité des besoins et des particularités des PN/I en leur fournissant un cadre souple. La souplesse signifie nécessairement que les programmes et services seront classés par ordre de priorité, conçus et offerts différemment, en fonction des réalités locales plutôt que des priorités en matière de santé et des besoins en matière de rapports nationaux.
- Les ententes de transfert et de contribution sont des documents relativement standard rédigés dans le souci de respecter les lois et les politiques nationales (Government of Canada 1985, Treasury Board of Canada 2000), qui peuvent ne pas convenir au milieu de la santé dans les réserves des PN/I.
- Santé Canada participe principalement au financement de stratégies verticales visant à respecter les priorités nationales, qui complètent les priorités et services provinciaux. En revanche, les services dans les réserves des PN/I comprennent des services de santé primaires essentiels qui doivent répondre à des besoins locaux ponctuels en matière de soins, ainsi qu'atteindre les objectifs locaux à long terme en matière de santé.

Le rapport semble avoir occasionné la réorientation du rôle de la DGSM, qui est passée du concept de « fermeture de la boutique » à une approche de gestion fondée sur les résultats qui repose sur le compte rendu de la performance de chaque programme et sur le contrôle ministériel. La réaction initiale de la DGSM a consisté à élaborer un plan de travail national commentant chacune des recommandations. La mise en œuvre de solutions a fini par mener à la création de la Division de la responsabilisation et du développement des capacités et à un investissement important sur le plan de la capacité de l'administration centrale de la DGSPNI, de même qu'à la création de postes régionaux de gestionnaires de la responsabilisation seulement pour assurer le suivi des rapports.

Cette réorientation est toujours en cours, et l'incidence qu'elle a eue sur l'orientation générale de la DGSPNI est grandement ressentie par les PN/I partout au pays. Un rapport récent de la vérificatrice générale du Canada semble repenser l'impact de commentaires formulés plus tôt, indiquant que les bandes doivent maintenant produire 168 rapports par année pour répondre aux attentes de Santé Canada, du MAINC et de Ressources humaines et Développement des compétences Canada [RHDC] (Auditor General of Canada 2002).²⁷

3.1.5 Viabilité²⁸

Le financement du transfert exigeait l'établissement, à l'administration centrale, d'une réserve de fonds. Les fonds pour tous les postes visés par le transfert devaient provenir de cette réserve. Lorsque les régions avaient procédé au transfert complet d'un ETP de la DGSM, on leur demandait de remettre les « économies » dans cette réserve, afin qu'elles servent à financer d'autres transferts. On appelait ce processus le « réinvestissement » (autorisations du Conseil du Trésor du 20 janvier 1989). Selon

²⁷ De ces rapports, 68 étaient attribuables aux exigences en matière de rapports de la DGSPNI. Il est important de souligner que la plupart de ces rapports concernent des programmes non transférables. Cela dit, et selon la *perspective de la gouvernance à l'égard du système de santé*, les collectivités ayant conclu une entente de transfert sont toujours touchées.

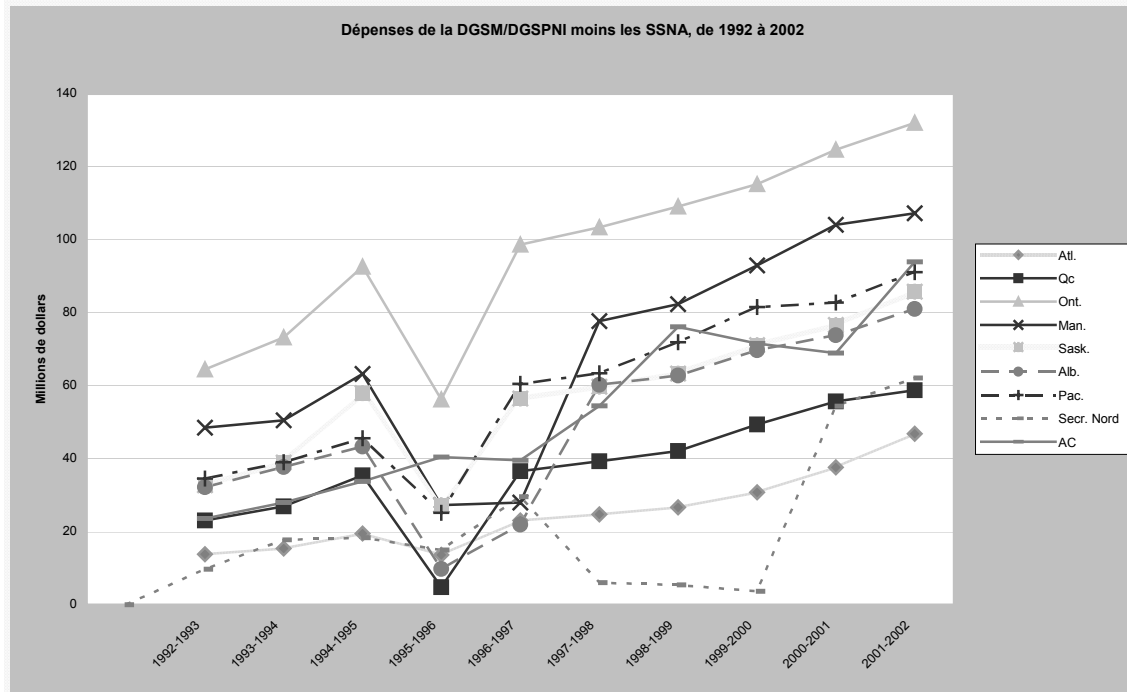
²⁸ Viable signifie tout simplement « répondre aux besoins du présent sans compromettre la possibilité pour les générations futures de satisfaire les leurs ».

l'expérience du MAINC, on s'attendait à ce que le transfert entraîne une augmentation des coûts de prestation des services de 20 à 30 % en raison de l'augmentation des coûts de gestion de la santé communautaire et des déséconomies d'échelle. On prévoyait aussi une augmentation des coûts à court terme à l'étape de la transition, par exemple lorsqu'un poste régional était transféré partiellement à certaines collectivités et que la DGSPNI continuait d'assurer un certain rôle dans d'autres collectivités (Health and Welfare Canada (MSB) 1996b).

Toutefois, il est vite devenu évident que le concept de réinvestissement initial sous-estimait l'engagement soutenu de la DGSM après le transfert. Il sous-estimait également le temps qu'il faudrait à la DGSM pour terminer le transfert des services de premier, de deuxième et de troisième niveaux. Cela a eu des répercussions financières directes sur la DGSM, car les services partiels offerts de façon continue ont eu pour effet de doubler les coûts et de rallonger les délais pour le *réinvestissement* par les régions. De 1989 à 1994, le Conseil du Trésor a versé en tout 17,768 millions de dollars pour payer les frais croissants (Health Canada (FNIHB) 1999a, p. 7).

La négociation des augmentations périodiques du financement constituait un processus moins qu'idéal pour la DGSM. La nouvelle stratégie consistait donc plutôt à obtenir du Conseil du Trésor l'autorisation d'utiliser le système d'augmentation des tâches communautaires (SATC) comme mécanisme potentiel d'augmentation du budget annuel de la DGSM. En 1991, la DGSM avait commencé à mettre en œuvre le SATC comme mécanisme d'évaluation de la charge de travail communautaire pour la répartition des effectifs infirmiers, des représentants en santé communautaire et du personnel de bureau (note de service du 21 février 1991). L'utilisation du SATC comme mécanisme d'indexation du budget de la DGSM a été approuvée par le Conseil du Trésor le 11 février 1993. Il s'agissait là d'une victoire importante pour la DGSM, qui pouvait maintenant compter sur un budget annuel indexé selon le SATC et reflétant, au moins dans une certaine mesure, les besoins et la croissance démographique des PN/I (note de service du 8 avril 1993). On a élargi le plan initial afin d'y inclure d'autres ressources de santé communautaire, comme les travailleurs du PNLAADA, les agents d'hygiène du milieu, les soignants et les aides ménagers (Health Canada 1993). En effet, la formule du SATC assurait une certaine équité dans le financement des services communautaires (de premier niveau).

Bien que le SATC, en tant que volet du SGPC, continue d'être utilisé à l'interne, le plan consistant à utiliser le SATC comme base pour l'indexation du budget de la DGSM a été de courte durée, ayant pris fin en 1994 à la suite de la mise en œuvre du système de l'enveloppe. En 1993, on a imposé des compressions des dépenses fédérales générales dans le cadre de l'augmentation constante de la dette et de l'engagement du gouvernement fédéral à équilibrer le budget. La DGSM a été touchée par ce changement. L'incidence de ces compressions est illustrée dans le graphique suivant et dans les tableaux 3.4 et 3.5. Comme on peut le constater, le budget des bureaux régionaux et de l'administration centrale de la DGSM a augmenté graduellement de 1992 à 1994, puis chuté de 22,5 %. Si l'on omet les allocations propres aux SSNA, la chute initiale s'élevait en fait à 85,6 %.



Il est toutefois important de souligner que cette chute n'a pas duré longtemps, car les niveaux de dépenses avant l'introduction de l'enveloppe étaient presque rétablis en 1996. Le taux de croissance avait toutefois diminué.

Tableau 3.4 Dépenses annuelles de la DGSM/DGSPNI par région en millions de dollars, et pourcentage de variation, de 1992 à 2002 (DGSPNI, données non publiées, 2004)

Exercice	Atl.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Pac.	Secr. du Nord	Adm. Centrale	Total	% var.
1990-1991	22,810	44,605	113,860	82,843	71,051	93,068	75,097	17,458	23,626	544,418	
1991-1992	26,504	53,437	112,871	96,586	71,564	109,878	83,576	13,005	28,057	595,478	8,6 %
1992-1993	31,085	58,033	134,658	106,206	83,080	122,437	96,324	14,620	33,774	680,217	12,5 %
1993-1994	34,907	65,160	152,906	116,557	96,391	127,036	102,282	22,064	40,442	757,745	10,2 %
1994-1995	39,436	74,361	180,680	135,657	118,463	137,745	112,847	22,952	39,616	861,757	12,1 %
1995-1996	34,926	44,489	143,364	109,225	92,401	107,688	97,239	19,748	54,535	703,615	-22,5 %
1996-1997	44,758	74,953	184,045	109,364	121,505	109,452	128,139	33,782	76,111	882,109	20,2 %
1997-1998	47,617	81,380	194,415	166,914	127,104	141,666	132,319	10,335	71,544	973,294	9,4 %
1998-1999	48,916	84,190	203,722	168,737	131,168	146,514	143,108	9,965	68,983	1 005,303	3,2 %
1999-2000	52,833	93,727	219,930	184,995	141,197	158,145	154,891	9,014	93,876	1 108,608	9,3 %
2000-2001	61,362	102,825	236,941	202,482	153,637	167,495	157,253	59,861	106,629	1 248,485	11,2 %
2001-2002	72,577	109,777	258,076	214,802	169,397	180,957	170,434	68,270	78,420	1 322,710	5,6 %

Tableau 3.5 Dépenses annuelles de la DGSM/DGSPNI moins les SSNA en millions de dollars par région, et pourcentage de variation, de 1992 à 2002 (DGSPNI, données non publiées, 2004)

Exercice	Atl.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Pac.	Secr. du Nord	Adm. Centrale	Total	% var.
1990-1991	13,871	23,169	64,443	48,493	32,778	32,237	34,614	9,705	23,626	282,936	
1991-1992	15,409	27,027	73,235	50,584	39,005	37,751	39,066	17,773	28,057	327,907	13,7 %
1992-1993	19,530	35,499	92,575	63,294	58,028	43,336	45,636	18,356	33,774	410,028	20,0 %
1993-1994	13,704	4,852	56,237	27,320	27,338	9,808	25,225	15,011	40,442	219,937	-88,4 %
1994-1995	23,136	36,657	98,677	28,049	56,524	22,020	60,536	29,584	39,616	394,799	44,3 %
1995-1996	24,816	39,361	103,354	77,722	59,722	60,305	63,426	6,015	54,535	489,256	19,3 %
1996-1997	26,700	42,177	109,052	82,349	63,328	62,859	71,968	5,462	76,111	540,006	9,4 %
1997-1998	30,861	49,375	115,210	92,963	71,166	69,755	81,589	3,701	71,544	586,164	7,9 %
1998-1999	37,661	55,757	124,679	104,062	76,620	73,817	82,832	54,398	68,983	678,809	13,6 %
1999-2000	46,873	58,811	132,008	107,202	85,811	81,018	91,104	62,105	93,876	758,808	10,5 %

La documentation de la DGSPNI présentait le système de l'enveloppe comme un régime très décentralisé appliquant des [TRADUCTION] « règles minimales pour la réaffectation des ressources, des investissements dans les programmes et des réductions des programmes » (Health Canada (FNIHB) 2003e). Les bureaux régionaux de la DGSM avaient pour tâche d'administrer leur budget régional dans le cadre de cette même enveloppe budgétaire. En 1996, il est devenu évident que le concept de réinvestissement initial et les prévisions financières sous-estimaient les coûts, en raison :

- du fait que le rythme du transfert était plus lent que prévu, en partie à cause d'un sous-investissement initial par le Conseil du Trésor qui a entraîné l'adoption de la politique de la masse critique (expliquée précédemment), et aussi parce que les collectivités des PN/I ne prenaient pas en charge les services de premier, de deuxième et de troisième niveaux aussi vite que prévu;
- de la croissance démographique associée en partie au projet de loi C-31;
- de la pratique initiale de négociation de la marge de manœuvre du transfert, qui a entraîné la sous-estimation du coût du transfert de 25 millions de dollars;
- d'une sous-estimation des frais de gestion;
- des différences régionales dans la compréhension et la prestation des fonctions résiduelles de la DGSPNI, qui ont amené certaines régions à conserver les fonds que d'autres régions et l'administration centrale s'attendaient à ce qu'elles déposent dans la réserve de réinvestissement;
- de l'utilisation de la réserve pour le transfert comme d'un « fourre-tout » pour d'autres initiatives, telles que les initiatives d'autonomie gouvernementale, le transfert des centres de soins et de lutte contre l'abus de solvants du PNLAADA et les projets de transition des SSNA (Health Canada (FNIHB) 1999a).

Cette situation a eu des répercussions financières directes sur la DGSM, car les services partiels offerts de façon continue ont doublé les coûts et rallongé les délais pour

le *réinvestissement*. Le système de l'enveloppe regroupait indifféremment les responsabilités. On a d'abord tenté de résoudre le problème en mettant sur pied un exercice d'élaboration de plan stratégique, dans le cadre duquel on a demandé aux régions de faire des prévisions budgétaires annuelles pour les activités et les fonctions précises à exercer en vue du transfert des ressources aux PN. En cas de dédoublement des fonctions, les ressources connexes devaient être réinvesties dans le fonds national pour financer d'autres transferts. Ce processus était ancré dans la nécessité, pour la DGSPNI, de gérer ses mouvements de trésorerie. On ne pouvait plus déterminer le rythme du transfert en se fondant uniquement sur l'état de préparation et les intérêts des PN/I. Les contraintes financières entraient également en ligne de compte. La viabilité financière à long terme du transfert commençait à soulever de grandes préoccupations. En 1999, le coût prévu du transfert complet des services était passé de 31 à 100,6 millions de dollars.

	En millions de dollars, au 31 mars 1999	Besoins prévus en matière de fonds pour un transfert complet (2009-2010)
Services de 2 ^e et de 3 ^e niveaux (salaires et avantages sociaux des employés)	3,2	10,8
Soutien de la gestion	14,4	35,8
Soutien de l'administration	6,0	15,5
Recrutement, formation, assurances	4,8	9,5
Marge de manœuvre	7,0	25,1
Total	35,5	96,7
Gestion des services de 2 ^e et de 3 ^e niveaux		2,9
Autre	3,9	1,0
Total global	39,4	100,6

3.2 Le climat actuel

Il semble que le régime de l'enveloppe ait fait son temps. Un nouveau cadre de gestion budgétaire a été mis en œuvre en avril 2003. On a fait ressortir la nécessité d'un changement en raison :

- des déficits à la hausse par rapport à l'enveloppe, à l'échelle régionale, en Ontario et au Manitoba, ainsi que des pressions croissantes en Saskatchewan, en Colombie-Britannique et au Secrétariat du Nord;
- du taux d'utilisation croissant des SSNA, qui dépasse le taux d'indexation annuel de 3 %;
- des débats sur les domaines dans lesquels il faudrait placer des leviers de contrôle de la gestion (à l'échelle nationale, régionale ou communautaire);
- de la diminution des possibilités d'économie;
- des nouveaux fonds destinés aux programmes non transférables, de l'ordre de 300 millions de dollars, qui sont « cloisonnés » dans les budgets régionaux et qui ne peuvent pas être utilisés pour gérer l'enveloppe globale;

- du besoin croissant d'une fonction moderne de contrôleur et de gérance à la suite des recommandations de la vérificatrice générale du Canada et de la mise en œuvre de la nouvelle politique sur les paiements de transfert, ainsi que du cadre de responsabilisation et de contrôle de la gestion de la DGSPNI (Health Canada (FNIHB) 2003e).

Comme on peut le constater dans le tableau 3.7, des écarts considérables sont apparus au fil du temps. Bien que certains se justifient par la diversité des régions et des collectivités des PN/I, d'autres sont plus difficiles à expliquer. Par exemple, on peut constater une différence considérable dans les dépenses par personne de la DGSPNI sans les SSNA (données de 2001-2002 du SATC), qui varient de 997 \$ au Québec, à 1 897 \$ dans la région de l'Atlantique ou 5 178 \$ au Yukon.²⁹ Les trois régions des Prairies semblent avoir des niveaux de dépenses par personne plutôt semblables.

D'autres écarts sont associés au nombre d'ETP par personne dans les bureaux régionaux de la DGSPNI. Comparativement à l'Ontario, les régions de l'Atlantique et de la Saskatchewan ont deux fois moins d'ETP par personne, alors qu'elles affichent pratiquement le même niveau de transfert. Bien que l'utilisation des pourcentages des collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et des collectivités NTNI constitue une façon plutôt approximative d'évaluer la charge de travail, les écarts semblent assez importants pour soulever des questions. La région du Pacifique semble aussi avoir un nombre d'ETP par personne assez faible par rapport à celui de l'Alberta. Cet écart peut être dû à la proportion de collectivités ayant conclu une entente de transfert par opposition à celle des collectivités ayant conclu une entente intégrée. La région du Manitoba semble avoir un grand nombre d'ETP par personne comparativement à toutes les autres régions. Ces différences peuvent être en partie attribuables aux effectifs infirmiers encore gérés par la DGSPNI. Cela varie d'une région à l'autre : au Manitoba, 11 collectivités fournissent des services dans des postes de soins infirmiers, comparativement à 12 en Saskatchewan, à 16 en Ontario et à 10 au Québec. Dans les autres provinces, sauf au Manitoba, le contrôle des services de soins infirmiers a en grande partie été transféré aux PN.

Selon la documentation de la DGSPNI, le nouveau cadre de gestion budgétaire de cette dernière exigera que ses représentants possèdent [TRADUCTION] « des connaissances sur la prestation des soins de santé ainsi que la capacité de comprendre et de respecter les principes de fonction moderne de contrôleur », ce qui nécessite un changement culturel important au sein de la DGSPNI et de la fonction publique. La documentation commente l'utilisation d'un nouveau modèle d'affectation des ressources pour guider les processus de prise de décisions en matière de ressources et l'établissement de niveaux budgétaires par région et par direction générale (Health Canada (FNIHB) 2003e). Les détails de ce modèle d'affectation des ressources figurent dans les annexes qui n'ont pas été présentées à l'équipe chargée de l'évaluation. Par conséquent, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si ce nouveau cadre permettra de résoudre les questions soulevées dans cette évaluation.

La vision de « fermeture de la boutique » a été mise en veilleuse. Il est évident que les services qui ont été transférés antérieurement, y compris les effectifs infirmiers exerçant un rôle élargi, les médecins hygiénistes et les responsabilités liées à l'hygiène du milieu, ont été retournés volontairement et avec succès aux régions de la

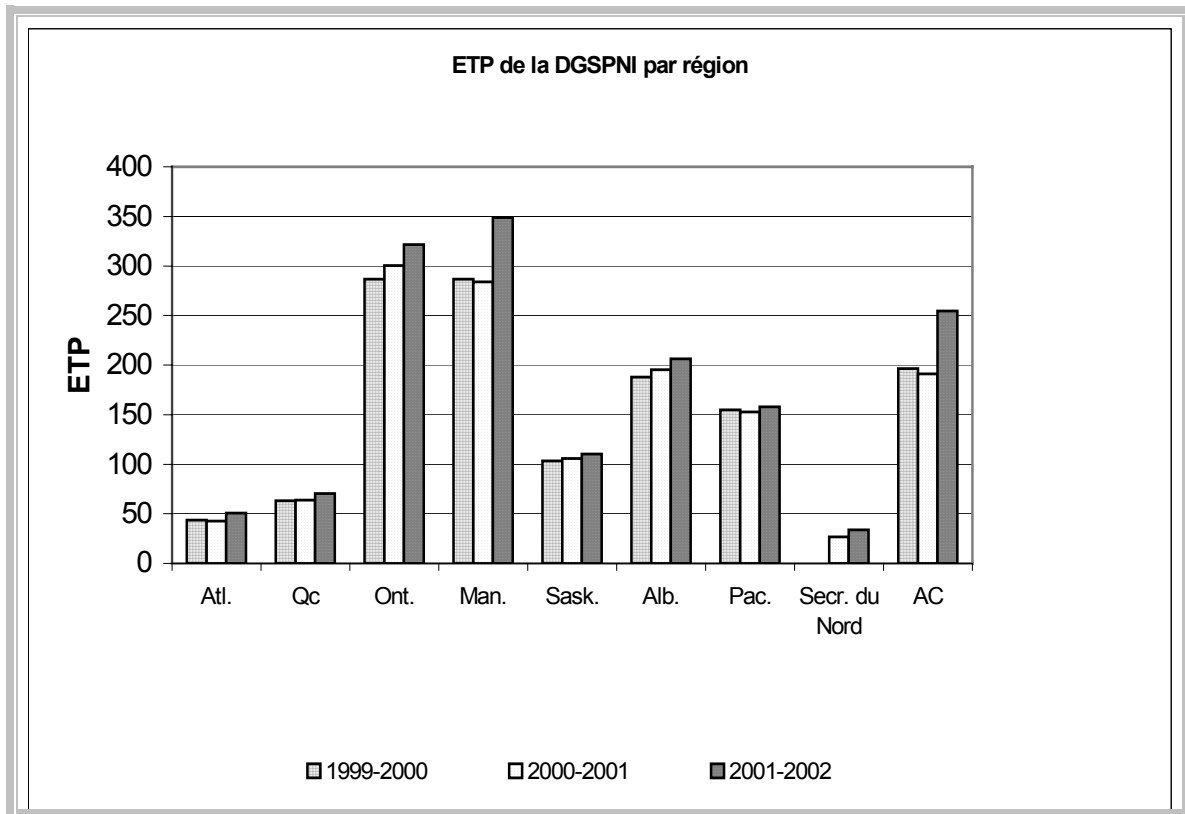
²⁹ Des différences de coût pour les transports médicaux jouent ici un rôle important.

DGSM/DGSPNI. En revanche, on a informé les collectivités qui ont montré un intérêt pour la reprise des services communautaires par la DGSPNI que cette dernière n'assumerait pas la prestation directe des services, mais pourrait plutôt nommer un tiers administrateur. La création et la mise en œuvre de nouveaux programmes, de même que les exigences de l'administration publique, ont accru les responsabilités de la DGSPNI plutôt que de les éliminer. Le transfert des services de quatrième niveau dont on parle dans *Pathways* a été restructuré afin de permettre la récupération des fonds destinés aux services de quatrième niveau dont le contrôle avait été enlevé à la DGSPNI.³⁰ Tel que l'illustre le graphique suivant, toutes les régions et l'administration centrale augmentent maintenant leur main-d'œuvre embauchée par la DGSPNI.

³⁰ Nous n'avons rien trouvé qui indique que cette stratégie est productive.

Tableau 3.7 Dépenses de la DGSPNI par catégorie, par région et par personne pour 2001-2002

	Atl.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	Pac.	Yn	Adm. Centrale
DÉPENSES TOTALES EN 2001-2002									
DÉP. TOT. DE LA DGSPNI	72 577 803 \$	109 777 583 \$	258 076 406 \$	214 802 934 \$	169 397 446 \$	180 957 276 \$	170 434 249 \$	68 270 014 \$	78 420 911 \$
DÉP. TOT. DES SSNA	25 704 000 \$	50 966 000 \$	126 068 000 \$	107 600 000 \$	83 586 000 \$	99 939 000 \$	79 330 000 \$	6 165 000 \$	
DÉP. TOT. MOINS SSNA	46 873 803 \$	58 811 583 \$	132 008 406 \$	107 202 934 \$	85 811 446 \$	81 018 276 \$	91 104 249 \$	62 105 014 \$	
ETP TOT. DE LA DGSPNI	50,74	70,61	321,77	348,83	110,45	206,39	158,18	33,81	254,65
Infirmières employées par la DGSPNI	1,25 ETP	inconnu	inconnu	52 ETP	36 ETP	170 ETP	29 ETP	inconnu	
Population TOTALE des PN/I selon le SATC	24 707	58 964	79 327	76 624	57 937	59 681	66 265	11 994	
NOMBRE TOTAL DE COLLECTIVITÉS	40	52	124	63	85	60	208		
DÉPENSES PAR PERSONNE EN 2001-2002									
DÉP. TOT. MOINS SSNA PAR PERSONNE	1 897 \$	997 \$	1 664 \$	1 399 \$	1 481 \$	1 358 \$	1 375 \$	5 178 \$	
ETP TOT. DE LA DGSPNI PAR PERSONNE	0,0021	0,0012	0,0041	0,0046	0,0019	0,0035	0,0024	0,0028	
DÉPENSES TOTALES PAR COLLECTIVITÉ EN 2001-2002									
ETP TOT. DE LA DGSPNI PAR COLLECTIVITÉ	1,3	1,4	2,6	5,5	1,3	3,4	0,8		
POURCENTAGE DES COLLECTIVITÉS									
Services de la DGSPNI	15,40 %	7,10 %	18,50 %	33,30 %	9,40 %	48,30 %	48,10 %		
Intégration	28,20 %	14,30 %	37,90 %	9,50 %	10,60 %	45,00 %	26,90 %		
Transfert	56,40 %	78,60 %	43,50 %	55,60 %	74,10 %	6,70 %	22,10 %		
Autonomie gouvernementale	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,20 %	0,00 %	2,40 %		
Autre	0,00 %	0,00 %	0,00 %	1,60 %	4,70 %	0,00 %	0,50 %		
% des collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée	84,60 %	92,90 %	81,40 %	65,10 %	85,90 %	51,70 %	51,40 %		



Bien que la charge de travail puisse avoir augmenté, le pourcentage de financement qui demeure sous le contrôle direct de la DGSPNI varie maintenant de 40 % pour l'Ontario et le Québec à 60 % pour l'Alberta et le Manitoba. Le pourcentage croissant de financement inclus dans les ententes de contribution implique des coûts croissants associé aux fonctions de suivi et de gestion du risque de la DGSPNI, qui sont exigeantes en main-d'œuvre. Il semble qu'aucune solution rentable n'ait été explorée.

L'approche souple des services de premier, de deuxième et de troisième niveaux a donné lieu à un mélange disparate de rôles résiduels. Le Cabinet n'a pas adapté ses ressources à la croissance de la population et des coûts. La viabilité financière constitue une préoccupation. Un nouvel énoncé de politique n'a toujours pas été publié. On trouve toutefois les signes d'un changement dans divers documents. Par exemple, le document sur le nouveau cadre de gestion budgétaire indique que :

[TRADUCTION]

L'approche initiale de l'enveloppe a été conçue à une période où le transfert du contrôle des programmes et des ressources de la DGSPNI constituait la priorité première de l'organisation. De nos jours, il est tout aussi important, sinon plus, de veiller à l'accès à un système de soins de santé de qualité [...] (Health Canada (FNIHB) 2003e).

La DGSPNI ne semble plus penser que le contrôle local améliorera nécessairement la prestation des services locaux.

3.2.1 Engagement soutenu de la DGSPNI à l'égard du transfert

Des entrevues ont été menées auprès de 12 membres de l'administration centrale de la DGSPNI et de 64 membres de son personnel régional. On nous a assurés, au niveau de la direction, que les grands objectifs énoncés dans la Politique de 1979 sur la santé des Indiens et intégrés à la PTSS de 1989 sont toujours actuels et pertinents aujourd'hui. Ces objectifs comprenaient :

[TRADUCTION]

- donner aux PN/I des occasions de participer activement à la planification, à l'administration et à la prestation des services de santé dans les réserves et, dans la même foulée, à la planification des politiques;
- améliorer l'état de santé des PN/I afin qu'il soit au moins équivalent à celui des autres Canadiens;
- faire en sorte que les PN/I aient accès à des soins de même qualité que ceux offerts aux autres Canadiens.

Ce qui a changé, au fil du temps, c'est la vision relative aux moyens pour atteindre ces objectifs. Il est apparu clairement que la vision de « fermeture de la boutique » présentée dans le document de 1995 intitulé *Pathways to First Nation Control* n'était pas réaliste (Health Canada (MSB) 1995). Les répondants de la DGSPNI ont plutôt cité trois grands engagements :

- La DGSPNI demeurera responsable du rendement global du système des soins primaires dans les réserves à l'intention des PN/I et elle rendra des comptes à cet égard; on a également reconnu que l'engagement des provinces est essentiel pour que le système actuel soit viable et intégré.
- La DGSPNI continuera de superviser les programmes qu'elle finance; tant qu'elle continuera de conclure des ententes pour la prestation de programmes et de services, elle exercera ce rôle de supervision en supervisant les ententes de contribution.
- La DGSPNI, finalement, continuera de surveiller les services offerts dans les réserves afin de faire en sorte qu'ils respectent les normes de qualité et que la sécurité et la santé des collectivités soient protégées.

L'instauration de programmes qui dépassent la portée du transfert, tendance observée récemment, ne serait pas, selon les répondants, le signe d'une érosion de l'engagement envers les valeurs et les objectifs intégrés au concept du transfert. Elle témoignerait plutôt de la nécessité de faire en sorte que les programmes de santé mis en œuvre par les collectivités des PN/I soient efficaces et fondés sur des données probantes. Le fait que la DGSPNI exige des rapports de plus en plus détaillés s'expliquerait par la nécessité d'obtenir de l'information pour exercer son rôle de supervision.

La plupart des répondants de la DGSPNI reconnaissent qu'il est difficile de concilier, d'une part, la nécessité d'assurer une certaine souplesse dans la planification et la prestation des services pour s'adapter aux besoins locaux, et, d'autre part, la création de programmes nationaux par la DGSPNI. La mise en œuvre de programmes conçus au palier national est également considérée comme une mesure visant à appuyer les collectivités dont les capacités en matière de planification des programmes sont limitées, voire inexistantes.

3.3.2 Rôles conservés par la DGSPNI

Nous avons demandé expressément aux employés régionaux de la DGSPNI d'expliquer ce qu'allait être, à leur avis, leur rôle après le transfert, et 17 d'entre eux ont donné une réponse détaillée à cette question. Deux grands rôles ont généralement été reconnus. Le premier était la surveillance des services, qui vise à garantir la production opportune des rapports et la prestation des services obligatoires.

Le second consistait à [TRADUCTION] « donner un appui, des conseils et une orientation professionnels ». À cet égard, nous avons noté l'existence de multiples interprétations, particulièrement en ce qui a trait aux services infirmiers. Certains ont dit qu'il régnait trop de confusion pour déterminer si une organisation des PN/I :

- avait pris en charge ses services infirmiers en milieu communautaire en vertu d'une entente intégrée ou d'une entente de transfert;
- avait pris en charge les postes au sein de la collectivité et d'une certaine proportion des postes aux échelons de la région et de la zone dans le cadre d'une entente de transfert;
- n'avait pas conclu d'entente de transfert, mais continuait de gérer ses services infirmiers en vertu d'une entente de contribution;
- gérait le personnel infirmier employé par la DGSPNI en vertu d'un accord d'échange.

Ce sont là les options actuelles, et chacune peut être assortie d'un rôle « résiduel » légèrement différent pour la DGSPNI. Ces options s'appliquent à 198 collectivités dans la région du Pacifique, à 47 en Alberta, à 72 en Saskatchewan, à 63 au Manitoba, à 141 en Ontario, à 40 au Québec et à 34 dans la région de l'Atlantique. Certains employés de la DGSPNI ont précisé que la seule attitude réaliste face à la complexité de la situation consistait à en faire abstraction et à traiter toutes les organisations des PN/I de la même manière.

Selon le cas, les employés de la DGSPNI ont aussi indiqué que les catégories susmentionnées ne permettent pas de prévoir le temps qu'ils peuvent consacrer à une collectivité. De fait, les capacités de la collectivité ou les circonstances particulières (une éclosion, des problèmes de recrutement ou des difficultés d'ordre administratif) sont de meilleurs indicateurs prévisionnels de la charge de travail.

Les employés régionaux de la DGSPNI ont aussi indiqué que le rôle consultatif qu'ils jouaient dépendait davantage des besoins de l'organisation des PN/I que d'un rôle établi. Dans ce contexte, la compréhension théorique du rôle est éclipsée par la fonction de gérance de la DGSPNI sur l'ensemble du système et par la nécessité d'assurer la protection du public. Par exemple, le personnel infirmier régional de la DGSPNI peut encore exercer un rôle de mentorat lorsqu'on le lui demande, même si une partie des postes des zones et des régions ont été transférés. Tel que l'a exprimé un employé interrogé [TRADUCTION], « la morale et l'éthique l'emportent sur la paperasse ».

Enfin, la compréhension de l'étendue du rôle consistant à « donner un appui, des conseils et une orientation professionnels » variait considérablement. Certains ont laissé entendre que ce rôle se limitait à la prestation de services sur demande, alors que d'autres croyaient qu'il concernait aussi la pleine participation des PN/I aux décisions liées aux politiques et aux possibilités de formation de la DGSPNI. En général, une charge de travail restreinte, une capacité réduite et une faible main-d'œuvre limitent la capacité des régions de fournir des services résiduels.

[TRADUCTION]

Qu'indique le rapport d'évaluation? Comment cela influe-t-il sur notre relation pendant la prestation du programme? Si le rapport soulève certaines lacunes dans la prestation des programmes ou certaines priorités dans les collectivités, quel est le rôle de Santé Canada en ce qui a trait à l'obtention de ce rapport et à la déclaration de ces choses? Collaborons-nous avec les PN afin de connaître la façon de changer ces choses? Et la réponse est, à l'heure actuelle, [que] nous n'avons pas le temps ni la capacité de composer avec ces rapports. (Employé régional de la DGSPNI)

L'analyse ci-dessus soulève des questions en ce qui a trait à la différence entre la façon dont le modèle a été imaginé et celle dont il a évolué avec le temps.

3.3 Analyse

Plutôt que de suivre un plan préétabli, le processus de mise en œuvre de la PTSS a évolué d'une manière spéciale et souple. On n'a jamais élaboré de plan avec des objectifs stratégiques et des résultats mesurables devant être mis à jour périodiquement et revus au besoin. On a plutôt conçu les lignes directrices et les politiques de mise en œuvre au besoin et au fil du temps, habituellement à la suite d'une évaluation des besoins. On peut en dire autant de la Politique sur la santé des Indiens, qui demeure, au mieux, un énoncé d'intention sans stratégie de mise en œuvre.

Bien qu'il soit peu orthodoxe, le processus présente des avantages. En 1986, l'expérience de Santé Canada dans la conclusion de contrats en santé se limitait essentiellement au financement de stratégies verticales (projets liés à la santé). Santé Canada fournissait des services par l'intermédiaire d'infirmières exerçant un rôle élargi, en dehors de tout cadre législatif. Il était peut-être courant de faire passer la nécessité de la prestation des services essentiels devant les risques juridiques. On offrait une formation au besoin. Les collectivités des PN/elles-mêmes jouaient, à ce moment, un rôle seulement périphérique dans l'administration et la planification des soins de santé, le cas échéant, même si elles géraient habituellement les programmes PNLAADA et de représentants en santé communautaire. Un cadre stratégique trop explicite aurait pu faire obstacle à l'établissement de pratiques et de processus adaptés.

Cette souplesse a toutefois ouvert la voie à des changements périodiques commandés par des pressions extérieures. Il semblerait que les grands bouleversements économiques et politiques des années 90 aient considérablement influé sur les pratiques et les politiques de mise en œuvre. Bien que les entrevues menées auprès des employés de la DGSPNI aient permis de prouver l'engagement soutenu de cette dernière à l'égard du transfert, on n'a toujours pas élaboré de vision ni établi de consensus par rapport à ce à quoi pourrait ressembler cet engagement dans l'avenir.

Chapitre 4 – Résultats : Expériences des Premières nations et des Inuits

Le transfert était vu comme une collaboration avec Santé Canada au début. C'était satisfaisant quand on parlait d'autonomie, de possibilités pour les communautés de développer leurs propres services, mais aujourd'hui, on rencontre (je ne sais pas pourquoi) plus d'embûches, de difficultés, de nouvelles exigences. Y'a un recul dans l'application. (Membre d'une collectivité des PN, Québec)³¹

Selon la présentation au Conseil du Trésor de 1989, la PTSS comportait trois grands objectifs :

- *permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé;*
- *renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres;*
- *veiller au maintien de la santé et de la sécurité publiques grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires (National Health and Welfare & Treasury Board of Canada 1989).*

Le présent chapitre traite de la mesure dans laquelle la PTSS est parvenue à atteindre ces trois objectifs, du point de vue des collectivités des PN/I. Les objectifs se rapportaient à six domaines d'enquête précis, cernés dans la méthodologie :

1. Dans quelle mesure la PTSS et le continuum lié au transfert (mouvement entre les modèles) ont-ils aidé les collectivités à concevoir des programmes de santé, à établir des services et à affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé? (Objectif 1, question 16 du cadre méthodologique)
2. Dans quelle mesure la PTSS et le continuum lié au transfert ont-ils veillé à ce que les collectivités bénéficient d'une certaine souplesse dans la prestation des services et des programmes de santé? (Objectif 1, question 2 du cadre méthodologique)
3. A-t-on des preuves que les collectivités ayant conclu un accord de transfert aient développé leurs capacités? (Objectif 1, question 12 du cadre méthodologique)
4. Dans quelle mesure la PTSS et le continuum lié au transfert ont-ils contribué à renforcer et à améliorer la responsabilisation des dirigeants communautaires à l'endroit des membres des collectivités en ce qui a trait à la prestation des services et des programmes de santé? (Objectif 2, question 19 du cadre méthodologique)
5. Dans quelle mesure la PTSS et le continuum lié au transfert ont-ils veillé au maintien de la santé publique [prestation de programmes obligatoires]? (Objectif 3, questions 9 et 18 du cadre méthodologique)
6. Dans quelle mesure les régions ont-elles été capables de répondre aux besoins en constante évolution des PN/I en vertu du transfert? (Question sommative, numéro 10, du cadre méthodologique)

³¹ Bien que les citations ne rendent jamais tout à fait justice à la complexité de la situation, celle-ci reflète dans l'ensemble les réponses que nous avons obtenues.

Ces questions se rapportent précisément aux objectifs de la PTSS. Plutôt que de répondre à chaque question séparément dans ce chapitre, nous avons choisi de regrouper les questions soulevées sous des thèmes communs.

Les renseignements fournis dans le présent chapitre sont tirés de trois sources principales :

- un sondage téléphonique mené auprès de 137 directeurs de la santé des PN/I partout au Canada;
- 152 entrevues menées dans le contexte de 13 études de cas effectuées un peu partout au pays, et 38 entrevues menées afin de compléter ces études de cas;
- 14 mémoires déposés par des organisations des PN, qui reflètent les principales réussites, préoccupations et recommandations.

Tel qu'indiqué dans l'introduction, les PN/I ont tendance à percevoir le transfert et le modèle intégré selon la *perspective de la gouvernance à l'égard du système de santé*. Bien que notre tâche consiste à enquêter sur l'efficacité de la PTSS, la plupart des répondants ont aussi traité des programmes non transférables, car ils influent sur leur approche globale de prestation des services, d'établissement des priorités et d'administration. Cette perspective se reflète dans tout le document.

Le présent chapitre est divisé en quatre grandes sections. Les trois premières sections explorent le rendement de la PTSS du point de vue des PN/I, selon les résultats du sondage téléphonique, qui a pour contexte des exemples tirés des analyses et des mémoires locaux. La quatrième section résume les conclusions.

Selon le sondage téléphonique, 97,1 % des répondants souhaitent que l'on continue d'utiliser un mécanisme facilitant le contrôle par les collectivités des services de santé dans les réserves. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée. Cette conclusion était également indépendante de toute autre variable et est corroborée par les études de cas et les entrevues. Les sections suivantes font ressortir certaines des raisons de ce soutien constant.

Tableau 4.1 Question : Votre organisation devrait avoir l'option de continuer d'exercer le contrôle sur les services de santé dans la réserve.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	68	64	132
	% du total	50,0	47,1	97,1
Désaccord	Nombre	2	2	4
	% du total	1,5	1,5	2,9
Total	Nombre	70	66	136
	% du total	51,5	48,5	100,0

4.1 Objectif 1 : Permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé

[TRADUCTION]

Le financement est plus stable dans ce sens-là. Un autre avantage visiblement important est la possibilité d'exécuter des programmes en fonction des besoins communautaires – cette souplesse qui permet de s'adapter à diverses situations dans la collectivité. Il s'agit donc d'un avantage très important (membre d'une collectivité des PN, Ontario).

Et cela donne beaucoup d'autonomie à la collectivité pour déterminer ses priorités et les aspects sur lesquels elle souhaite se concentrer en ce qui concerne les programmes de santé. Et, vous savez, cela donne beaucoup d'autonomie à l'infirmière pour concevoir des programmes et intervenir auprès de la collectivité, plutôt que de se concentrer sur le mandat de la DGSPNI. (Membre d'une collectivité des PNI, région de l'Atlantique)

Le tableau 4.2 explore les questions **de souplesse, de contrôle et d'autonomie** dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée. Dans l'ensemble, la majorité des répondants étaient d'accord pour dire que le modèle de transfert ou le modèle intégré avait amélioré la capacité des services de répondre aux besoins (n° 1, 85,2 %), conférait une certaine souplesse (« flexibilité ») (n° 2, 74,1 %) et permettait de prendre en charge les programmes et la prestation des services (n° 3, 75,0 %). Les répondants des collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient plus nombreux à soutenir ces énoncés que les répondants des collectivités ayant conclu une entente intégrée. Cela n'est pas surprenant et reflète le continuum du concept de transfert.

Tableau 4.2 Dimensions de la souplesse, du contrôle et de l'autonomie dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée

N°			Transfert	Intégration	Total	
1.	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis de mettre en place des services qui répondent aux besoins des membres de la collectivité.*	D'accord	Nombre	64	51	115
			% du total	47,4	37,8	85,2
		Désaccord	Nombre	6	14	20
			% du total	4,4	10,4	14,8
2.	Le modèle [de transfert ou intégré] a procuré à votre organisation de la flexibilité dans l'application des programmes et la prestation des services de santé.*	D'accord	Nombre	59	41	100
			% du total	43,7	30,4	74,1
		Désaccord	Nombre	10	25	35
			% du total	7,4	18,5	25,9
3.	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre organisation de prendre en charge ses programmes et ses services de santé.*	D'accord	Nombre	58	41	99
			% du total	43,9	31,1	75,0
		Désaccord	Nombre	10	23	33
			% du total	7,6	17,4	25,0
4.	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu réaffecter ses ressources selon les priorités de santé locales.*	D'accord	Nombre	52	31	83
			% du total	42,3	25,2	67,5
		Désaccord	Nombre	14	26	40
			% du total	11,4	21,1	32,5
5.	Votre organisation a pu exercer son autonomie et la prise en charge des programmes et services de santé transférables.*	D'accord	Nombre	53	35	88
			% du total	41,1	27,1	68,2
		Désaccord	Nombre	16	25	41
			% du total	12,4	19,4	31,8
6.	Votre organisation a pu exercer une certaine autonomie et la prise en charge de programmes et services non compris dans le transfert (ciblés) (p. ex. soins à domicile et en milieu communautaire, initiative sur le diabète).	D'accord	Nombre	57	47	104
			% du total	42,5	35,1	77,6
		Désaccord	Nombre	13	17	30
			% du total	9,7	12,7	22,4

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Les sujets interrogés ont indiqué que c'était la possibilité d'établir localement les priorités et de concevoir des programmes en fonction de ces priorités qui avait incité leur collectivité à signer une entente de transfert ou une entente intégrée. La prise de décisions à l'échelon local a amélioré la capacité des programmes de s'adapter à l'évolution des besoins, en se soustrayant aux longs processus d'approbation de la DGSPNI. Elle a aussi accru la possibilité de planification à long terme. En tout, 67,5 % (n° 4) des répondants ont dit être en mesure d'affecter les fonds en fonction des priorités locales. Si l'on prend uniquement en compte les collectivités ayant conclu une entente de transfert, ce chiffre grimpe à 78,8 %. Des possibilités d'amélioration précises sont abordées à la section 5.2.

Nous avons tenté d'établir une distinction entre les répondants ayant pu exercer leur autonomie et prendre en charge des programmes transférables (n° 5, 68,2 %) et ceux jouissant d'une autonomie et d'un contrôle sur les programmes non transférables (un facteur de confusion; n° 6, 77,6 %). Il semble qu'un pourcentage plus élevé de répondants aient déclaré que leur organisation a pu exercer une certaine autonomie et prendre en charge les programmes non transférables. La différence peut refléter la formulation des questions : on parlait d'autonomie et de prise en charge pour les programmes transférés, alors qu'on parlait d'une certaine autonomie et de prise en charge pour les programmes non transférables. La différence entre les collectivités ayant conclu un accord de transfert et celles ayant signé un accord intégré n'était pas statistiquement significative. Tous les résultats étaient indépendants de tous les autres facteurs.

Bien que l'introduction de nouveaux programmes ait permis d'améliorer les services, le manque de souplesse des programmes ciblés sur le plan des objectifs et du financement revenait constamment dans les entrevues et les analyses locales.

[TRADUCTION]

Vous savez, lorsqu'on regarde notre transfert, il n'est pas très souple. Nous avons des programmes ciblés qui ne nous permettent vraiment pas de sortir des sentiers battus. Ils sont accompagnés d'exigences en matière de rapports. Et nous devons faire ça, ça et ça avec ces programmes ciblés... Donc, en réalité, il n'est pas très souple. Je ne vois pas beaucoup de souplesse, car une bonne partie des fonds sont affectés à d'autres programmes afin de compenser le déficit, étant donné qu'il n'y pas suffisamment de fonds. (Membre d'une collectivité des PN, région du Pacifique)

Un élément clé de la souplesse a été la possibilité de **conserver les fonds non dépensés** (surplus) accumulés pour les programmes transférables et de les réaffecter en fonction des priorités locales en matière de santé. Le tableau 4.3 montre les réponses à deux questions connexes. Dans l'ensemble, 57,4 % des répondants ont indiqué avoir été en mesure d'accumuler un surplus à un moment ou un autre dans le passé. Les répondants des collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient plus nombreux à donner une réponse positive. Un total de 88,4 % des répondants ont dit éprouver plus de difficulté à accumuler des surplus aujourd'hui. L'analyse des différences régionales pour les trois questions n'a pas permis de tirer de conclusions.

N°				Transfert
1.	Dans les dernières années, votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu accumuler un surplus d'argent dans les programmes transférés, assurant une certaine flexibilité.*	D'accord	Nombre	39
			% du total	57,4
		Désaccord	Nombre	29
			% du total	42,6
2.	Il devient de plus en plus difficile pour votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'accumuler un surplus sur les programmes transférés, ce qui limite la flexibilité.	D'accord	Nombre	61
			% du total	88,4
		Désaccord	Nombre	8
			% du total	11,6

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

La capacité de répondre aux besoins est aussi liée à la capacité d'une organisation de recruter et de maintenir en poste l'effectif dont elle a besoin pour offrir des services de qualité. Le transfert a donné aux collectivités des PN/I l'occasion de devenir des participants actifs à la planification et à la prestation des soins de santé. Par conséquent, les organisations des PN/I ont la possibilité de participer activement à l'évaluation des besoins et des capacités, à l'acquisition des compétences, à la mise en œuvre d'interventions et à l'évaluation des résultats. Cet engagement varie d'une organisation à l'autre, selon un certain nombre de facteurs. Cette possibilité n'existait pas avant le transfert.³²

Pour les collectivités des PN/I, la participation au transfert s'est traduite par la réalisation d'évaluations des besoins, l'élaboration de plans opérationnels, l'établissement et l'administration de budgets, le recrutement et la gestion du personnel en santé, ainsi que l'offre de programmes de santé. Comme les collectivités n'avaient alors que peu d'expérience dans la planification en santé, elles ont dû acquérir ou, du moins, se procurer les compétences nécessaires pour répondre aux attentes. La correspondance ministérielle entre l'administration centrale et les régions pendant cette période met en évidence une étroite collaboration dans la planification et la surveillance minutieuse du processus de mise en œuvre préalable au transfert et la prise en compte des besoins en matière de formation des PN (trois notes de service, le 6 mai 1987; le 4 janvier 1988; le 15 mars 1988; le 19 août 1988; le 9 janvier 1989). Ces échanges ont mené à l'établissement de la politique de formation sur les négociations relatives au transfert le 5 juillet 1988. Il semblerait que, en fin de compte, on ait décidé de transférer les fonds de formation existants aux organisations des PN/I, en fonction de l'historique des dépenses, dans le but de s'assurer que les collectivités ayant conclu une entente de transfert et, plus tard, celles ayant signé une entente intégrée, auraient accès à des formations d'un éventail de ressources et jouiraient d'un maximum de souplesse.

La formation, ou le **développement des capacités**, comme on l'appelle maintenant, a beaucoup attiré l'attention. La question est abordée au tableau 4.4. On a demandé aux répondants s'ils avaient été en mesure d'acquérir des compétences sur le plan de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et de l'élaboration des programmes (n° 1). La majorité d'entre eux (65,6 %) ont indiqué que leur organisation de santé avait en effet été en mesure d'acquérir les compétences requises. Les répondants des collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient plus nombreux à donner une réponse positive que les répondants des collectivités ayant conclu une entente intégrée. Nous avons également cherché à savoir si la DGSPNI était considérée comme une source de soutien au développement des capacités (n° 2). La plupart des répondants (66,9 %) ont répondu par la négative. Comme on pouvait s'y attendre, la majorité de ceux qui ont fourni une réponse positive étaient issus de collectivités ayant conclu une entente intégrée.

³² Tel que mentionné précédemment, les collectivités NTNI gèrent et offrent maintenant des services communautaires. Ces ententes demeurent en grande partie normatifs, réduisant les possibilités d'expérimentation, d'innovation et d'apprentissage.

N ^o			Transfert	Intégration	Total	
1.	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu renforcer ou améliorer les compétences de son personnel dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et de l'application des programmes.*	D'accord	Nombre	51	35	86
			% du total	38,9	26,7	65,6
		Désaccord	Nombre	18	27	45
			% du total	13,7	20,6	34,3
2.	La DGSPNI aide votre organisation à renforcer ou à améliorer les compétences de son personnel dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et des programmes.*	D'accord	Nombre	11	32	43
			% du total	8,5	24,6	33,1
		Désaccord	Nombre	57	30	87
			% du total	43,8	23,1	66,9

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Comme le montre le tableau 4.5, les PN du Pacifique, de l'Alberta et de l'Ontario convenaient plus volontiers que leur bureau de la DGSPNI appuyait le perfectionnement des compétences dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et de l'application des programmes. Les différences étaient statistiquement significatives. Il faut cependant rappeler que l'on trouve dans ces trois régions une proportion nettement plus élevée de collectivités ayant conclu une entente intégrée, ce qui représente un facteur de confusion prévisible.

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	9	5	4	2	17	1	5	43
	% dans la région	40,9	62,5	20,0	16,7	44,7	6,3	41,7	33,6
Désaccord	Nombre	13	3	16	10	21	15	7	85
	% dans la région	59,1	37,5	80,0	83,3	55,3	93,7	58,3	66,4
Proportion des répondants provenant de collectivités ayant conclu une entente intégrée		75,0 %	75,0 %	30,0 %	35,7 %	63,2 %	5,9 %	35,7 %	48,1 %

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Le besoin de développer des capacités est lié aux questions entourant la stabilité de l'effectif. Tel que l'illustre le tableau 4.6, la majorité des répondants (70 %) ont indiqué que les possibilités d'emploi dans la collectivité avaient augmenté à la suite de la signature d'une entente de transfert ou d'une entente intégrée (n° 1). Comme on pouvait s'y attendre, les collectivités ayant conclu une entente de transfert étaient plus nombreuses que celles ayant conclu une entente intégrée à donner une réponse positive. La différence était statistiquement significative.

La majorité des répondants (70,6 %) ont aussi signalé une plus grande stabilité de l'effectif (n° 2). Une plus forte majorité d'entre eux encore (84,9 %) ont cependant précisé que le manque d'équité sur le plan des salaires et des avantages sociaux minait la stabilité de leur effectif (n° 3). La différence entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée n'était pas statistiquement significative.

N°				Transfert	Intégration	Total
1.	La signature de l'entente [de transfert ou intégrée] a accru les possibilités pour les particuliers des Premières nations (et des Inuits) de travailler au [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé]*.	D'accord	Nombre	62	29	91
			% du total	47,7	22,3	70,0
		Désaccord	Nombre	8	31	39
			% du total	6,1	23,8	30,0
2.	La signature de l'entente [de transfert ou intégrée] par votre organisation, a créé une main-d'œuvre plus stable au [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] (p. ex. le personnel est moins susceptible de chercher du travail ailleurs).	D'accord	Nombre	49	40	89
			% du total	38,9	31,7	70,6
		Désaccord	Nombre	15	22	37
			% du total	11,9	17,5	29,4
3.	Le manque d'équité des salaires et bénéfices entre votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé], la DGSPNI et les provinces a une influence sur la stabilité de la main-d'œuvre au sein de votre organisation.	D'accord	Nombre	55	52	107
			% du total	43,6	41,3	84,9
		Désaccord	Nombre	12	7	19
			% du total	9,5	5,6	15,1
4.	Le recrutement et le maintien en poste d'infirmières qualifiées et d'autres professionnels de la santé est une lutte constante pour votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé].	D'accord	Nombre	55	52	107
			% du total	41,7	39,4	81,1
		Désaccord	Nombre	14	11	25
			% du total	10,6	8,3	18,9

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

La plupart des répondants (81,1 %) ont fait état de difficultés de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier et d'autres professionnels (n° 4).³³ Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée. Selon les résultats présentés dans le tableau 4.7, il semble que la question de l'équité salariale soit un problème tout particulièrement pour le personnel infirmier et les autres professionnels.

Tableau 4.7 Répercussions des inégalités sur le plan des salaires et des avantages sociaux sur le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier et des professionnels

		Le manque d'équité des salaires et bénéfices entre votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé], la DGSPNI et les provinces a une influence sur la stabilité de la main-d'œuvre au sein de votre organisation.			
			D'accord	Désaccord	Total
Le recrutement et le maintien en poste d'infirmières qualifiées et d'autres professionnels de la santé est une lutte constante.*	D'accord	Nombre	89	12	101
		% du total	73,6	9,9	83,5
	Désaccord	Nombre	13	7	20
		% du total	10,7	5,8	16,5

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Ces résultats reflètent les questions soulevées pendant les entrevues. Un facteur qui peut entrer en jeu est la capacité de recruter du personnel infirmier possédant les compétences et l'expérience nécessaires pour travailler dans un cadre de pratique élargi (plus pertinent dans les postes de soins infirmiers et les collectivités semi-isolées ou isolées). L'accès au programme d'acquisition de compétences est limité partout au pays, et était, jusqu'à tout récemment, particulièrement restreint pour les infirmières francophones. Voir les détails à l'annexe X.

Dans l'ensemble, il semble que la **PTSS ait atteint son objectif** consistant à permettre aux organisations des PN/I de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé, comparativement à la situation préalable au transfert. Il semble toutefois :

- que, selon une *perspective de gouvernance à l'égard du système de santé*, la souplesse promise dans la PTSS ait été érodée au fil du temps;
- que l'équité salariale pour le personnel infirmier et les autres professionnels nuise à la capacité des organisations de maintenir un effectif stable.

La question du financement est au cœur des préoccupations.

³³ Il est important de souligner que le reste des répondants (18,9 %) semblent n'éprouver aucune difficulté avec le recrutement et le maintien en poste. Nous n'avons pas été en mesure d'établir un lien avec des caractéristiques précises des collectivités.

Le fait que les répondants issus d'une collectivité ayant conclu une entente intégrée sont beaucoup moins nombreux à se dire capables de contrôler les programmes communautaires et d'affecter les ressources en fonction des priorités locales en matière de santé constitue une des conclusions de cette analyse. Logiquement, la capacité de répondre aux besoins peut donc être compromise. Le modèle intégré était considéré comme une d'étape intermédiaire vers le transfert. On s'attend à ce que chaque étape permette d'accroître l'autonomie par rapport à l'affectation des ressources financières en vue de réaliser les priorités locales. Bien qu'on ait besoin de divers modèles vu la diversité des capacités et des aspirations des organisations des PN/I, ceux-ci peuvent compromettre la capacité des services de répondre aux besoins.

4.2 Objectif 2 : Renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres

Au chapitre de la responsabilisation, nous constatons que le deuxième objectif de la PTSS met uniquement l'accent sur la **responsabilisation vers le bas**, c'est-à-dire l'obligation des bandes de rendre compte à leurs membres. Il n'est jamais question de **responsabilisation réciproque**, qui refléterait un partenariat entre la DGSPNI et les collectivités des PN/I. En général, les répondants des PN/I ont abordé ces deux types de responsabilisation.

[TRADUCTION]

Santé Canada parle toujours de responsabilisation. Bien, ce qui manque dans tout ça, c'est qu'il rende des comptes aux PN. À mon avis, nous lui avons rendu plus que des comptes au cours du processus de transfert, alors qu'il ne nous a rendu aucun compte. Et, je crois que tout ce qu'on aborde dans cette politique doit être réciproque. (Membre d'une collectivité des PN, Ontario)

La majorité des évaluations quinquennales reposent sur les enquêtes menées auprès des membres des collectivités afin d'obtenir leurs commentaires. Selon ces enquêtes, il semble que l'accroissement de la responsabilisation des autorités sanitaires des PN/I à l'endroit des membres des collectivités constitue l'un des résultats positifs du transfert. Cette responsabilisation est plus évidente au sein des collectivités qui ont créé un système de gestion efficace permettant une meilleure coordination des services, une bonne utilisation des ressources, ainsi que l'élaboration de politiques et de plans de travail (see for examples Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997, 2000, Axis Consulting Inc 1996, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, Hollett & Sons Inc 2002, Lavoie 2000, P.M.Associates Ltd. 2001, Snelling & Social Research Consulting 2001, Temagami First Nation 2001, The Flett Consulting Group 2003, Warry et al 2000, Warry 2000, Young et al 1999).

[TRADUCTION]

Nous sommes devenus une « organisation d'apprentissage ». (Membre d'une collectivité des PN, Saskatchewan)

L'**agrément [accréditation]³⁴ des services de santé** par le Conseil canadien d'agrément des services de santé (CCASS)³⁵ est une avenue qu'empruntent de plus en

³⁴ Le terme « accréditation », qui est un anglicisme, est plus couramment utilisée et connu.

³⁵ <http://www.cchsa.ca/>.

plus les PNI pour aider leurs organisations à mettre en place leur infrastructure organisationnelle. L'agrément est l'une des composantes d'un programme d'assurance de la qualité. Deux des organisations visitées pour les analyses locales ont sollicité l'agrément des services de santé auprès du CCASS. Le Conseil tribal Battleford (CTB), en Saskatchewan, a obtenu l'agrément en 1998, pour une période de trois ans, et l'a obtenu de nouveau en 2001. Bien que l'agrément ne soit pas requis pour les négociations actuelles relatives au transfert, le CTB s'affaire aux derniers préparatifs pour la prochaine visite de l'équipe d'agrément, qui aura lieu à l'automne 2004. Le processus a été financé au moyen de ressources qui ont été affectées à l'évaluation quinquennale dans le cadre de l'entente de transfert. Les gestionnaires de la santé ont trouvé le processus d'agrément beaucoup plus utile que l'évaluation, car il s'agit d'un processus continu qui appuie la gestion de programme et les rajustements, au besoin. Le directeur du CTB y participe aussi à titre de membre de l'équipe d'agrément du CCASS pour les visites dans d'autres collectivités des PN. Le personnel du CTB n'était pas seulement favorable à l'agrément, mais était très emballé par le processus et convaincu de l'utilité de cette approche comme moyen d'atteindre une bonne gestion de programme, que leur permettre de répondre aux besoins continus et en constante évolution de l'effectif, ainsi qu'à ceux des collectivités. Bien que le premier cycle d'agrément demande beaucoup de temps et d'énergie sur le plan de la préparation, l'investissement initial décroît d'un cycle à l'autre.

Pendant la quatrième année de leur première entente, les Dilico Ojibway Child & Family Services ont décidé de solliciter l'agrément et d'utiliser leurs points de repère nationaux en matière de qualité comme mesures. L'expérience s'est avérée très positive pour ces services, car elle a permis la mise en place de deux processus. D'abord, elle a été l'occasion, à tous les échelons de l'organisation, de participer à une analyse critique et à une évaluation de l'organisation. Cette analyse portait sur les systèmes des ressources humaines, les systèmes de santé et de sécurité, les systèmes environnementaux et les questions de gestion du risque. Il s'agissait d'une évaluation inclusive.³⁶ Ensuite, l'autoévaluation a été transmise à une partie indépendante qui a évalué les Dilico Ojibway Child & Family Services, puis a brossé un portrait de l'organisation qui correspondait plus ou moins à l'autoévaluation. Vu leur expérience positive, les Dilico Ojibway Child & Family Services sont très favorables au processus d'agrément. En septembre 2005, l'organisation commencera à se préparer pour la prochaine visite sur place, au cours de laquelle on examinera la mise en œuvre des recommandations initiales à des fins de suivi.

³⁶ À la demande de la DGSPNI, Kinnon a analysé l'importance de l'agrément par rapport à celle de l'évaluation. Le rapport est révélateur et détaillé. Kinnon en conclut que les deux processus se complètent, mais ont des buts différents. Nous sommes d'accord, mais soulignons que le manque de renseignements sur la santé entrave le processus d'évaluation. Son évaluation de l'agrément indique qu'il s'agit d'un exercice valable d'assurance de la qualité qui mène au développement des capacités.

La Nunee Health Authority tente actuellement d'obtenir l'agrément, estimant qu'il s'agit d'un moyen de garantir des services de santé de qualité élevée et d'appuyer le développement continu des capacités des fournisseurs de services et des administrateurs à Fort Chipewyan, en Alberta.

Comme l'illustre le tableau 4.8, seulement le tiers des collectivités jointes au cours du sondage téléphonique avaient envisagé la démarche d'agrément. Un grand nombre de répondants, 43,8 %, n'étaient pas au courant de cette procédure. Comme le montre le tableau 4.9, les répondants des régions de l'Atlantique et du Québec semblaient mieux connaître ou accepter cette procédure.

Tableau 4.8 Le transfert a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de considérer l'agrément (accréditation) des services de santé.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	28	18	46
	% du total	20,4	13,1	33,6
Désaccord	Nombre	16	15	31
	% du total	11,7	10,9	22,6
Incertain ou S.O.	Nombre	27	33	60
	% du total	19,7	24,1	43,8

Tableau 4.9 Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de considérer l'agrément des services de santé.

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	6	2	7	4	9	8	8	44
	% dans la région	25,0	25,0	35,0	28,6	23,7	47,1	57,1	32,6
Désaccord	Nombre	7	3	3	4	7	6	1	31
	% dans la région	29,2	37,5	15,0	28,6	18,4	35,3	7,1	23,0
Sans réponse ou S.O.	Nombre	11	3	10	6	22	3	5	60
	% dans la région	45,8	37,5	50,0	42,9	57,9	17,6	35,7	44,4

Le manque de fonds est un obstacle à la démarche d'agrément. Bien que le BTC ait obtenu de la DGSPNI l'autorisation d'affecter à sa démarche d'agrément des fonds prévus pour l'évaluation, cela ne semble être ni la politique ni la norme à cet égard.

Une organisation jointe au cours du sondage téléphonique a indiqué que sa PN a obtenu l'agrément international de l'Organisation internationale de normalisation (ISO 9000) pour tous les programmes de la bande (y compris les programmes de santé). Un coordonnateur de l'assurance de la qualité est associé à tous les programmes gérés par le chef et par le conseil. Cet agrément a conféré à la bande un nouveau statut et a amélioré sa capacité de développement économique : les banques sont mieux disposées à faire des affaires avec elle. La démarche a été financée par le MAINC.

Les répondants au sondage téléphonique ont souligné des améliorations importantes à la création d'un **système de rapport** pour répondre aux besoins en matière de responsabilisation de leur collectivité. Tel que l'illustre le tableau 4.10, 63,6 % des répondants ont déclaré qu'il y avait un système en place pour répondre aux besoins de leur collectivité. Par exemple, le Conseil des Mohawks d'Akwesasne a mis en œuvre son SIS à la fin de 1997 et il s'apprêtait, en 2001, à le relier à un nouveau système de dossiers médicaux (Johnson 2001, p. 36). La PN de Dokis a fait état des difficultés éprouvées avec son SIS pendant la période de transfert, mais indique avoir réussi à apporter des modifications à son système (Centre for Indigenous Sovereignty 2001). La PN M'Chigeeng a élaboré un système indépendant d'évaluation pour faire le suivi et la collecte des données régionales, même si elle ne dispose pas d'un mécanisme d'assurance de la qualité lui permettant de confirmer la précision et la fiabilité de sa collecte de données (Warry et al 2000).

Une des collectivités visitées à des fins d'analyse locale, Cowichan, a élaboré et mis en œuvre le « Tribes Health Information System », qui constitue une base de données relationnelle souple sur ses clients. Ce système a été mis au point à l'interne et permet de conserver tous les renseignements recueillis sur les membres des tribus, peu importe le secteur de programme; il vise à éviter, dans la mesure du possible, tout chevauchement pouvant résulter des modèles de rapports créés par la DGSPNI ou d'autres ministères fédéraux. Le système d'information comprend un registre de la population permettant de retracer tous les services fournis par des groupes et des fournisseurs à un client. Tous les membres du personnel sont chargés d'entrer les données relatives au client pour leur secteur de programme respectif. Une gestion stricte des données et des protocoles d'accès limite l'accès des membres du personnel aux renseignements sur les clients associés à leur secteur de programme. Les membres du personnel du programme peuvent facilement produire des rapports pour satisfaire aux exigences trimestrielles et annuelles en matière de rapports de leur secteur de programme respectif. Comme les exigences fédérales en matière de rapports ne reflètent pas les priorités des collectivités ni ne fournissent de renseignements adéquats sur le rendement ou les résultats, on recueille des données supplémentaires pour cibler les ressources, gérer la charge de travail, ainsi que documenter les besoins et l'amélioration de l'état de santé des membres de la tribu de Cowichan. Selon les travailleurs locaux interrogés; la DGSPNI ne finance pas le maintien de ce système par le centre de santé et n'a pas non plus financé sa création. La Nunee Health Authority travaille aussi à la conception de son propre système (le lecteur trouvera d'autres exemples dans Centre for Indigenous Sovereignty 1998, Mussell 2001, Ojibways of Pic River 2003).

Les renseignements requis par les collectivités pour remplir leurs obligations en matière de rapports peuvent toutefois différer des renseignements sur la santé nécessaires pour la planification et l'évaluation des services de santé. Presque toutes les évaluations nationales

Tableau 4.10 Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'élaborer et de maintenir un système de production de rapports sur l'application des programmes et la prestation des services de santé qui est utile à votre collectivité.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	44	38	82
	% du total	34,1	29,5	63,6
Désaccord	Nombre	21	26	47
	% du total	16,3	20,2	36,4

soulignaient la nécessité d'instaurer un **système d'information sur la santé (SIS)** complet et commode en vue de la collecte, de l'enregistrement et de la gestion des données. Les collectivités ont aussi mentionné qu'il était important que le SIS soit centralisé et relié aux bases de données provinciales afin de rendre possible le suivi des services de santé et des diagnostics reçus par les membres hors des réserves ou de permettre les comparaisons avec d'autres collectivités des PN/I (le lecteur trouvera des exemples dans Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997, Centre for Indigenous Sovereignty 2002, Process Management Inc. 2002, Terence Hickey Associates Inc. 2001).

Le fait de disposer d'un SIS efficace a de toute évidence une influence déterminante sur la capacité de la collectivité de cerner ses besoins, de déterminer ses priorités et de suivre les progrès accomplis sur le plan de l'état de santé et de la prestation des services et des programmes. Nombre de collectivités, toutefois, se sont dites incapables de mettre en œuvre le SIS fourni par la DGSPNI, parce qu'elles n'avaient pas reçu de fonds pour la formation du personnel, la rémunération des commis à la saisie des données ou les frais de gestion de la base de données (le lecteur trouvera d'autres exemples dans Adshaw Enterprises Limited 2002, iDeation 1995, Kangas & Associates 2003, Kelsey Management Services 2001, Meuse 2003, Process Management Inc. 2002, Quennell & Hammond 1997, Robson Rural and Community Health Partners 2002, Snelling & Social Research Consulting 2001, WhiteDuck Consulting 1998). Beaucoup d'autres encore indiquaient expressément que les ressources humaines étaient insuffisantes pour répondre aux exigences administratives du système (Barry 2003, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, 2002, Cook Consulting Inc. 2000, InterGroup Consultants Ltd 1995, Meuse 2003, Northwind Consultants 2000, Quennell & Hammond 1997, Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, Warry et al 2000, Warry 2000, WhiteDuck Consulting 1998). La PN Opaskwayak, au Manitoba, a mentionné que c'était la raison pour laquelle ses factures à la DGSPNI étaient souvent en retard (Opaskwayak Cree Nation 1994, p. 26), et la PN Keeseekoosie, en Saskatchewan, n'avait apparemment pas encore soumis ses deux derniers rapports annuels pour la même raison (Barry 2003).

Jusqu'ici, le Système d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits (SISPNI) n'a pas tenu ses promesses. La plupart des sujets interrogés ont fait des commentaires sur le **cadre actuel de production de rapports** exigé par la DGSPNI. Ils ont indiqué que, même si la DGSPNI avait accru de façon notable ses exigences en matière de rapports, elle l'avait fait avant la mise en place d'un système qui aurait permis de respecter ces exigences de manière rentable à l'échelle locale.

Je crois qu'il serait bien que Santé Canada ait la possibilité de vraiment simplifier l'ensemble des programmes de santé. Par exemple, tout ce qui est lié à la santé – il serait bien si, à un moment donné, nous pouvions offrir tous ces services nous-mêmes. Vous savez, si nous avions la capacité d'offrir ces services et que nous l'avions prouvé, on pourrait alors éliminer les ententes de contribution annuelles et tout regrouper sous le transfert des services de santé. (Membre d'une collectivité des PN, Ontario)

Comme l'illustre le tableau 4.11, la majorité des répondants ont dit que leur organisation ne recevait pas suffisamment de fonds pour satisfaire aux exigences du cadre actuel de production de rapports.

Une façon de mesurer la **responsabilisation réciproque** consiste, pour les régions de la DGSPNI, à produire des rapports annuels

sur leur performance en ce qui concerne l'administration, les programmes et la prestation de services. Dans le contexte de cette évaluation, nous avons cherché à connaître le type de rapports que les régions de la DGSPNI produisent pour l'administration centrale de cette dernière. Il semblerait que les exigences en matière de rapports des régions se limitent à des rapports financiers annuels. À l'heure actuelle, il n'existe pas de mécanisme assurant la transparence au niveau de l'administration régionale, qui pourrait aider les PN/I à, tout au moins, saisir les contingences associées à ce niveau administratif. C'est là un point particulièrement irritant pour les PN du Manitoba. Nous désirons aussi souligner que les écarts dans les exigences en matière de rapports constituent un facteur important de disparité dans l'application des normes de responsabilisation.

Une deuxième façon de mesurer la **responsabilisation réciproque** réside dans l'aptitude des collectivités ayant signé une entente à signaler à l'attention de la DGSPNI les enjeux préoccupants et à obtenir une réponse à leur sujet. Aux premiers stades de la mise en œuvre du transfert, il existait des mécanismes permettant de veiller à ce que les décisions de haut niveau reflètent la diversité des régions et les réalités des PN/I. Exception faite des processus de cogestion dans les régions de l'Alberta et de l'Atlantique, ces processus n'existent plus. Les répondants de la DGSPNI ont indiqué que les décisions se prennent de plus en plus à l'administration centrale, loin du contexte de la mise en œuvre, et de façon unilatérale. Bien que ces décisions aient des répercussions importantes pour les organisations des PN/I, il n'existe aucun mécanisme efficace pour tenir compte de leurs préoccupations. Par exemple, le *Guide 3 – Après le transfert* indique très clairement que :

En signant l'Entente de transfert, la communauté reconnaît que les questions de politiques publiques ne sont pas destinées à être négociées par résolution de différends (Health Canada (FNIHB) 2001e).

Tableau 4.11 Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] est financé pour répondre aux nouvelles exigences relatives à la production de rapports fiscaux et de vérification établies par la DGSPNI en vue d'améliorer la responsabilisation.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	11	24	35
	% du total	8,9	19,5	28,5
Désaccord	Nombre	55	33	88
	% du total	44,7	26,8	71,5

Dans le cadre de la PTSS, on ne s'est pas encore entendu sur ce qui constitue une politique publique et ce qui est plutôt un choix administratif. Bien que tous les ententes comprennent un mécanisme relativement standard de règlement des différends, ni la DGSPNI ni le ministre ne sont tenus d'y avoir recours. Il s'agit donc d'une disposition faisant appel à la bonne volonté. La majorité des répondants (68,8 %) ont dit que cette disposition n'était pas efficace (tableau 4.12). Cette question préoccupait tout particulièrement les PN de la Saskatchewan et du Québec (tableau 4.13). Par ailleurs, seulement 31,2 % des répondants ont jugé efficace le mécanisme de règlement des différends actuellement en place. Les répondants ontariens semblaient être plus positifs à cet égard. Notre question ne faisait pas de distinction entre les processus officiels et non officiels de règlement des différends.

Tableau 4.12 Selon votre expérience, il existe un processus de règlement des différends efficace entre la DGSPNI et les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou intégrée.*

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	11	18	29
	% du total	11,8	19,3	31,2
Désaccord	Nombre	44	20	64
	% du total	47,3	21,5	68,8

Le Conseil tribal de Meadow Lake (CTML), en Saskatchewan, est l'une des trois organisations à avoir tenté d'utiliser le processus officiel de règlement des différends. Depuis 1991, il essaie de résoudre des différends avec la DGSM/DGSPNI, notamment par rapport à l'application irrégulière de la politique en ce qui a trait à la désignation des établissements, à l'imposition par la DGSM/DGSPNI d'un plan d'intégration ministériel et à la violation d'une entente par la DGSM/DGSPNI concernant l'introduction de nouveaux programmes et l'aide fournie relativement aux urgences, aux épidémies et aux catastrophes (Adams & Brown 1999). Les questions ont très bien été documentées au fil du temps et ont généré une importante correspondance entre le CTML, la région de la DGSPNI et l'administration centrale. La proposition initiale du CTML concernant la nouvelle désignation des établissements et des services dans certaines collectivités pendant les négociations relatives au transfert n'a pas été acceptée par la DGSPNI. Ne voyant aucun règlement prochain, le CTML, en accord avec la DGSPNI, a eu recours aux services de Duane Adams, un facilitateur du Saskatchewan Institute of Public Policy. Malgré le soutien constant offert par le bureau régional de la DGSPNI et le rapport détaillé du facilitateur, la DGSPNI n'a pas réussi à régler les problèmes du CTML à la satisfaction de ce dernier. On a laissé entendre que le processus aurait plus de crédibilité auprès des PN si une tierce partie participait à la prise de décision finale (processus de médiation exécutoire) afin d'assurer l'impartialité.

Tableau 4.13 Selon votre expérience, il existe un processus de règlement des différends efficace entre la DGSPNI et les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou intégrée?*

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	7	3	0	3	11	0	5	29
	% dans la région	41,2	42,9	0,0	25,0	64,7	0,0	50,0	31,9
Désaccord	Nombre	10	4	13	9	6	15	5	62
	% dans la région	58,8	57,1	100,0	75,0	35,3	100,0	50,0	68,1

Dans l'ensemble, il apparaît clairement que la **PTSS a accru les obligations en matière de responsabilisation** des chefs et des conseils envers leurs membres en ce qui a trait aux programmes de santé. Avant le transfert, des éléments clés des services, comme les soins infirmiers, relevaient directement de la DGSPNI et ils fonctionnaient sans la participation du chef et du conseil ou des membres de la collectivité. À cet égard, la PTSS a permis d'atteindre l'objectif énoncé. La question de la responsabilisation, cependant, a une portée plus vaste.

Cette amélioration de la responsabilisation n'a pas nécessairement résulté du cadre instauré par la DGSPNI. Les deux tiers des organisations interrogées ont signalé être parvenues à mettre au point un système utile de rapport visant à répondre à leurs besoins internes. Toutefois, la mise au point d'un SIS qui aiderait les organisations des PN/I à satisfaire à leurs attentes en matière de planification et de rapport a été longue et laborieuse.

L'agrément des services de santé est devenu une démarche utile qui permet à certaines PN de faire en sorte que leur organisation s'efforce d'améliorer les processus de gestion et que les services respectent les critères nationaux. Cependant, l'intérêt pour cette démarche semblait faible.

La responsabilisation accrue n'a pas été accompagnée d'une amélioration des mesures de responsabilisation réciproque. Bien qu'il existe sur papier un mécanisme de règlement des différends, celui-ci est largement théorique. De plus, on a remarqué que les régions de la DGSPNI n'avaient apparemment pas à rendre des comptes sur leur propre rendement.

4.3 Objectif 3 : Veiller au maintien de la santé publique grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires

Les programmes obligatoires comprennent :

- la lutte contre les maladies transmissibles et l'immunisation;
- l'hygiène du milieu, la santé et la sécurité au travail;
- le traitement.

Le Plan de santé communautaire doit prévoir la prestation de ces services. Le *Guide 2 – Transfert des services de santé* en décrit les exigences (Health Canada (FNIHB)

2001d). L'exécution de ces programmes requiert obligatoirement une certaine interaction avec les pouvoirs provinciaux en raison des dispositions législatives provinciales en matière de santé publique et d'autorisation professionnelle. Nous n'avons pas été en mesure d'évaluer la portée et l'efficacité de ces programmes, étant donné qu'ils sont définis de façon très générale et ne sont assortis d'aucun critère établi d'évaluation. La plupart des données requises sont également inaccessibles.

Comme le montre le tableau 4.14, la grande majorité (90,2 %) des répondants se sont dits en mesure de satisfaire aux exigences courantes des programmes obligatoires au chapitre de la santé et de la sécurité publiques.

Les données tirées des évaluations quinquennales montrent des améliorations sur le plan des taux d'immunisation.

Tableau 4.14 Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de s'assurer du maintien de la santé publique dans l'application des programmes obligatoires.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	66	54	120
	% du total	49,6	40,6	90,2
Désaccord	Nombre	4	9	13
	% du total	3,0	6,8	9,8

- À Sandy Bay, au Manitoba, on a relevé une augmentation du taux d'administration du vaccin BCG aux bébés de la naissance à 12 mois depuis le transfert (augmentation constante de 88,64 % avant le transfert en 1988 [n = 44] à 92,96 % en 1993 [n = 71], à l'exception d'une faible diminution de 94,87 % en 1992 à 92,96 % en 1993). Les résultats relativement à l'administration du vaccin BCG aux enfants âgés entre 5 et 16 ans sont semblables (iDeation 1995, p. 72 & p. 75, dossiers internes et données de la DGSPNI).
- Dans la Tribu des Blood, en Alberta, le taux d'immunisation des enfants de la naissance à six ans a augmenté considérablement de 1995 à 2000. Le taux d'immunisation chez les bébés de un an et de 2 ans a atteint 96 % et 73 % respectivement (WhiteDuck Consulting 2001, p. 22, les données de la DGSPNI comprennent la population hors réserve).
- À Sturgeon Lake, en Saskatchewan, on a remarqué une augmentation du taux d'immunisation chez les enfants âgés de un à six ans au cours de la période de transfert de 1996 à 1999 (Lavoie 2000, données tirées du Nursing Reporting System).
- À Montreal Lake, en Saskatchewan, on a observé une augmentation du taux d'administration du vaccin DCT chez les enfants âgés de 5 à 16 ans (de 73 % en 1992 à 92 % en 1995), du vaccin antipoliomyélitique (de 73 % à 82 %) et du vaccin anti-Hib (de 24 % en 1993 à 82 % en 1995) [(Montreal Lake Cree Nation 2003, données de la DGSPNI)].
- À Akwesasne, en Ontario, le taux d'immunisation contre la grippe (groupe d'âge de 65 ans et plus) est passé de 23,8 % du groupe cible à 49,4 % au cours de la période de transfert de 1996 à 2000. Le taux d'immunisation contre les infections à pneumocoque (groupe d'âge de 65 ans et plus) a également augmenté au cours de cette même période, passant de 16,6 % du groupe ciblé à 48,9 %. La collectivité indique avoir atteint, pendant la période de transfert de 1996 à 2000, son objectif consistant à maintenir l'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin égale ou inférieure au taux ontarien moyen de trois ans pour 1996 à 1998

(Johnson 2001, p. 26-27). Le taux d'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et Hib (groupe d'âge de la naissance à 19 ans) a diminué au cours de la période de transfert de 1996 à 2000. Cette diminution s'est avérée particulièrement forte chez les enfants de la naissance à un an (Johnson 2001, p. 20 & p. 39-40).

- À Peguis, au Manitoba, on a maintenu un taux standard de 95 à 100 % chez les enfants âgés de 2 ans et de 90 à 100 % chez les enfants d'âge scolaire (iDeation 1995, Stevenson 2002).
- Le Grand conseil de Prince Albert (GCPA), en Saskatchewan, a déclaré que toutes les collectivités, à l'exception d'une seule, affichaient des taux d'immunisation supérieurs à 90 %, et même de 100 % dans certains cas (Jeffrey & Abonyi 2002).
- La PN Moose Cree a maintenu, pendant la période de transfert de 2000 à 2002, un taux d'immunisation élevé (88,5 % et plus, sauf pour la vaccination contre le BCG) chez les enfants de la naissance à 5 ans, alors que le taux d'immunisation contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'administration du BCG a augmenté (The Flett Consulting Group 2003, p. 28).
- Toutefois, à Montreal Lake, en Saskatchewan, on a relevé une tendance à la baisse du taux d'administration des vaccins DCT et antipoliomyélique aux enfants âgés de un à quatre ans (au cours de la période de transfert de 1992 à 1995), celui-ci étant passé de 78 % en 1992 à 64 % en 1995 (Montreal Lake Cree Nation 2003).

Dans l'ensemble, plus de la moitié des répondants (57,4 %) ont dit avoir établi des liens avec leur province dans le domaine de la santé publique. Les relations établies avec la province par les répondants des autorités sanitaires et des conseils tribaux n'étaient ni meilleures ni pires que celles des répondants issus de collectivités agissant seules. Les différences entre les régions n'étaient pas statistiquement significatives. Il s'agit d'une conclusion importante. Sauf à Terre-Neuve-et-Labrador, les sujets interrogés ont laissé entendre que l'engagement provincial, avant le transfert, était minime.

Tableau 4.15 Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'établir des liens avec la province dans le domaine de la santé publique.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	43	31	74
	% du total	33,3	24,0	57,4
Désaccord	Nombre	23	32	55
	% du total	17,8	24,8	42,6

L'un des thèmes récurrents de cette étude est le manque de clarté dans la définition des responsabilités et des rôles respectifs des organisations des PN/I, de la province et de la DGSPNI. Tel que l'illustre le tableau 4.16, la grande majorité des répondants (91,3 %) au sondage téléphonique ont indiqué que les questions de compétence continuaient d'entraver la capacité des Inuits et des membres des PN d'avoir un accès raisonnable aux services. Au total, 72,5 % des personnes interrogées ont déclaré que les lois et règlements provinciaux avaient créé des obstacles juridiques à la prestation de services raisonnables. En voici des exemples :

- les règlements régissant l'exploitation des ambulances au Québec;

- les questions associées au cadre de pratique du personnel infirmier dans la plupart des régions, mais plus particulièrement au Manitoba et en Alberta;
- les modifications apportées aux dispositions législatives sur l'aide sociale, en Colombie-Britannique, entraînant une immigration interne dans les réserves;
- les responsabilités en santé publique, tel que discuté précédemment;
- la responsabilité des services de santé mentale.

N°			Transfert	Intégration	Total	
1.	Les questions de compétence entre les PN/I, la DGSPNI et les provinces continuent d'entraver la capacité des Inuits et des membres des PN d'avoir un accès raisonnable aux services.	D'accord	Nombre	64	51	115
			% du total	50,8	40,5	91,3
		Désaccord	Nombre	6	5	11
			% du total	4,8	4,0	8,7
2.	Les lois et règlements provinciaux ont créé pour votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité sanitaire] des obstacles juridiques à la prestation raisonnable de services (p. ex. cadre de pratique du personnel infirmier, dentaire et ambulancier).	D'accord	Nombre	41	38	79
			% du total	37,6	34,9	72,5
		Désaccord	Nombre	17	13	30
			% du total	15,6	11,9	27,5

Les différences entre les régions ne sont pas statistiquement significatives. Elles indiquent néanmoins les régions où les tensions sont les plus vives. Comme le montre le tableau 4.17, les répondants des régions du Pacifique et du Québec s'inquiétaient nettement plus que les autres des questions de compétence, tandis que ceux des Prairies étaient les moins satisfaits de la qualité des services de santé reçus de leur gouvernement provincial.

Tableau 4.17 Les lois et règlements provinciaux ont créé des barrières légales qui empêchent votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de fournir des services de façon acceptable (p. ex. le champ d'activité des services infirmiers, dentaires et ambulanciers).

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	17	4	11	7	22	11	7	79
	% dans la région	89,5	66,7	68,7	70,0	64,7	91,7	63,6	73,1
Désaccord	Nombre	2	2	5	3	12	1	4	29
	% dans la région	10,5	33,3	31,2	30,0	35,3	8,3	36,4	26,8

Tableau 4.18 Les rôles et les responsabilités de la DGSPNI en ce qui a trait au modèle [de transfert ou intégré] sont clairs.

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	9	5	8	4	20	2	8	56
	% dans la région	42,9	62,5	47,1	33,3	58,8	12,5	61,5	46,3
Désaccord	Nombre	12	3	9	8	14	14	5	65
	% dans la région	57,1	37,5	52,9	66,7	41,2	87,5	38,5	53,7

Plus de la moitié des répondants au sondage téléphonique ont déclaré que le rôle de la DGSPNI n'était pas clair. C'est au Québec et au Manitoba que la population est la plus confuse par rapport à ce rôle. Cela peut être lié à un changement de langue dans les ententes de transfert au fil du temps (le lecteur doit se reporter à l'annexe XI).

Bien qu'on semble avoir quelque peu clarifié les questions de compétence depuis que Booz et Allen les ont soulevées en 1969 (Booz 1969), il reste encore beaucoup à faire dans ce domaine. Cela soulève des préoccupations relatives à la capacité des organisations des PN/I d'élaborer leur plan d'intervention d'urgence.

[TRADUCTION]

Qu'arrivera-t-il lorsque quelque chose, une catastrophe, surviendra dans notre collectivité? Est-ce que nous nous tournerons vers le gouvernement provincial ou fédéral? Vers qui, quel ministère, devons-nous nous tourner? Qui sont nos personnes-ressources? Qui sont nos partenaires? Nous n'en avons pas. (Membre d'une collectivité des PN, région de l'Atlantique)

Vous savez, nous avons parlé plus tôt de la préparation aux situations d'urgence, nous avons parlé de la création possible d'un fonds de prévoyance afin que nous puissions intervenir en cas d'urgence. C'est très, très difficile. Lorsqu'une situation d'urgence se présente, c'est extrêmement difficile de rassembler ces organisations, les organisations gouvernementales, pour qu'elles nous aident parce que nous fonçons les uns dans les autres et que tout le monde finit par pointer les autres du doigt en disant que c'est leur faute, vous savez. Donc oui, je crois que les PN, probablement la population en général, sont confrontées à ces frustrations, parce qu'on n'obtient pas de résultats de façon ordonnée et immédiate. C'est très difficile. (Membre d'une collectivité des PN, Ontario)

Dans l'ensemble, il semblerait que la **PTSS ait amélioré la probabilité d'engagement des provinces en matière de santé publique** et que les collectivités soient en mesure d'exécuter leurs programmes obligatoires.

Comme l'engagement provincial est essentiel dans le domaine de la santé et de la sécurité publiques et que le maintien de la santé et de la sécurité publiques constitue l'un des trois objectifs de la PTSS, on peut s'attendre à ce que la DGSPNI s'engage activement dans la surveillance de l'ensemble du système de santé des PN/I afin de relever toute lacune, et aide les organisations des PN/I à améliorer les relations entre les fournisseurs de services provinciaux. Toutefois, entre 1989 et 2002, la DGSPNI ne possédait apparemment aucun mécanisme pour surveiller efficacement l'ensemble du système afin de relever les lacunes éventuelles, et ne s'est pas engagée activement à aider les organisations des PN/I et le système provincial de prestation de services à remédier aux lacunes relevées. Cet aspect est particulièrement préoccupant dans les domaines de la santé publique et de la préparation aux situations d'urgence.

Depuis l'instauration de la PTSS, d'importants progrès ont été accomplis sur le plan de l'engagement provincial en santé publique. Au total, 57,4 % des répondants au sondage téléphonique ont dit avoir établi des liens. Il y a toutefois lieu de s'inquiéter pour les 42,6 % restants. On n'a pas documenté l'engagement provincial en matière de santé publique dans les collectivités NTNI.

La DGSPNI a également relevé les améliorations suivantes au cours des deux dernières années :

- des accords ont été signés entre la province et la DGSPNI en Alberta et en Saskatchewan concernant la nomination des médecins hygiénistes;
- une entente tripartite a été signée dans la région du Pacifique au sujet du partage de l'information sur la santé à des fins de surveillance;
- une entente de même nature est en cours d'élaboration au Manitoba;
- un document fédéral-provincial-territorial précisant les rôles et les responsabilités des différents intervenants en cas de pandémie de grippe dans les réserves est en cours de rédaction;
- toutes les régions ont tenu des réunions avec les représentants de leur province pour discuter de l'intégration des activités en cas de pandémie de grippe; certaines (la Colombie-Britannique, l'Alberta, le Manitoba) ont rédigé des accords sur des aspects particuliers de la gestion des pandémies dans les réserves; d'autres (le Québec, les provinces de l'Atlantique, la Saskatchewan) n'ont que des ententes verbales et s'emploient à les mettre par écrit et une (l'Ontario) en est encore aux premières négociations. Ces améliorations représentent des progrès importants.

4.4 Sommaire

Lorsqu'on l'évalue en fonction de ses objectifs initiaux, il est évident que la PTSS a entraîné des améliorations importantes aux services de santé dans les réserves.

Objectif	Résultats
Permettre aux bandes indiennes de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités des collectivités en matière de santé	<ul style="list-style-type: none">• L'établissement de priorités locales et l'affectation stratégique des fonds ont accru la capacité de répondre aux besoins• Les capacités sont accrues• L'effectif est plus stable et élargi• Les questions liées à l'équité salariale influent sur le recrutement et le maintien en poste
Renforcer et améliorer la responsabilisation des bandes indiennes à l'endroit de leurs membres	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilisation vers le bas : la responsabilisation du chef et du conseil en matière de services de santé s'est améliorée• La majorité des collectivités des PN/I ont déclaré avoir créé un système de rapport pour répondre aux besoins en matière de responsabilisation de leurs membres• Le SISPNI n'a toujours pas respecté ses promesses• L'agrément des services de santé est sollicité par certaines organisations des PN/I
Veiller au maintien de la santé et de la sécurité publiques grâce à l'adhésion à des programmes obligatoires	<ul style="list-style-type: none">• Les PN/I déclarent être en mesure d'exécuter leurs programmes obligatoires• Les évaluations quinquennales montrent une amélioration des taux d'immunisation• L'engagement provincial dans la santé publique s'est amélioré• Les questions de compétence demeurent en suspens

Un nombre important d'obstacles systémiques ont cependant été cernés par les PN/I, notamment :

- Le financement restreint et l'établissement de programmes à l'extérieur du cadre de transfert ont limité la souplesse initialement favorisée par le transfert.
- Le recrutement et le maintien en poste des professionnels demeurent un problème pour la majorité des organisations des PN/I et sont liés aux contraintes financières, ainsi qu'à d'autres facteurs.
- Le cadre actuel de production de rapports est coûteux et doit être soutenu par un SIS qui lierait la gestion de l'information à la reddition de comptes.
- L'engagement provincial dans la santé publique demeure problématique pour près de la moitié des collectivités interrogées.

Les obstacles échappent en grande partie au contrôle des organisations des PN/I et des régions de la DGSPNI.

Chapitre 5 – Résultats : Mesures des résultats

[TRADUCTION]

Oh mon Dieu, oui! Notre collectivité serait beaucoup moins avancée du point de vue de la santé si ce n'était du transfert. Il y a beaucoup de possibilités d'amélioration, vous savez, [et] on trouve des difficultés et des défis. (Membre d'une collectivité des PN, région de l'Atlantique)

Le présent chapitre tentera de répondre à cette question :

Dans quelle mesure la PTSS a-t-elle contribué à améliorer l'état de santé au sein des collectivités des PN/I, du point de vue de leurs membres? (Question 15 du cadre d'évaluation)

Comme on l'explique dans la méthodologie, il est très difficile de répondre à cette question. Il est en effet difficile de distinguer les répercussions de la PTSS de celles des programmes non transférables, des interventions provinciales en santé et des interventions qui peuvent avoir influé positivement sur d'autres déterminants de la santé (interventions dans les domaines du développement économique, de l'éducation et de l'environnement, par exemple).

5.1 Contexte

La démarche de transfert a exigé que les collectivités des PN/I réalisent une évaluation des besoins communautaires et élaborent un plan de santé communautaire. Ce plan a ensuite été soumis à la DGSM/DGSPNI pour approbation. Le Plan de santé communautaire, ou sa version mise à jour, a par la suite été intégré aux ententes de transfert en tant qu'assise de la prestation communautaire des services. L'évaluation quinquennale visait à évaluer la façon dont les services, tels que prévus dans les plans de santé communautaire, sont offerts et s'ils répondent aux besoins des membres de la collectivité. Ce cycle est illustré dans le diagramme Cycle de planification ci-dessous.

Tableau 5.1 Question : Rétrospectivement, votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a eu le temps nécessaire, dans la période de planification qui a précédé le transfert, pour mettre en place une structure de gestion en matière de santé, évaluer les besoins en termes de santé et entreprendre un plan de santé communautaire.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	39	34	73
	% du total	33,62	29,31	62,93
Désaccord	Nombre	19	24	43
	% du total	16,38	20,69	37,07

Selon le rapport de 1986 du *Sous-comité de la santé communautaire* (Health and Welfare Canada (MSB) 1986), on croyait que les plans de santé communautaire des PN/I combinés jetteraient les bases de la planification nationale et régionale, et que les évaluations quinquennales auraient vraisemblablement le même effet. Mais cela ne s'est pas produit.

Le problème, c'est que même si les collectivités ont disposé d'une période adéquate de planification (tableau 5.1 précédent), elles n'avaient pas accès à des données longitudinales fiables sur la santé sur leur territoire. En règle générale, la

DGSM/DGSPNI ne recueillait que des données restreintes sur la santé avant le transfert. Qui plus est, les services fournis dans les réserves ne donnent qu'une vue partielle de l'utilisation des services de santé et des besoins en matière de soins de santé, car une vaste gamme de services sont obtenus à l'extérieur des réserves. L'information tirée des évaluations quinquennales reflète en grande partie la capacité des organisations des PN/I d'accéder à des données pertinentes sur la santé. Les obstacles à surmonter sont les suivants :



- la capacité des PN/I d'avoir accès aux données provinciales sur la santé publique. Comme on l'a montré à l'annexe XII, la question est problématique au Manitoba et au Nouveau-Brunswick. En Ontario et en Nouvelle-Écosse, l'accès dépend du district;
- les taux d'immunisation, qui selon la région et d'autres facteurs, peuvent refléter les immunisations faites hors réserve sur des résidents vivant sur mais aussi hors réserve;
- les données sur l'hospitalisation, qui peuvent fournir des indicateurs appropriés pour une intervention précoce. Seules les PN de la Saskatchewan semblent être en mesure d'utiliser ces données dans leurs évaluations.

Par conséquent, les besoins en soins de santé sont généralement évalués au moyen d'un sondage auprès des membres de la collectivité, selon les lignes directrices fournies par la DGSM/DGSPNI (Health Canada 2000a). Les besoins autodéclarés constituent une variable de substitution adéquate pour la planification, mais ils risquent de ne pas fournir à la DGSPNI et aux organisations des PN/I des données ayant la qualité et le niveau de précision dont elles ont besoin pour surveiller la PTSS. La DGSPNI s'est dite inquiète de la médiocrité des évaluations quinquennales qui ne renseignent ni sur les plans de santé communautaire ni sur les résultats (Health Canada (FNIHB) 2002b, 2002c, 2004a). Notre examen révèle plutôt que les évaluations reflètent, pour la plupart, la qualité de l'information dont on dispose et l'absence de système valable d'information sur la santé. Cela dit, d'autres raisons expliquent le défaut de certaines évaluations de fournir de données concluantes. La présente section se fonde sur les données probantes disponibles.

5.2 Amélioration de l'accès aux soins de santé

L'un des avantages signalés du transfert a été l'amélioration des possibilités d'emploi des membres de la collectivité, ce qui devrait améliorer la continuité des soins et la confiance envers les fournisseurs de services. Quelques collectivités ont dit que la prise en charge locale avait fait ressortir l'importance des questions de santé à l'échelle communautaire et que la collectivité était maintenant plus consciente des déterminants de la santé et des services offerts dans la collectivité. De plus, les informateurs clés de certaines collectivités ont déclaré que cette démarche semblait avoir incité leurs membres à adopter des habitudes de vie plus saines. D'autres, plus nombreux, ont

déclaré que la propriété locale avait favorisé un sentiment d'habilitation et d'autodétermination.³⁷

Les évaluations communautaires font aussi mention du fait que nombre des améliorations des services de santé découlent en partie d'initiatives provinciales³⁸ (Centre for Indigenous Sovereignty 1998, 2001, Northwind Consultants 2000, The Flett Consulting Group 2003, Warry 2000). La collectivité d'Akwesasne, par exemple, a signé une entente avec l'Hôpital Royal d'Ottawa et le Centre hospitalier pour enfants de l'Est de l'Ontario en vue de la prestation de services de santé mentale (Johnson 2001, p. 51). La PN Miawpukek, dans la région de l'Atlantique, a établi des partenariats avec des organisations et des établissements provinciaux et de l'extérieur de la province, qui ont grandement favorisé la croissance et l'élaboration de programmes et ont aussi contribué à accroître la crédibilité et la réputation de ces derniers (Axis Consulting Inc 1996, Hollett & Sons Inc 2002).

Tableau 5.2 Les gouvernements provinciaux fournissent le même niveau de services aux PN/I qu'au reste de la population.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	10	11	21
	% du total	8,2	9,0	17,2
Désaccord	Nombre	55	46	101
	% du total	45,1	37,7	82,8

Les liens avec des fournisseurs de services provinciaux, comme des médecins et des services spécialisés, se sont multipliés et constituent un aspect positif du transfert (le lecteur trouvera des exemples dans InterGroup Consultants Ltd 1995, Jeffrey & Abonyi 2002, Macyshon 2002, Montreal Lake Cree Nation 2003, Northwind Consultants 2000, Snelling & Social Research Consulting 2001, Stellar Consulting Group 1999, Temagami First Nation 2001, The Flett Consulting Group 2003, Warry 2000).

En général, cependant, les PN/I continuent de s'inquiéter du fait qu'ils n'ont pas autant accès aux services provinciaux que les autres citoyens de leur province. Les différences régionales ne sont pas statistiquement significatives. Elles indiquent néanmoins les régions où les tensions sont les plus vives. Comme le montre le tableau 5.3, les répondants des Prairies semblent être les moins satisfaits de la qualité des services de santé reçus de leur gouvernement provincial.

³⁷ (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997, 2000, 2002, Adshaw Enterprises Limited 2002, Axis Consulting Inc 1996, InterGroup Consultants Ltd 1995, J.House Consulting 2001, Jeffrey & Abonyi 2002, Kangas & Associates 2003, Lavoie 2000, Macyshon 2002, Montreal Lake Cree Nation 2003, Northwind Consultants 2000, Ojibways of Pic River 2003, Process Management Inc. 2002, Quennell & Hammond 1997, Saskatoon Tribal Council 2001, Sexqeltqin Health Centre 2002, Socio-Tech Consulting Services 1998, 2001, Stellar Consulting Group 1999, Temagami First Nation 2001, The Flett Consulting Group 2003, Warry 2000, Warry et al 2000, WhiteDuck Consulting 2001, Young et al 1999).

³⁸ Les soins de longue durée et la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, par exemple.

Tableau 5.3 Les gouvernements provinciaux fournissent le même niveau de services aux PN/I qu'au reste de la population.

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	4	1	2	0	7	4	3	21
	% dans la région	19,0	12,5	10,5	0,0	21,9	25,0	25,0	17,5
Désaccord	Nombre	17	7	17	12	25	12	9	99
	% dans la région	80,9	87,5	89,5	100,0	78,1	75,0	75,0	82,5

5.3 Écarts dans les services

[TRADUCTION]

Au fur et à mesure que nous avançons sur la voie de la guérison des membres des collectivités, les gens en sont à des points différents. Et si, par exemple, une personne tente de résoudre ses problèmes de dépendance, elle en est peut-être à un point où elle veut résoudre ses problèmes d'abus sexuel antérieurs. Nous n'avons pas la capacité, nous n'avons pas d'économies pour résoudre ces problèmes et nous n'en sommes pas à cette capacité. Essentiellement, parce que nous étions concentrés sur les aspects de la prévention. Maintenant, nous voulons nous pencher davantage sur certains des nouveaux problèmes liés aux soins dont les gens ont besoin. (Membre d'une collectivité des PN, Ontario)

C'est notre personnel qui intervient et compose avec le suicide; nous mobilisons notre savoir-faire et intervenons d'urgence. Ce n'est pas Santé Canada; il ne fournirait pas ce service, et c'est un écart important. (Rapport de l'étude de cas des Dilico Ojibway Child & Family Services)

Chaque collectivité et chaque organisation pourrait dresser sa propre liste d'écarts dans les services. Une partie du processus de planification préalable au transfert exigeait des collectivités qu'elles mènent une évaluation des besoins. Il est probable que de nouveaux écarts émergeront à la suite des changements apportés à la prestation provinciale des services et qu'ils influenceront de diverses façons sur les collectivités. Comme plusieurs provinces ne disposent pas de politiques précisant leurs responsabilités en matière de prestation des services de soins primaires aux PN/I, les écarts peuvent varier à l'intérieur d'une province, selon les relations existant entre l'organisation des PN/I et les autorités sanitaires de la province.

La discussion pourrait se poursuivre indéfiniment, mais la santé mentale est un domaine au sujet duquel nombre de membres des PN/I s'entendent sur l'insuffisance des services et du financement³⁹ (le lecteur en trouvera des exemples dans Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000, 2001, Axis Consulting Inc 1996, Barry 2003, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, iDeation 1995, Jeffrey & Abonyi 2002, Lavoie 2000, Macyshon 2002, Northwind Consultants 2000, Quennell & Hammond 1997, Snelling &

³⁹ La quasi-totalité des répondants ont soulevé la question des SSNA, mais le programme n'est pas visé par cette évaluation.

Social Research Consulting 2001, Stan Myran Consultants 2002a, Stevenson 1996, Warry et al 2000). Nous avons décidé de nous pencher sur cette question.

Les analyses locales montrent que le PNLAADA n'a pas su s'adapter aux besoins des membres de la collectivité. On attend maintenant des travailleurs du PNLAADA qu'ils interviennent dans des situations de violence familiale, lors des tentatives de suicide, auprès des membres en crise de la collectivité, qu'ils fournissent du soutien et un suivi aux membres qui viennent de subir un traitement et un appui à l'ensemble de la collectivité après les tragédies. Les conséquences de traumatismes transmis de génération en génération ont été bien documentées. Les toxicomanies se font de plus en plus complexes, les drogues consommées étant de plus en plus dures. La dépendance au jeu est maintenant reconnue et s'accompagne de besoins particuliers en matière de thérapie. Le PNLAADA n'a pas été conçu pour répondre à ces besoins de plus en plus complexes, et il n'y a que peu de ressources susceptibles d'aider les travailleurs à acquérir les compétences nécessaires pour aider les membres de la collectivité à faire face à ces nouveaux besoins. La formule de formation au moment du transfert comprenait des ressources pour les représentants en santé communautaire et le personnel infirmier, mais pas pour le PNLAADA.

Dans la collectivité de Wetomaci, au Québec, on a désigné les questions liées à la santé mentale et affective comme une priorité. À la suite du transfert, la collectivité a choisi de doubler les ressources humaines affectées à ce programme. Bien que ce changement ait été profitable, les travailleurs ont remarqué que le PNLAADA était dans le passé orienté vers le counselling pour lutter contre l'alcoolisme et que des fonds étaient seulement fournis pour un service de 40 heures par semaine. À Wetomaci, les problèmes sociaux découlent de l'époque des pensionnats. Le personnel doit posséder des compétences pour intervenir dans des situations de violence familiale et auprès des personnes alcooliques ou toxicomanes, ainsi que pour prévenir le suicide (Centre de Santé de Wemotaci 2000). Le personnel travaille sur appel jour et nuit, malgré le manque de fonds pour un service 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Nombre d'évaluations ont fait état d'un certain élargissement des services de santé mentale. Ce phénomène est en partie attribuable à des initiatives provinciales ou autres en santé mentale, comme l'accès au financement de la Fondation autochtone de guérison. Les initiatives provinciales en santé mentale ne sont pas réparties également. Le financement sur la base de projets et d'une durée limitée de la Fondation autochtone de guérison ne peut remplacer un programme de santé mentale. Le financement des programmes de santé mentale par l'intermédiaire de la stratégie *Pour des collectivités en bonne santé* est tout aussi insuffisant. Par exemple, dans la région du Pacifique, 76 collectivités sur 137 ont reçu des fonds de la Fondation autochtone de guérison en 2003-2004, les fonds versés aux collectivités s'élevant en moyenne à 103 489 \$. Quant au programme de santé mentale *Pour des collectivités en bonne santé*, le financement moyen était de 23 733 \$, et les fonds étaient accessibles à 36 collectivités sur 137. Bien que les SSNA puissent fournir des fonds pour des services de santé mentale, ils ne le peuvent qu'en temps de crise. L'accès à un programme permanent de santé mentale devrait être intégré dans l'ensemble des programmes sur les soins de santé primaires accessibles aux collectivités des PN/I (Adshaw Enterprises Limited 2002, Centre for Indigenous Sovereignty 1998, Northwind Consultants 2000, Process Management Inc. 2002, Sexqeltqin Health Centre 2002, Socio-Tech Consulting Services 2001, Terence Hickey Associates Inc. 2001, Warry 2000).

La santé mentale et la santé publique sont étroitement liées. Il est peu probable que la santé des PN/I s'améliore si l'on n'investit pas considérablement dans ces deux

domaines. Ainsi, on nous a informés que la toxicomanie opiacée était à la hausse depuis le début des années 90 dans certaines collectivités des PN. Dans une collectivité, entre autres, elle a atteint des proportions épidémiques en 2000.⁴⁰ Dans cette collectivité, les opiacés ont remplacé l'alcool comme substance de choix pour composer avec les traumatismes transmis de génération en génération. Ce problème a eu un effet dévastateur sur la santé de la collectivité. On estime que 80 membres de la bande (soit 80 à 85 % du groupe des 12 à 60 ans) consomment maintenant des opiacés, et bon nombre d'entre eux le font par injection, ce qui accroît grandement leurs risques de contracter l'hépatite C et le VIH. Comme les responsables provinciaux de la santé publique n'avisent pas le centre de santé de la réserve des cas de maladies transmissibles diagnostiqués dans cette dernière pour lui permettre de rechercher les contacts et d'assurer un suivi, il est impossible pour le personnel du centre de santé d'établir l'étendue de l'épidémie. Par ailleurs, comme la province ne fait aucune recherche des contacts dans les réserves, les membres de la bande peuvent ne recevoir aucun soin avant l'apparition des symptômes. Le personnel estime que les risques de transmission de l'hépatite C chez les utilisateurs de drogues par injection peuvent s'élever à 70 %.

Au cours de la dernière année, deux bébés sur trois sont nés de mères qui consommaient des opiacés ou de la méthadone. Chez ces bébés, le sevrage commence habituellement deux ou trois jours après la naissance, après que la mère a quitté l'hôpital. Il est très difficile de gérer les symptômes du sevrage chez les bébés, et des soins particuliers sont nécessaires. Le personnel du centre de santé redouble d'efforts dans le suivi postnatal afin de s'assurer que ces bébés reçoivent les soins appropriés pendant cette période de transition difficile. Quatre des cinq décès survenus au cours de la dernière année étaient associés à la toxicomanie. On trouve des aiguilles usagées partout dans la collectivité. Le personnel du centre de santé vient de mettre sur pied un programme d'échange de seringues afin de tenter de réduire l'utilisation d'aiguilles usagées, mais il arrive que les toxicomanes, honteux, ne se prévalent pas du programme. Le personnel se rend dans les foyers pour recueillir les aiguilles usagées sur demande.

Bien que le gouvernement provincial ait investi une certaine somme dans les stratégies de réduction des préjudices, l'accès aux soins pour les consommateurs d'opiacés demeure restreint. Seulement deux médecins dans la province ont reçu une permission spéciale du Collège des médecins pour traiter les consommateurs d'opiacés, un étant établi à 20 kilomètres de la collectivité et l'autre, à 300. Toutefois, toutes ces ressources sont déjà mobilisées, et les périodes d'attente peuvent atteindre un an. Un troisième médecin ouvrira peut-être un bureau. Les services provinciaux n'arrivent pas à satisfaire à la demande de leur population pour de tels services.

Le seul centre provincial de traitement de la toxicomanie opiacée cible les besoins des consommateurs d'opiacés. Il offre un programme de soins de six semaines en établissement et un programme interne d'entretien à la méthadone. Vu la forte demande et les longues listes d'attente, ce centre n'accepte plus de toxicomanes de l'extérieur de la région. Il y a des listes d'attente aux 2 cliniques d'entretien à la

⁴⁰ Le nom de la PN ne peut pas être dévoilé en raison de la nature confidentielle des renseignements fournis. Les renseignements présentés peuvent avoir été tirés de n'importe laquelle des 13 analyses locales ou des 190 entrevues menées, ou encore de n'importe lequel des 14 mémoires reçus.

méthadone, situées à environ 20 et 160 kilomètres de la réserve. La seule autre possibilité est le centre de désintoxication, qui n'offre ni thérapie ni suivi. Le centre de traitement des PN comprend un établissement de 12 lits offrant des services aux hommes et aux femmes qui veulent de l'aide pour vaincre leur dépendance, plus particulièrement l'alcoolisme. Il accepte les consommateurs d'opiacés qui ont cessé de consommer de la drogue et qui ne présentent aucun symptôme de sevrage. Il n'offre aucun programme interne d'entretien à la méthadone et n'est pas nécessairement en mesure de répondre aux besoins des consommateurs d'opiacés. Là aussi, il y a une liste d'attente.

Le transport médical est fourni aux consommateurs d'opiacés la première fois qu'ils décident de se faire traiter par un médecin. Toutefois, les clients qui recommencent à consommer de la drogue et veulent reprendre le programme d'entretien à la méthadone n'ont pas accès au transport médical. Cette décision a été prise par le chef et le conseil et peut être liée au fait que le transport médical est maintenant administré par la bande (entente de contribution annuelle, restreint).⁴¹ Des compressions supplémentaires sont possibles. Malgré tous ces obstacles, le travailleur du PNLAADA indique que 30 membres de la bande suivent actuellement le programme d'entretien à la méthadone, une augmentation considérable par rapport aux 2 participants il y a seulement quelques années. Par conséquent, le taux de criminalité dans la réserve a diminué. Le personnel a déclaré que, au cours des cinq derniers mois, 6 grands toxicomanes avaient cessé de consommer de la drogue. Ces données sont encourageantes, mais insuffisantes.

La seule solution pour la PN consiste à ouvrir un centre de traitement pour les consommateurs d'opiacés. Cela permettrait d'atténuer les pressions exercées sur le transport médical et de veiller à ce que les membres de la collectivité reçoivent les soins appropriés lorsqu'ils sont prêts. En ce moment, il n'existe aucun mécanisme efficace pour promouvoir une telle solution. On a apparemment présenté une demande pour l'ouverture d'un tel centre il y a six ans, mais sans résultat. Cette PN ne possède pas non plus de mécanisme pour s'assurer que les services provinciaux de santé publique sont offerts aux membres de la bande vivant dans la réserve. En tant que gestionnaire du système, la DGSPNI ne possède aucun mécanisme pour déterminer si l'expérience de cette PN est unique, combien de collectivités et de réserves sont dans la même situation et la mesure dans laquelle les risques de transmission de l'hépatite C et du VIH augmentent.

⁴¹ Comme dans les autres régions, cette PN a pris en charge l'administration du transport médical au milieu des années 90 et administre depuis ce programme sans fonds supplémentaires. Les problèmes de santé communautaire actuels grèvent peut-être excessivement le budget.

5.4 Amélioration de la santé

Le tableau 5.4 illustre le point de vue des répondants sur l'état de santé de leur collectivité depuis le transfert. Dans l'ensemble, 78,1 % des répondants ont estimé que la santé des membres de leur collectivité s'était améliorée. Il n'y avait aucune différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Tableau 5.4 Depuis [le transfert ou l'intégration] entrepris par votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé], l'état de santé des membres de la collectivité que vous desservez s'est amélioré.

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	44	38	82
	% du total	41,9	36,2	78,1
Désaccord	Nombre	9	14	23
	% du total	8,6	13,3	21,9

Tableau 5.5 Différence régionale dans l'amélioration de l'état de santé déclaré*

		Pac.	Alb.	Sask.	Man.	Ont.	Qc	Atl.	Total
D'accord	Nombre	13	4	13	5	2	10	8	81
	% dans la région	65,0	66,7	81,5	45,4	87,5	90,9	100,0	77,9
Désaccord	Nombre	7	2	3	6	4	1	0	23
	% dans la région	35,0	33,3	18,7	54,5	12,5	9,1	0,0	22,1

* Différence statistiquement significative entre les régions.

De toutes les régions, c'est au Manitoba que les PN étaient les moins nombreuses à déclarer une amélioration de l'état de santé. D'autres études sont parvenues à la même conclusion (First Nation and Inuit Regional Health Survey National Committee 1999, Northern Health Research Unit 1998). Les régions les plus positives comprenaient celles de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario et de la Saskatchewan.

Il est plus complexe de cerner les améliorations réelles. Jusqu'à ce qu'on ait accès à de l'information fiable sur la santé, la planification communautaire et les évaluations quinquennales continueront d'être documentées au moyen de données de piètre qualité, et les organisations des PN/I continueront de fournir des services selon les sondages communautaires et les modèles d'utilisation antérieurs.

Par contre, un certain nombre d'évaluations faisaient état de changements attribués au transfert. Le tableau 5.6 présente seulement des exemples tirés d'évaluations qui ont fourni des données et la source de ces dernières (n = 22). En bref :

- deux rapports d'évaluation ont établi que la consommation d'alcool avait diminué;
- trois rapports d'évaluation ont fait ressortir une baisse du tabagisme;

- deux rapports d'évaluation ont établi que les troubles respiratoires avaient diminué, tandis qu'un autre a signalé une hausse de ces troubles, peut-être due à l'augmentation du dépistage;
- douze rapports d'évaluation ont signalé une hausse des maladies chroniques, y compris le diabète, sans doute attribuable à l'augmentation du dépistage et de la détection rapide;
- un rapport d'évaluation a fait état d'une baisse du diabète;
- quatre rapports d'évaluation ont fait ressortir une baisse du nombre de clients atteints d'hypertension;
- deux rapports d'évaluation ont indiqué une réduction de l'incidence de l'obésité;
- deux rapports d'évaluation ont signalé un recul des maladies transmissibles;
- deux rapports d'évaluation ont fait état d'une hausse de la prévalence de l'asthme chez l'enfant;
- quatre rapports d'évaluation ont mis en évidence une amélioration de l'issue postnatale;
- deux rapports d'évaluation ont montré des améliorations de la santé publique;
- quatre rapports d'évaluation ont révélé une baisse des taux d'hospitalisation; il faut savoir que ces organisations se trouvent toutes en Saskatchewan; les données sur l'hospitalisation sont un indicateur très important de l'efficacité des soins primaires, mais elles ne sont pas accessibles à toutes les organisations des PN/I.

Tableau 5.6 Changement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé selon les évaluations quinquennales

Hausse de la prévalence ou conséquences de l'augmentation du dépistage

- Standing Buffalo (Saskatchewan) – Hausse du nombre de cas de diabète, qui est passé de 24 en 1993 à 41 en 1996, mais la croissance démographique n'est pas fournie (Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997)).
- Onion Lake (Saskatchewan) – Augmentation de la prévalence du diabète, qui est passée de 41 cas en 1992 (avant le transfert) à 90 cas en 1998 (hausse de 144 %, mais on ne tient pas compte de la croissance démographique) (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000).
- Nipissing (Ontario) – On a déclaré, en 1992 (avant le transfert), que 14 % des adultes interrogés étaient diabétiques (n = 242), alors que, en 2001, ce taux était passé à 19,9 % (n = 297) (Centre for Indigenous Sovereignty 2002).
- Conseil tribal de Wabun (Ontario), données cumulatives des enquêtes sur la santé – Le taux semble avoir augmenté au cours de la période du transfert, étant passé de 14 % en 1993 (n = 156) à 27,7 % en 1998 (n = 65) (Centre for Indigenous Sovereignty 1998).
- Sturgeon Lake (Saskatchewan) – On a enregistré une augmentation du nombre de nouveau-nés de 4 500 grammes et plus (source : Nursing Reporting System) (Lavoie 2000, data from the Nursing Reporting System)].
- Onion Lake (Saskatchewan) – La prévalence des maladies chroniques a *augmenté* considérablement depuis 1992 (avant le transfert). En 1992, 108 membres de la collectivité étaient atteints d'au moins une maladie chronique, alors que, en 1998, ce chiffre s'élevait à 167 (augmentation de 55 %, mais on ne tient pas compte de la croissance démographique) (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000, p. 28).
- Thunderchild (Saskatchewan) – *Réduction* de 16 % du nombre de personnes figurant sur les listes de soins aux malades chroniques, qui est passé de 125 en 1995 (début du transfert) à 105 en 1998 (on ne tient pas compte de la croissance démographique) (Socio-Tech Consulting Services 2001).
- GCPA (Saskatchewan) – Il affirme que le nombre de cas de maladies chroniques a *augmenté* de 200 ou 16,9 % pendant la période du transfert (toutes les collectivités sont incluses; on ne fait pas mention de la croissance démographique). Plus particulièrement, le nombre de cas de maladies du système circulatoire a augmenté de façon constante au cours de la période du transfert, soit de 1997 à 2001 (de 14,8 % du total des maladies chroniques en 1997 (n = 175) à 18,6 % en 2001 (n = 257); listes de maladies chroniques du GCPA) (Jeffrey & Abonyi 2002).
- CTML (Saskatchewan) – On a signalé que le nombre de cas de maladies chroniques a augmenté dans l'ensemble, passant de 545 en 1988 (avant le transfert) à 606 en 1994 (une augmentation de 11 %) (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997).
- Natashquan (Québec) – On souligne une augmentation marquée du nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués, de 1975 à 1997. On remarque aussi une augmentation des cas d'hypertension pour la même période, ceux-ci ayant atteint un nombre record en 1994 (Groupe Recherche Focus 1999b)).
- Unamen Shipu (La Romaine, Québec) – On remarque une augmentation du nombre de nouveaux cas de diabète diagnostiqués jusqu'en 1995, ainsi qu'une légère diminution par la suite, ce qui laisse indiquer un dépistage plus efficace au début des années 90 (Groupe Recherche Focus 1999a)).
- Conseil tribal de Wabun (Ontario), données cumulatives des enquêtes sur la santé – Les taux de problèmes cardiaques et d'arthrite semblent avoir augmenté au cours de la période de transfert; *problèmes cardiaques* – de 12,8 % en 1993 (n = 156) à 18,5 % en 1998 (n = 65); *arthrite* – de 19,2 % en 1993 (n = 156) à 29,29 % en 1998 (n = 65) (Centre for Indigenous Sovereignty 1998).

Baisse du diabète

- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 1994, 20 % des répondants (n = 76) avaient déclaré être diabétiques, alors que, en 2001, ce pourcentage s'élevait à 14,7 % (n = 98), une réduction de plus de 5 % (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 14).

Tableau 5.6 Changement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé selon les évaluations quinquennales

Hypertension

- Conseil tribal de Wabun (Ontario), données cumulatives des enquêtes sur la santé – Le taux semble avoir diminué au cours de la période de transfert, passant de 30,77 % en 1993 (n = 156) à 24,6 % en 1998 (n = 65), et l'enquête révèle aussi que les membres font plus souvent vérifier leur tension artérielle qu'avant le transfert (Centre for Indigenous Sovereignty 1998)).
- Nipissing (Ontario) – L'étude de 1992 préalable au transfert (n = 380?) a montré que 33 % des répondants souffraient d'hypertension, alors que, en 2001, l'enquête a révélé une légère réduction de ce pourcentage, ce dernier passant à 28,7 % (n = 297?) (Centre for Indigenous Sovereignty 2002, p. 14)].
- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 1994, 30 % des répondants (n = 76) souffraient d'hypertension, alors que, en 2001, ce pourcentage était passé à 25 % (n = 98) (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 14)].

Tous les troubles respiratoires

- Standing Buffalo (Saskatchewan) – On a découvert que l'incidence de la bronchite et de l'emphysème était beaucoup plus élevée en 1983-1984 qu'en 1995-1996, le nombre de consultations médicales pour ces maladies ayant chuté d'un peu moins de 80 % au cours de l'exercice visé par le dernier rapport (Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, p. 21-22).
- Conseil tribal de Wabun (Ontario), données cumulatives des enquêtes sur la santé – Le taux semble avoir *diminué* au cours de la période de transfert, passant de 26,2 % en 1993 (n = 156) à 21,5 % en 1998 (n = 65).
- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 1994, 24 % des répondants (n = 76) avaient déclaré souffrir de troubles respiratoires, alors que, en 2001, ce pourcentage s'élevait à 30,5 % (n = 98), soit une *augmentation* importante (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 14)).

Maladies transmissibles

- Sandy Bay (Manitoba) – Le nombre de cas combinés de chlamydie et de gonorrhée chez les adolescents a diminué au cours de la période du transfert, soit de 1991-1992 à 1993-1994. Il est passé de 15 à 2 cas, alors que le nombre total de cas est demeuré stable (26 cas en 1991-1992, 33 en 1992-1993 et 28 en 1993-1994) (iDeation 1995). Toutefois, le nombre total de cas de gonorrhée a augmenté dans les années qui ont suivi le transfert, à l'exception de 1990-1991 (6 cas en 1988-1989 [avant le transfert], 7 en 1989-1990, 4 en 1990-1991, 11 en 1991-1992, 33 en 1992-1993 et 28 en 1993-1994) (iDeation 1995, p. 63, 66, données provenant de la DGSPNI et de dossiers internes).
- Moose Cree (Ontario) – Le taux de chlamydie chez les femmes âgées entre 25 et 30 ans a diminué pendant la période du transfert, soit de 2000 à 2002, passant de 16,9 % en 2000 (n = 65) à 6,5 % en 2001 (n = 82) et à 1,7 % en 2002 (n = 59) (The Flett Consulting Group 2003)].

Tableau 5.6 Changement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé selon les évaluations quinquennales

Soins prénataux et issue postnatale

- Sandy Bay (Manitoba) – Le pourcentage de bébés à terme de faible poids à la naissance a diminué considérablement au cours de la période de transfert, passant de 17,72 % des bébés avant le transfert (n = 79) à aucun bébé en 1993 (n = 73) (iDeation 1995, p. 103)].
- Sturgeon Lake (Saskatchewan) – On a déclaré qu'aucun bébé n'a pesé moins de 2 500 grammes à la naissance depuis janvier 1999, une indication possible de l'amélioration des soins prénataux autoadministrés (source : Nursing Reporting System) (Lavoie 2000, données provenant du Nursing Reporting System)].
- Tribu des Blood (Alberta) – On indique que, en 1994 (avant le transfert), 2,4 % des bébés étaient morts-nés; en 1995 et 1996, ce pourcentage était de 1 % et, en 1997, il avait diminué à 0,6 % (WhiteDuck Consulting 2001, p. 18, données de la DGSPNI).
- GCPA (Saskatchewan) – On a observé une faible baisse du nombre de morts-nés. En 1996 (avant le transfert), 1,0 % du total des bébés étaient morts-nés (n = 667); en 1997, ce pourcentage était de seulement 0,4 % (n = 582), en 1998, il s'élevait à 0,7 % (n = 563) et, en 1999, il avait diminué à 0,5 % (n = 718) (Jeffrey & Abonyi 2002)].

Maladies de l'enfance

- Nipissing (Ontario) – Augmentation de la prévalence des maladies de l'enfance (n = 110 en 2001; n = 138 en 1992), y compris de l'asthme (de 5,8 % à 14,8 %), de la cardiopathie congénitale (de 0,7 % à 0,9 %), du diabète et de l'obésité (de 2,2 % à 4,3 %), de la bronchite chronique (de 0 % à 6,5 %), de la malnutrition (de 0,7 % à 6,4 %), des allergies (de 10,9 % à 18 %) et des infections de l'oreille (de 9,4 % à 15,3 %). Toutefois, la population est petite (Centre for Indigenous Sovereignty 2002)).
- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 2001 (n = 40), on a relevé une augmentation par rapport à 1994 (n = 42) des cas déclarés d'asthme chez les enfants (maintenant 20 %, par rapport à 12 % en 1994), de bronchite chronique (maintenant 7,5 %, par rapport à 0 % en 1994), d'obésité (maintenant 7,5 %, par rapport à 2,4 % en 1994), de malnutrition (maintenant 5 %, par rapport à 0 % en 1994) et d'infections de l'oreille (maintenant 15 %, par rapport à 9,5 % en 1994) (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 21).

Diminution de la consommation d'alcool

- Nipissing (Ontario) – En 1992 (avant le transfert), plus des deux tiers des répondants (n = 380?) consommaient de l'alcool et 68 % prenaient plus de 4 consommations à la fois; toutefois, seulement 8 % de ces personnes consommaient quotidiennement ou presque quotidiennement de l'alcool; 37 % consommaient de l'alcool de une à 3 fois par semaine, alors que 42 % prenaient un verre de une à 3 fois par mois. En 2001 (n = 407?), moins de la moitié des répondants consommaient de l'alcool (47,9 %); 4,2 % ont déclaré boire quotidiennement ou presque quotidiennement, 18 % consommaient de une à 3 fois par semaine et plus de la moitié des répondants (51,7 %) buvaient moins souvent, soit de une à 3 fois par mois. Le nombre de consommations a également diminué : 40,3 % des répondants prennent maintenant 3 consommations ou moins à la fois, 44,1 % en prennent entre 4 et 8 à la fois et 15,5 % en prennent plus de 8 à la fois (Centre for Indigenous Sovereignty 2002, p. 17-18)).
- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 1994, la majorité des répondants qui consommaient de l'alcool le faisaient une fois par semaine. En 2001, la moitié des répondants qui consommaient de l'alcool ont déclaré le faire moins souvent, soit de une à trois fois par mois. Le nombre total de répondants n'est pas fourni (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 17).

Tableau 5.6 Changement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé selon les évaluations quinquennales

Tabagisme

- Conseil tribal de Saskatoon (Saskatchewan) – Les données obtenues indiquent une légère réduction du pourcentage de fumeurs par rapport à la période préalable au transfert, soit de 1993 à 2000, qui est passé de 71 % (n = 356) en 1993 à 66,8 % (n = 380) en 2000 (Saskatoon Tribal Council 2001, p. 56).
- Standing Buffalo (Saskatchewan) – Le tabagisme semble avoir diminué. En 1995, 66 % des répondants (n = 266) ont déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion, comparativement à 88,3 % en 1985-1986 (le nombre total de répondants n'est pas précisé) (Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, p. 40).
- Nipissing (Ontario) – En 1992 (n = 380 ou 242?), 51 % des répondants ont déclaré fumer régulièrement ou à l'occasion, alors que, en 2001 (n = 123), ce pourcentage est passé à 43 %. Cela représente une diminution d'environ 8 % des répondants (Centre for Indigenous Sovereignty 2002)).

Obésité chez les adultes

- Nipissing (Ontario) – En 1992 (avant le transfert), 57 % des répondants adultes (n = 242) ont déclaré peser plus de 200 livres, alors que, en 2001, ce pourcentage était de seulement 20 % (n = 297) (Centre for Indigenous Sovereignty 2002)].
- Dokis (Ontario) [au cours de la période de transfert] : En 2001, 25 % des répondants masculins (n = 42) étaient jugés obèses, ce qui est inférieur à la moitié du taux chez les hommes en 1994 (n = 35). Le pourcentage de femmes pesant plus de 150 livres a diminué de 12,5 % depuis 1994 (*femmes* : en 1994, n = 41; en 2001, n = 54) (Centre for Indigenous Sovereignty 2001, p. 12).

Tableau 5.6 Changement de l'état de santé et de l'utilisation des services de santé selon les évaluations quinquennales

Santé mentale

- Shibogama (Ontario) – Entre 1987 et 1993 (avant le transfert), 30 % de tous les suicides sont survenus dans ces collectivités, qui comprennent 8 % de la population de la zone de Sioux Lookout, mais, après le transfert, cette proportion est passée à 10 % (Young et al 1999)).
- Standing Buffalo (Saskatchewan) – À l'examen de l'état de santé mentale, 68 % des répondants ont obtenu un indice variant entre 14 et 19 (très bonne santé mentale) en 1996, comparativement à 37,6 % en 1987 (Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, p. 35)).

Données sur l'utilisation des hôpitaux

- Standing Buffalo (Saskatchewan) – On rapporte une baisse plutôt constante des admissions à un hôpital des membres de la bande, ce qui peut indiquer une amélioration de l'état de santé de la population (17,5 par personne avant le transfert, en 1988-1989, 14 en 1992-1993, environ 13,25 en 1993-1994, environ 12,8 en 1994-1995 et moins de 12 en 1995-1996) (Thatcher & Socio-Tech Consulting Services 1997, p. 16)].
- Onion Lake (Saskatchewan) – Le taux d'hospitalisation a diminué considérablement au cours des 8 dernières années : 692 congés d'un hôpital en 1990-1991, 457 en 1993-1994 et seulement 449 en 1997-1998. Sur 1 000 habitants, il y a eu 211,3 congés en 1997-1998, une baisse de 46 % par rapport aux 387,9 en 1990-1991 (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000, p. 16)).
- Montreal Lake (Saskatchewan) – Le taux d'hospitalisation est passé de 478 congés en 1989-1990 (avant le transfert) à 275 en 1995-1996 (Montreal Lake Cree Nation 2003)).
- CTML (Saskatchewan) – On a rapporté une diminution du taux d'hospitalisation depuis la période préalable au transfert. Le taux a baissé considérablement pour 85 % (96 sur 113) des principales maladies qui nécessitent une hospitalisation. La santé globale des jeunes groupes d'âge, plus particulièrement celui des un à quatre ans, semble s'être améliorée considérablement, la diminution du taux d'hospitalisation la plus importante ayant été enregistrée dans ce groupe (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997)).
- Onion Lake (Saskatchewan) – Les données révèlent que le taux d'hospitalisation pour les troubles respiratoires, les maladies mentales, les maladies de l'appareil digestif, les maladies de l'appareil génito-urinaire et les maladies infectieuses et parasitaires a diminué considérablement par rapport à la période préalable au transfert, soit de 1990-1991 à 1997-1998 (Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000, p. 17, les données sur l'utilisation des hôpitaux proviennent du Ministère de la Santé de la Saskatchewan)).

5.5 La Northern Inter-Tribal Health Authority

Les données précédentes pourraient bien n'être que la pointe de l'iceberg, et elles sont encourageantes. Toutefois, elles ne permettent pas de conclure que la PTSS « fonctionne » ou « ne fonctionne pas ». Nous avons demandé à la NITHA de la Saskatchewan d'illustrer ce point. La section suivante est tirée de son rapport.

[TRADUCTION]

On a demandé aux partenaires de la NITHA de participer à une étude de cas et de répondre aux questions suivantes : Quelles répercussions le transfert a-t-il eu sur la santé des collectivités des PN dans la région de la NITHA? Comment les changements apportés à la mise en œuvre de la PTSS, de 1988 à 2002, peuvent-ils avoir accru ou limité la capacité des collectivités des PN de répondre aux besoins en matière de santé de leurs membres? Comment les changements apportés à la prestation des services provinciaux de santé ont-ils influé sur l'accès des PN aux soins?

Déterminer les répercussions du transfert sur la santé des collectivités des PN dans la région de la NITHA n'est pas aussi facile que ces questions le laissent croire.

Réforme du système de santé en Saskatchewan Au début des années 90, le gouvernement de la Saskatchewan s'est vu contraint d'effectuer des compressions importantes dans le secteur de la santé afin de remédier à un déficit provincial toujours croissant; ces compressions comprenaient la fermeture d'hôpitaux, la fusion de districts de santé, la fusion de lits de soins de longue durée et la suppression de postes.

Les PN ont été forcées de prendre en charge les soins offerts aux personnes gravement malades, qui auraient autrement été soignées dans des hôpitaux. Cette charge de travail supplémentaire a augmenté le fardeau des systèmes locaux de santé communautaire, qui faisaient déjà tout ce qu'ils pouvaient.

On a également demandé que les programmes transférés offrent aux habitants non inscrits des collectivités adjacentes des services, comme des tests de laboratoire, des examens, des produits pharmaceutiques et des articles connexes.

Le gouvernement de la Saskatchewan n'a fourni aux PN aucun appui financier pour les types de services offerts aux habitants non inscrits des bandes et aux non-résidents.

Dans le Nord de la Saskatchewan, la réduction des lits d'hôpitaux et des services auxiliaires de soutien a entraîné une augmentation des aiguillages vers Saskatoon. Cette augmentation des aiguillages vers Saskatoon a eu une grande incidence sur le système de transport médical communautaire, de même que des répercussions sur le budget régional des SSNA.

Accès limité aux SSNA Santé Canada continue de limiter l'accès aux SSNA en adoptant des lignes directrices restrictives et en éliminant l'augmentation des ententes de contribution pour le transport médical.

Certaines organisations des PN ayant conclu une entente de transfert ont géré, par l'intermédiaire d'une entente de contribution, les ressources nécessaires à la prestation du service de transport médical, mais n'ont reçu aucun financement supplémentaire pour ce service, malgré les hausses du coût du carburant, de l'assurance, de la main-d'œuvre et de l'entretien des véhicules. Par contre, les fournisseurs de transport médical, comme les entreprises d'ambulances et les transporteurs aériens, continuent de recevoir des fonds supplémentaires en vertu de

leurs contrats, contrairement aux entreprises communautaires. Cette situation est clairement inacceptable.

Les lignes directrices de la DGSPNI sont maintenant si restrictives que bon nombre de membres des PN ne peuvent pas recevoir les soins nécessaires et appropriés relatifs aux examens de la vue, ni se procurer des lunettes ou des dentiers, ni accéder à des examens généraux ou à la médecine traditionnelle.

Vu ces lignes directrices restrictives, beaucoup de membres des PN décident de ne pas se faire soigner, ce qui nuit à l'état de santé global.

Comparabilité, égalité, équité salariale Les différences entre les employés de la DGSPNI et les employés des organisations des PN ayant conclu une entente de transfert sont très évidentes lorsqu'on compare les salaires et les avantages sociaux offerts par chaque organisation.

Le gouvernement fédéral continue d'offrir des hausses salariales annuelles à tous ses employés, alors que les organisations des PN ayant conclu une entente de transfert n'ont pas la latitude financière pour le faire.

Les PN ne sont pas en mesure de rivaliser avec les gouvernements fédéral et provinciaux pour obtenir les services de professionnels de la santé expérimentés et hautement qualifiés en raison du refus de la DGSPNI de remédier à ces contraintes financières importantes.

Les problèmes de recrutement et de maintien en poste auxquels les organisations des PN sont confrontées deviennent insurmontables. Les PN sont contraintes de réduire les programmes et services pour tenter d'attirer des professionnels de la santé et de les maintenir en poste, mais elles ne peuvent pas y arriver sans nuire considérablement à l'état de santé des membres des collectivités.

Personnes réintégrées par suite du projet de loi C-31 La croissance démographique découlant de l'adoption du projet de loi C-31 a entraîné un afflux de nouveaux clients demandant des services de santé, que la croissance naturelle des collectivités est venue accroître. Dans le Nord de la Saskatchewan, la demande a doublé, atteignant des proportions telles qu'une collectivité a reçu des fonds pour 3 000 membres, alors qu'elle en compte maintenant 7 200.

Financement de plusieurs collectivités Les trois bandes des Cris des Bois dans le Nord de la Saskatchewan sont non seulement les bandes les plus nombreuses au Canada, mais aussi des bandes composées de plusieurs collectivités.

Comme l'initiative de transfert n'avait aucun moyen de répondre aux besoins en matière de financement de base de chaque collectivité, ces trois bandes des Cris des Bois ont subventionné d'autres collectivités par l'intermédiaire d'une entente de financement de base. C'est dans le calcul des ressources reçues par chaque PN pour le financement du programme Grandir ensemble, ainsi que des programmes relatifs à la santé mentale et à la violence familiale, que cela est le plus évident.

Dépenses en capital secondaires, biens, réserve de remplacement Les organisations ayant conclu un accord de transfert ont été témoins de l'accroissement de la restriction des lignes directrices associées au financement de la RFI-RBM pour les établissements de santé, l'équipement et les réparations ou l'entretien. Même si la DGSPNI revendique la propriété de tous les établissements, elle n'est pas prête à fournir un appui financier adéquat aux PN pour la réparation, l'assurance, le remplacement, les ajouts et l'entretien (Northern Inter-tribal Health Authority 2004).

Tel que montré par la NITHA, le système de santé des PN/I est lié et vulnérable aux changements dans la prestation des soins de santé par le gouvernement provincial. Le système est également affecté par les modifications apportées aux politiques de mise en œuvre et au financement de la DGSPNI. Il serait possible d'isoler le transfert de ce vaste spectre de variables confusionnelles si l'on disposait de données de qualité. Mais, il faudrait aussi avoir accès à des données longitudinales nationales.

Voici un autre point important : les collectivités offrent à l'échelle communautaire des **services essentiels de soins primaires, et non des projets**. Aussi longtemps que la *Loi canadienne sur la santé de 1984* demeurera en vigueur, il ne peut pas y avoir de disposition de réexamen sur les services essentiels. Tout comme les hôpitaux ou la médecine générale, les services dans les réserves ne peuvent pas être menacés d'arrêt, à moins qu'on puisse mettre en évidence une amélioration de la santé de la population. La santé est, après tout, multifactorielle.

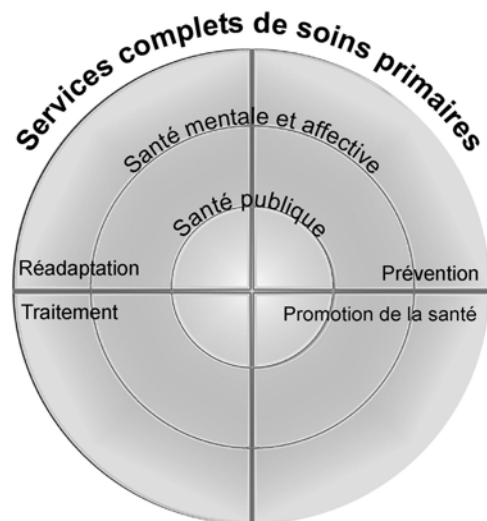
5.6 Analyse

Il est encourageant de remarquer que 78,1 % des PN/I signataires d'une entente de transfert ou d'une entente intégrée signalent une amélioration de l'état de santé des membres de leur collectivité. Les évaluations quinquennales examinées relèvent les améliorations clés apportées aux services, y compris l'amélioration du dépistage, de l'issue postnatale et des taux d'immunisation.

Toutefois, l'équité dans l'accès aux services de santé provinciaux demeure préoccupante. La santé mentale constitue un des écarts dans les services qui revenait constamment.

Pour la plupart des Canadiens, l'accès aux services de soins de santé est assuré par la *Loi canadienne sur la santé* et les lois provinciales, les politiques en détaillant les modalités. Les PN/I qui accèdent aux services de santé peuvent, dans une certaine mesure, s'attendre à la même chose. Toutefois, les données recueillies pendant la recherche révèlent que les membres des collectivités des PN/I admissibles au transfert comptent dans une large mesure sur la bonne volonté, plutôt que sur les politiques ou les lois. Ce fut généralement le cas dans le passé dans de nombreuses provinces. De plus, la division des services entre les programmes transférables et non transférables crée une approche disparate qui est devenue trop fragmentée pour être évaluée en fonction des résultats.

Les services complets de soins primaires sont toujours au cœur du système de soins de santé canadien. Le concept comprend des services de prévention, de promotion de la santé, de réadaptation et de premiers soins qui sont, dans le contexte de la DGSPNI, offerts par du personnel non médical. Il est entendu que certains services compris dans le modèle complet de soins de santé primaires sont offerts par les provinces, bien qu'à des degrés différents. Nous ne recommandons pas un système tout à fait parallèle, mais plutôt une complémentarité harmonieuse.



Un modèle de services complets de soins primaires serait plus efficace si la DGSPNI adoptait une approche de système de santé axée sur la performance du système de santé en fonction d'indicateurs (points de repère), plutôt qu'une approche d'ensemble disparate de programmes axée sur la normalisation des activités.

Chapitre 6 – Préoccupations d'ordre administratif

[TRADUCTION]

Mais, je crois qu'il doit y avoir beaucoup de changements pour que [le transfert] soit efficace et viable. Si Santé Canada recherche l'efficacité, la viabilité et des résultats positifs, il doit s'engager envers ces objectifs. Et il doit s'assurer que la politique dont il parle est accompagnée d'attentes précises à SON égard et à l'égard des mesures qu'on s'attend qu'IL prenne pour aider. Ça ne peut pas seulement être à sens unique. Sinon, ce n'est pas bon. Je sais que certaines collectivités dans notre région [...] ont dit : « N'y comptez pas! Je n'accepterai pas toute la responsabilité sans ressource. » (Membre d'une collectivité des PNI, Ontario)

Le présent chapitre portera essentiellement sur les questions d'évaluation suivantes :

1. Quelles sont les différences provinciales dans la façon dont la politique de transfert des services de santé a été comprise et mise en œuvre? (Question 4 du cadre méthodologique)
2. Existe-t-il des disparités financières régionales et, le cas échéant, dans quelle mesure ont-elles influencé le financement en ce qui concerne les collectivités ayant signé une entente de transfert et les autres? (Question 6 du cadre méthodologique)
3. Les différences provinciales ont-elles une incidence sur la mise en œuvre de la politique de transfert des services de santé? (Question 3 du cadre méthodologique)
4. Pour quelles raisons certaines collectivités n'ont-elles pas signé d'entente de transfert ou y ont-elles renoncé au cours du processus? (Question 11 du cadre méthodologique)
5. Dans quelle mesure la Politique de transfert des services de santé a-t-elle appuyé ou amélioré la responsabilité du ministre vis-à-vis du Parlement? (Questions 13 et 14 du cadre méthodologique)

Les renseignements fournis dans le présent chapitre se fondent sur la base de données MFMS, combinée à la base de données sur la désignation des établissements et les données sur la population du SATC/MAINC. Ils se fondent aussi sur une analyse des ententes et des modifications d'un échantillon de 27 collectivités. Ces analyses ont été mises en contexte au moyen d'entrevues et d'études de cas.

6.1 Viabilité financière

La question de la viabilité financière a été soulevée à maintes reprises au fil des ans. Parmi les préoccupations, citons les suivantes (tableau 6.1):

- le financement ne correspond pas aux besoins (89,5 %, n° 1);
- le financement ne tient pas compte de la croissance de la population (86,3 %, n° 2);
- le financement ne tient pas compte des utilisateurs vivant hors réserves (96,6 %, n° 3) ni des utilisateurs n'ayant pas le statut d'Indien (96,7 %, n° 4).

Le SATC ne tient pas compte de l'ensemble de la population servie.⁴² Par exemple, deux collectivités des PN se situent près de la PN Naoakamegwanning, soit Northwest Angle 33 et Northwest Angle 37, à Regina Bay. Cette proximité a des répercussions sur l'utilisation des services de santé, étant donné que les membres de ces collectivités utilisent la clinique médicale et le centre des jeunes et des personnes âgées de Naoakamegwanning, de même que les services de santé et d'intervention en cas de crise fournis à l'école. Par conséquent, la population de base utilisée comme référence pour le financement du transfert des services de santé (842) est inférieure à la population totale utilisant les services de santé communautaires. Il n'existe aucune façon claire de composer avec cette utilisation des services par des personnes habitant à l'extérieur de la collectivité, vu les relations communautaires et familiales entre les trois PN. Toutefois, cette situation a d'importantes répercussions sur les coûts.

⁴² Dans ses commentaires sur la première ébauche du présent document, la DGSPNI a précisé que la population incluse dans le SATC dépend de la classification de la collectivité. Une collectivité jugée non isolée ne peut pas inclure la population hors réserve même si celle-ci est servie par le centre de santé. De plus, l'« ensemble » de la population servie n'est peut-être pas autorisé à accéder aux programmes de santé qui ciblent une clientèle particulière.

N°			Transfert	Intégration	Total	
1.	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] suffit à répondre aux besoins de votre collectivité en matière de santé.	D'accord	Nombre	5	9	14
			%	3,7	6,7	10,4
		Désaccord	Nombre	64	56	120
			%	47,8	41,8	89,5
2.	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] prend en considération l'accroissement de la population.*	D'accord	Nombre	4	13	17
			%	3,2	10,5	13,7
		Désaccord	Nombre	61	46	107
			%	49,2	37,1	86,3
3.	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] prend en considération la clientèle hors réserve qui utilise les services offerts dans la réserve.	D'accord	Nombre	4	0	4
			%	3,4	0,0	3,4
		Désaccord	Nombre	63	52	115
			%	52,9	43,7	96,6
4.	La prestation des services à des clients non inscrits vivant dans la réserve est financée adéquatement en vertu de votre entente [de transfert ou intégrée].	D'accord	Nombre	2	2	4
			%	1,7	1,7	3,3
		Désaccord	Nombre	62	54	116
			%	51,7	45,0	96,7
5.	Les fonds que vous recevez en vertu de votre entente [de transfert ou intégrée] suffisent à la création et au maintien d'un système viable qui tient compte du coût, du volume, de l'accroissement de la population ou d'autres circonstances imprévues.	D'accord	Nombre	3	3	6
			%	2,2	2,2	4,5
		Désaccord	Nombre	68	60	128
			%	50,7	44,8	95,5
6.	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] reçoit suffisamment de fonds pour gérer les programmes ciblés.	D'accord	Nombre	10	16	26
			%	7,6	12,1	19,7
		Désaccord	Nombre	60	46	106
			%	45,4	34,8	80,3

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu un entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Dans l'ensemble, 95,5 % des répondants ont signalé que la formule actuelle de financement n'est pas suffisante pour maintenir un système viable (n° 5). L'administration des programmes ciblés, dont les modalités de financement ne comprennent aucune disposition financière pour les coûts administratifs connexes, constitue également une question préoccupante pour la majorité des répondants (80,3 %, n° 6).

La question du financement a été étudiée à fond dans cette évaluation. Les constatations montrent que, *premièrement*, il n'existe pas de modèle unique de transfert qui ait été mis en œuvre uniformément dans toutes les régions de la DGSPNI. Bien qu'il apparaisse clairement qu'une formule a été appliquée à l'affectation des ressources, les chiffres de base utilisés dans la formule révèlent des variations appréciables, lorsqu'examinés par personne. Par exemple, aucune base de référence commune aux régions n'existe pour s'assurer que ce qui est transféré dans une région, qu'il s'agisse

d'un programme ou de ressources, est semblable à ce qui a été transféré dans d'autres régions (le lecteur trouvera des exemples détaillés à l'annexe XIII).

Deuxièmement, les salaires des infirmières employées dans les centres de santé ne sont pas équitables d'une région à l'autre. On peut en dire autant des salaires des représentants en santé communautaire, des agents du PNLAADA et des employés de bureau. Comme l'illustre le tableau 6.2, les variations ne peuvent être entièrement attribuées à l'indexation ou à la mise en œuvre de l'enveloppe. Les variations entre les régions peuvent être attribuées :

- aux ressources qui étaient fondées sur le niveau de dépenses de l'année/des années précédant le transfert;
- au fait que les salaires peuvent inclure du temps supplémentaire dans certains centres de santé et pas dans d'autres, ce qui reflète le niveau de services offert au cours de l'année précédant le transfert et les pratiques de gestion de la DGSPNI en matière d'heures supplémentaires;
- au fait que certaines régions ont transféré des postes au haut de l'échelle salariale afin de maximiser la viabilité, alors que d'autres ne l'ont pas fait;
- au fait que les salaires étaient vraisemblablement supérieurs dans les collectivités ayant depuis longtemps le même personnel;
- dans une certaine mesure, au fait que les échelles salariales du gouvernement fédéral, pour le même poste, diffèrent selon les régions.

Tableau 6.2 Équité dans l'affectation des salaires, selon un financement basé sur un ETP complet, dans douze centres de santé de diverses régions, en dollars indexés en fonction des niveaux de 1992⁴³

	Moment du transfert	Infirmières	Représentants en santé communautaire	Agents du PNLAADA	Employés de bureau
Centre de santé n° 1	Avant l'enveloppe	57 328 \$	33 098 \$	29 244 \$	22 521 \$
Centre de santé n° 2	Avant l'enveloppe	57 972 \$	27 429 \$	34 258 \$	S.O.
Centre de santé n° 3	Avant l'enveloppe	63 794 \$	31 991 \$	27 278 \$	27 908 \$
Centre de santé n° 4	Après l'enveloppe	47 234 \$	25 567 \$	28 768 \$	27 149 \$
Centre de santé n° 5	Après l'enveloppe	52 741 \$	27 314 \$	25 403 \$	15 360 \$
Centre de santé n° 6	Après l'enveloppe	56 162 \$	36 962 \$	S.O.	14 286 \$
Centre de santé n° 7	Après l'enveloppe	57 866 \$	38 405 \$	26 429 \$	18 258 \$
Centre de santé n° 8	Après l'enveloppe	59 720 \$	35 023 \$	34 661 \$	27 149 \$
Centre de santé n° 9	Après l'enveloppe	66 765 \$	33 082 \$	33 065 \$	31 689 \$
Centre de santé n° 10	Après l'enveloppe	67 873 \$	31 376 \$	33 031 \$	30 715 \$
Centre de santé n° 11	Après l'enveloppe	81 487 \$	35 683 \$	28 499 \$	27 686 \$
Centre de santé n° 12	Après l'enveloppe	95 217 \$	25 956 \$	S.O.	33 928 \$

Après le transfert, les fonds destinés aux salaires deviennent fixes.

Troisièmement, les tableaux 6.3, 6.4 et 6.5 montrent la variance dans les fonds de transfert de 30 centres de santé situés dans des collectivités de taille moyenne; de 9 centres de santé situés dans de petites collectivités; et de 13 postes de santé situés dans des collectivités de taille moyenne, respectivement. Les organisations des PN/I des régions du Manitoba et de l'Atlantique semblent être financées à un niveau nettement inférieur à celui des autres régions. Les variations indiquées peuvent être interprétées comme suit :

⁴³ Ces centres de santé ont été choisis parce qu'ils avaient fourni au CRSA tous les renseignements dont il avait besoin pour mener cette analyse.

- une variation plus marquée au sein d'une région (le Québec, par exemple, qui affiche un écart type de 350 \$ par personne) indique que le financement peut être offert à divers niveaux dans une même région pour tenir compte des besoins plus grands de certaines collectivités;
- une variation moins marquée au sein d'une région (le Manitoba, par exemple, qui affiche un écart type de 50 \$ par personne) évoque soit une variation moindre des besoins dans la région, soit une moins grande souplesse régionale pour offrir du financement en fonction des besoins;
- une variation élevée du financement moyen par personne entre les régions de la DGSPNI donne à penser que des inégalités dans le financement se sont accumulées au fil des ans et ont été transmises aux collectivités ayant conclu une entente de transfert.

Divers niveaux de financement peuvent être nécessaires pour tenir compte des différences dans les caractéristiques des collectivités, les niveaux de capacités et les besoins. Ainsi, il faut s'attendre à une certaine variation dans le financement et on peut le considérer comme positif. Le degré de variation présenté dans les tableaux 6.3, 6.4 et 6.5 excède toutefois les attentes et fait ressortir des injustices en matière de financement.

Tableau 6.3 Variance en 2001-2002 dans le financement du transfert par personne selon le SATC, y compris des programmes transférables pour les centres de santé dans les collectivités de taille moyenne, d'une région à l'autre (Health Canada (FNIHB) 2003g, 2004b).					
Financement par personne en 2001-2002, selon les données du SATC pour 2001-2002					
	Nombre	Moyenne	Médiane	Étendue	Écart type
Pacifique	5	890 \$	887 \$	233 \$	96 \$
Alberta	1	904 \$	S.O. en raison du petit nombre de cas		
Saskatchewan	4	738 \$	729 \$	469 \$	216 \$
Manitoba	4	610 \$	633 \$	104 \$	50 \$
Ontario	4	780 \$	728 \$	336 \$	150 \$
Québec	8	847 \$	761 \$	894 \$	350 \$
Atlantique	4	544 \$	494 \$	324 \$	144 \$
Total/moyenne	30	759 \$	734 \$	337 \$	144 \$

Tableau 6.4 Variance en 2001-2002 dans le financement du transfert par personne selon le SATC, y compris des programmes transférables pour les centres de santé dans les petites collectivités, d'une région à l'autre (Health Canada (FNIHB) 2003g, 2004b)

		Financement par personne en 2001-2002, selon les données du SATC pour 2001-2002			
	Nombre	Moyenne	Médiane	Étendue	Écart type
Ontario	3	1 385 \$	1 135 \$	784 \$	448 \$
Québec	2	1 550 \$	1 550 \$	578 \$	409 \$
Atlantique	4	1 204 \$	1 094 \$	891 \$	400 \$
Total/moyenne	9	1 380 \$	1 260 \$	751 \$	419 \$

Tableau 6.5 Variance en 2001-2002 dans le financement du transfert par personne selon le SATC, y compris des programmes transférables pour les postes de santé dans les collectivités de taille moyenne, d'une région à l'autre (Health Canada (FNIHB) 2003g, 2004b)

		Financement par personne en 2001-2002, selon les données du SATC pour 2001-2002			
	Nombre	Moyenne	Médiane	Étendue	Écart type
Pacifique	8	918 \$	893 \$	511 \$	153 \$
Saskatchewan	2	591 \$	591 \$	396 \$	280 \$
Ontario	3	756 \$	790 \$	148 \$	80 \$
Total/moyenne	13	755 \$	758 \$	352 \$	171 \$

Les injustices cernées ont également été relevées dans une analyse régionale du montant total de financement fourni aux PN/I en vertu des ententes de transfert, divisé par la population du SATC servie par les collectivités ayant conclu une entente de transfert (tableau 6.6). L'exercice visé par l'étude est 2001-2002.

Tableau 6.6 Variance en 2001-2002 dans le financement du transfert par personne selon le SATC, y compris des programmes transférables, pour chaque région

	Total de la contribution au transfert en 2001-2002	Population totale	Transfert par personne
Pacifique	36 590 938 \$	37 014	989 \$
Alberta	11 592 419 \$	9 528	1 217 \$
Saskatchewan	43 502 989 \$	49 015	888 \$
Manitoba	30 274 205 \$	45 051	672 \$
Ontario	20 447 606 \$	26 087	784 \$
Québec	28 685 087 \$	32 987	870 \$
Atlantique	12 035 753 \$	17 246	698 \$
Total/moyenne	183 128 997 \$	216 928	844 \$

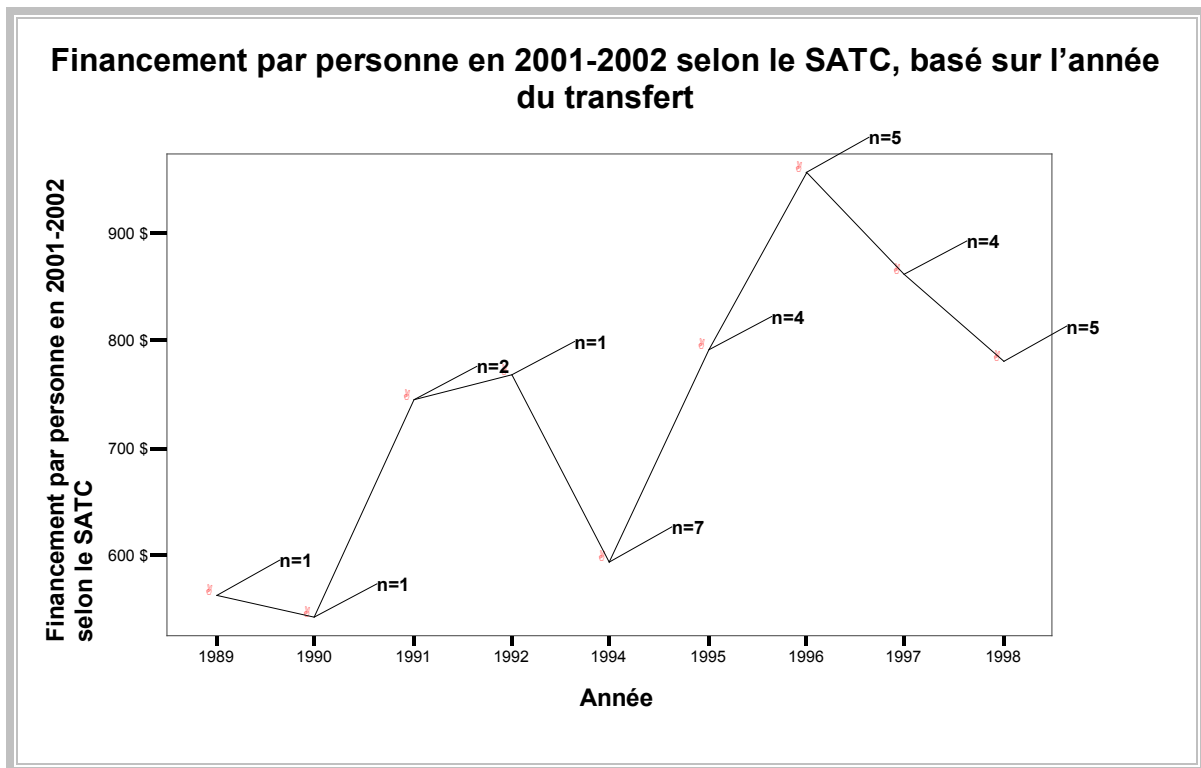
Le tableau 6.7 montre les programmes pris en charge par les 30 centres de santé visés par l'étude sur l'équité dans le financement, présentée dans le tableau 6.3. Tel qu'indiqué, le niveau de financement par personne ne correspond pas à la mise en œuvre du programme aux termes de l'entente de transfert. Les collectivités qui ont assumé des responsabilités de deuxième et de troisième niveaux ne bénéficient pas forcément de plus de ressources par personne pour offrir ces services.

Tableau 6.7 Classement des collectivités échantillonnées, de celles qui ont le moins de ressources par personne à celles qui en ont le plus, montrant la prise en charge des programmes en vertu de l'entente de transfert

		Programmes communautaires														Services des zones					Services régionaux																			
		GE	PCBS	PCBS-SID	PCBS-SM	PCBS-AS	SSC	SSC-RSC	SSC-PB	SSC-SD	SSC-ES	SSC-CL	SSC-SC	SSC-INF	SSC-NUT	SSC-EM	SSC-AI	PCNP	PNLAADA	ZON-HM	ZON-ES	ZON-MH	ZON-INF	ZON-NUT	ZON-EM	RÉG-GE	RÉG-RSC	RÉG-D	RÉG-HM	RÉG-ES	RÉG-MH	RÉG-INF	RÉG-PNLAADA	RÉG-NUT						
1	430 \$						√						√					√																						
2	474 \$						√						√						√																					
3	513 \$	√	√	√			√						√						√																					
4	519 \$	√		√	√		√				√	√	√					√												√	√	√					√			
5	522 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√																					
6	535 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
7	542 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
8	564 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
9	608 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
1	627 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
11	639 \$	√		√	√	√	√	√		√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		
12	639 \$	√		√	√	√	√	√		√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
13	665 \$	√	√				√	√		√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
14	721 \$	√	√		√		√	√	√				√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
15	734 \$	√	√				√	√	√				√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
16	741 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
17	754 \$	√	√				√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
18	768 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
19	781 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
2	828 \$	√		√	√	√	√			√		√	√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
21	851 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	
22	873 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
23	888 \$	√		√	√	√	√			√		√	√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
24	904 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
25	965 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
26	981 \$	√	√	√			√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
27	1 001 \$	√	√				√	1		√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
28	1 007 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
29	1 333 \$	√		√	√	√	√			√			√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
30	1 418 \$	√		√	√	√	√			√	√		√	√					√			√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Abbréviation	Description	Abbréviation	Description
GE	Grandir ensemble	ZON-HM	Zone - Agent d'hygiène du milieu
PCBS	Pour des collectivités de bonne santé	ZON-ES	Zone - Éducation sanitaire
PCBS-SID	Pour des collectivités de bonne santé - soins infirmiers à domicile	ZON-MH	Zone - Médecin hygiéniste
PCBS-SM	Pour des collectivités de bonne santé - santé mentale	ZON-INF	Zone - Services infirmiers (supervision)
PCBS-AS	Pour des collectivités de bonne santé - abus de solvants	ZON-NUT	Zone - Nutritionniste
SSC	Services de santé communautaire	ZON-EM	Zone - Exploitation et maintenance
SSC-RSC	Représentants en santé communautaire		
SSC-PB	Personnel de bureau	RÉG-GE	Coordination régionale - Grandir ensemble
SSC-SD	Services professionnels d'hygiène dentaire	RÉG-RSC	Coordination régionale - Représentants en santé communautaire
SSC-ES	Services professionnels d'éducation sanitaire	RÉG-D	Poste régional - Dentiste
SSC-CL	Consultation et Liaison	RÉG-HM	Poste régional - Hygiène du milieu
SSC-SC	Services de concierge	RÉG-ES	Coordination régionale - Éducation sanitaire
SSC-INF	Services infirmiers	RÉG-MH	Poste régional - Médecin hygiéniste
SSC-NUT	Nutrition	RÉG-INF	Poste régional - Supervision des effectifs infirmiers
SSC-EM	Exploitation et maintenance	RÉG- PNLAADA	Coordination régionale - Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones
SSC-AI	Services de soutien/aide aux personnel infirmier	RÉG-NUT	Poste régional - Nutritionniste
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale		
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones		

Quatrièmement, les PN/I supposent depuis longtemps que les collectivités qui ont conclu une entente de transfert au tout début ont accès à un financement par personne inférieur à celles qui ont signé une entente de transfert récemment. Cette supposition repose largement sur le fait que le financement destiné aux programmes transférables n'a pas, chaque année, augmenté proportionnellement à la croissance démographique. Comme l'illustre le diagramme ci-dessous, il semble y avoir une tendance indiquant que c'est le cas.

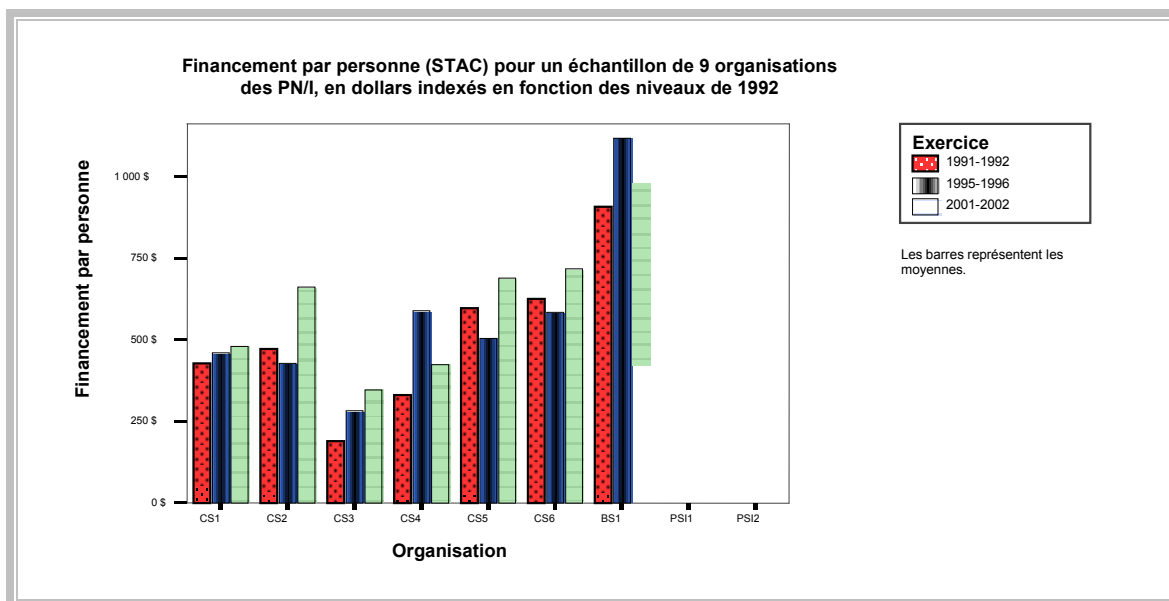


Enfin, on se demandait dans quelle mesure les nouveaux programmes pouvaient avoir compensé la croissance démographique. Nous avons étudié neuf organisations des PN/I qui ont conclu une entente de transfert avant 1991, au cours de trois périodes : 1991-1992, 1995-1996 et 2001-2002. Tel que l'illustre le graphique ci-après, le financement accessible par personne n'a pas nécessairement augmenté au même rythme que la croissance démographique.⁴⁴

44 CS = Centre de santé

BS = Bureau de santé

PSI = Poste de soins infirmiers



Dans l'ensemble, 95,5 % des répondants des PN/I au sondage téléphonique ont signalé que la formule actuelle de financement n'est pas suffisante pour maintenir un système viable. Le fardeau administratif associé aux programmes ciblés constitue également une question préoccupante pour la majorité des répondants (80,3 %). À l'heure actuelle, nombre de répondants des PN/I s'inquiètent de voir la DGSPNI « reprendre » de plus en plus de fonds. Alors que le financement du transfert ne suit pas la croissance ni les besoins de la population, le financement des programmes ciblés est interprété au pied de la lettre, est rigide et ne suffit pas à couvrir les frais d'administration croissants.

De plus, la majorité des répondants (78,9 %) ont souligné que la DGSPNI ne rembourse plus aux organisations les coûts réels de l'assurance responsabilité (tableau 6.8). C'est là un changement par rapport aux années antérieures, où la DGSM/DGSPNI avait pour politique de rembourser ces frais au prix coûtant sur présentation de la facture de l'assureur (note de service du 16 août 1988). Les frais d'assurances ont grimpé après les événements du 11 septembre et la tragédie de Walkerton. Selon la politique, la DGSPNI doit couvrir les frais d'assurances selon les soumissions, lesquelles varient selon la région. Il semble que la DGSPNI ait interprété sa politique différemment : selon elle, les frais d'assurances sont estimés au moment du transfert, et le niveau de financement devient fixe par la suite. Nous n'avons pas été informés d'une modification de la politique, bien que nous reconnaissons que les nouveaux guides sur le transfert sont vagues sur ce point (Health Canada (MSB) 1999, Health Canada (FNIHB) 2001d).

Tableau 6.8 La DGSPNI compense de façon adéquate votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] pour les augmentations des coûts de l'assurance-responsabilité.*

		Transfert	Intégration	Total
D'accord	Nombre	7,0	16,0	23,0
	%	6,4	14,7	21,1
Désaccord	Nombre	52,0	34,0	86,0
	%	47,7	31,2	78,9

* Il existe une différence statistiquement significative entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée.

Il est normal que, dans le cadre d'ententes à long terme, des événements imprévus, comme de nouveaux programmes, exigent des modifications. Certaines modifications sont donc inévitables, comme les rajustements à l'occasion d'un engagement ou d'un désengagement, ou encore la mise en place de nouveaux programmes. Nous avons obtenu tous les ententes et modifications d'un échantillon de 27 collectivités. Toutes les modifications sont amorcées, examinées, approuvées et acheminées par les bureaux régionaux. L'administration centrale n'a besoin d'examiner les modifications que lorsqu'elles se rapportent à des changements aux modalités standard (demande d'écart) ou à des projets spéciaux nécessitant l'engagement de l'administration centrale (finances ou politiques). En moyenne, on compte 1,41 modification par collectivité par année. Bien que ce nombre puisse sembler raisonnable, il représente une charge de travail appréciable, plus particulièrement à l'échelle nationale. À l'heure actuelle, 204 collectivités ont conclu une entente de transfert et 191 ont conclu une entente intégrée. Si cette moyenne se maintient en 2004, la DGSPNI devra traiter 557 modifications cette année.

Tableau 6.9 Raisons des modifications par catégorie, depuis 1995 (une seule modification peut couvrir plus d'une des catégories ci-dessous)			
Catégorie	Détail	Nombre	%
Financement rajusté pour les médicaments		9	1,60 %
Rajustement pour les dépenses en carburant		1	0,18 %
Rajustement à la RFI-RBM		32	5,70 %
Rajustement du financement des ententes	Comprend les indexations approuvées par le Conseil du Trésor, les rajustements du SATC, les frais de fonctionnement et d'entretien et les rajustements des mouvements de trésorerie, la hausse des prix et du volume, et les fonds supplémentaires pour le PNLAADA et les soins infirmiers	179	31,91 %
Engagement ou désengagement des collectivités		14	2,50 %
Croissance des collectivités	L'entente de transfert a été rajusté en fonction de la croissance de la collectivité	2	0,36 %
Correction		12	2,14 %
Financement d'un plan d'intervention en cas d'urgence		1	0,18 %
Évaluation et plan		48	8,56 %
Prolongation de l'entente		29	5,17 %
Rajustement du financement du MOF RE		2	0,36 %
Rajustement du financement de l'ETF RE		1	0,18 %
Financement pour assister à une conférence		2	0,36 %
Financement pour organiser un forum communautaire		2	0,36 %
Financement pour organiser une conférence		1	0,18 %
Financement pour réviser un plan de santé communautaire		4	0,71 %
Transport médical		6	1,07 %
Frais de supervision du personnel infirmier		4	0,71 %
Participation au processus d'élaboration de politiques		1	0,18 %
Programmes standard	Modifications liées à l'introduction ou au rajustement de programmes standard de la DGSPNI, y compris GE, PCBS et IDA.	171	30,48 %
Programmes non standard	Comprend le financement pour la santé mentale, les services dentaires, l'hygiène scolaire, la création d'un programme de mieux-être	29	5,17 %
Déblocage des fonds d'urgence		1	0,18 %
Retour des services infirmiers		2	0,36 %
Services de deuxième niveau		4	0,71 %
Formation		4	0,71 %

Les raisons des modifications variaient, comme en témoigne le tableau 6.9. Près du tiers des modifications (35,6 %) étaient liées à l'introduction de nouveaux programmes ou à des rajustements au financement des programmes. De tels rajustements sont normaux dans le cadre d'ententes à long terme et sont, pour la plupart, inévitables. La deuxième raison invoquée pour justifier une modification (31,9 %) touchait les rajustements au financement des ententes, associés aux indexations approuvées par le Conseil du Trésor, les rajustements du SATC, les frais de fonctionnement et d'entretien et les rajustements des mouvements de trésorerie (un dans la région de l'Atlantique; 4 au Québec; 3 en Ontario, un au Manitoba; 4 en Saskatchewan et 0 dans la région du Pacifique).

Le tableau 6.10 montre les indexations mises en œuvre en vertu des ententes de transfert. On ne sait pas encore très bien qui établit ces niveaux d'indexation. Certains membres du personnel de la DGSPNI nous ont indiqué qu'ils croyaient qu'il s'agissait

d'une décision du Conseil du Trésor, alors que ce dernier nous a informés que cela relevait de la DGSPNI. Peu importe qui le fait, il n'a pas suivi les hausses annuelles des dépenses de la DGSPNI. Il s'agit de savoir si une approche à la pièce constitue la manière la plus efficace et la plus efficace d'assurer la viabilité des transferts sur une base individuelle.

Bien que le transfert soit financé selon une formule, il semble exister une certaine latitude

permettant de prévoir du financement supplémentaire, notamment pour l'assistance à des conférences ou forums, ou leur organisation; la révision d'un plan de santé communautaire; la hausse du coût du carburant; et ainsi de suite (32,5 % des modifications). La diversité des circonstances dans lesquelles les organisations des PN/I fonctionnent peut très bien exiger une certaine souplesse. Toutefois, la rédaction et la mise en œuvre de chaque modification demandent beaucoup de temps, et c'est le cas également des négociations à cet égard, aussi bien au sein des régions de la DGSPNI, qu'avec l'administration centrale et avec l'organisation des PN/I.

	Indexation du transfert	Introduction de nouveaux programmes
1988-1989	3,00 %	
1989-1990	3,00 %	
1990-2001	6,00 %	
1991-1992	4,30 %	
1992-1993	3,50 %	
1993-1994	2,50 %	Grandir ensemble
1994-1995	0,50 %	Abus de solvants, Programme canadien de nutrition prénatale, Pour des collectivités en bonne santé
1995-1996	0,40 %	
1996-1997	0,00 %	
1997-1998	0,00 %	Tabagisme, Système d'information sur la santé des PN/I
1998-1999	0,00 %	
1999-2000	3,00 %	Services de soins à domicile et en milieu communautaire
2000-2001	0,00 %	Initiative sur le diabète chez les autochtones
2001-2002	0,00 %	

6.2 Responsabilisation, gérance et données

La responsabilisation a beaucoup attiré l'attention au sein du gouvernement fédéral au cours des dernières années. À la DGSPNI, un changement important est survenu à la suite du Rapport du vérificateur général du Canada de 1997. Entre autres, le vérificateur général a formulé un certain nombre de recommandations. Elles sont indiquées ci-après, avec la réponse que Santé Canada a rédigée pour le Comité permanent des comptes publics.

- Recommandation 15.29 : La structure de programmes devrait refléter la façon dont les programmes de santé communautaire sont réellement exécutés.
- Recommandation 15.31 : Les ententes de contribution devraient préciser clairement les activités et les objectifs particuliers que les Premières nations entendent poursuivre et atteindre, et les Premières nations devraient établir des moyens de mesurer le taux de réussite.
- Recommandation 15.33 : Il faudrait s'assurer de recevoir tous les rapports d'activité exigés en vertu des ententes de contribution et en améliorer la qualité afin qu'ils fournissent de l'information sur les résultats obtenus.

- Recommandation 15.41 : Il faudrait faire en sorte que l'on établisse des plans de santé communautaire à jour respectant les exigences de base et que l'on se fonde sur ceux-ci lors de la signature des ententes de transfert initiales et du renouvellement de celles-ci.
- Recommandation 15.43 : Il faudrait veiller au respect des exigences de vérification stipulées dans les ententes de transfert.
- Recommandation 15.45 : Il faudrait améliorer les méthodes de mesure des services fournis et des changements escomptés en matière de santé. Ces mesures devraient être incluses dans les rapports annuels, et le Ministère devrait s'assurer que ces rapports sont fournis.
- Recommandation 15.50 : Il faudrait s'assurer que sont effectuées les évaluations exigées de l'atteinte des objectifs des programmes et de l'amélioration de l'état de santé des Premières nations (Health Canada 2000c).

À la suite de ce rapport, des changements ont été apportés au cadre de responsabilisation requis par la DGSPNI dans les ententes.

Nous avons choisi d'évaluer le cadre de responsabilisation de la DGSPNI en nous concentrant d'abord sur le rendement du processus adopté, puis sur sa capacité d'atteindre son but.

[TRADUCTION]

Donc, ça fonctionne comme ça : vous obtenez un rapport et le service de la responsabilisation [une personne au sein du bureau régional] le reçoit. Il l'informatise afin de pouvoir l'envoyer au gestionnaire. Le gestionnaire est censé regarder le rapport à ce moment, non seulement pour dire qu'il l'a reçu, mais pour dire s'il est acceptable. Parlent-ils de ce qu'ils avaient dit qu'ils feraient? Font-ils ce qu'ils ont dit qu'ils feraient? (Employé régional de la DGSPNI)

Les PN/I ont remarqué que le cadre de responsabilisation a changé au fil du temps. Les exigences préalables à l'ACU⁴⁵ comprenaient :

- La distribution aux membres des collectivités d'un rapport annuel à présenter à la réunion annuelle du vérificateur général. Le rapport annuel devait être fondé sur le plan de santé communautaire, en plus de comprendre un sommaire des programmes, de fournir des données sur les résultats et les activités des services, d'expliquer tout écart par rapport au plan et d'inclure un état financier détaillé. Cette entente particulière n'exigeait pas que le rapport annuel soit transmis au ministre.
- La participation obligatoire à l'évaluation à long terme du processus de transfert des services de santé, tel que demandé.
- La réalisation d'une évaluation sur l'efficacité des programmes de santé communautaire et la transmission d'une copie du rapport au ministre.

L'adoption de l'ACU [le proforma] a entraîné une modification de la langue et des exigences. En plus de ce qui précède, l'entente exige maintenant que les organisations des PN/I mettent à la disposition de leurs membres :

⁴⁵ Accord de contribution unifié, aussi appelé proforma par les PN/I.

- toutes les procédures et politiques administratives, qui doivent comprendre des dispositions relatives au conflit d'intérêt et des mécanismes de règlement des différends destinés aux clients des programmes;
- l'ACU;
- les rapports d'évaluation des services et des programmes de santé;
- les normes écrites et toute autre politique ou procédure du bénéficiaire relativement à la prestation de tout service ou programme de santé;
- un rapport annuel des activités exercées pendant l'année. Le rapport annuel doit être fondé sur le Plan de santé communautaire et comprendre un sommaire des services et programmes de santé, y compris les programmes obligatoires; des données sur les résultats et les activités des services; une explication de tout écart par rapport au Plan de santé communautaire; et une copie du rapport annuel du vérificateur.

Il est juste de dire que ces nouvelles attentes sont une première en matière de transparence en administration publique, et fort probablement inégalées par tout autre conseil de santé ou autorité sanitaire régionale ou provinciale, hôpital ou unité de santé publique. Les ententes financières, en particulier, sont habituellement jugées confidentielles. La diffusion de ces renseignements aux membres des collectivités qui ne connaissent pas bien le fonctionnement des organisations de santé nécessitera probablement certaines explications et, par conséquent, un investissement important en temps pour les directeurs de la santé. La possibilité de mise en œuvre de certaines parties de cette exigence est douteuse.

En vertu de la nouvelle entente, les organisations des PN/I doivent soumettre au ministre :

- une vérification des programmes et services de santé portant sur le caractère adéquat des contrôles financiers et attestant que les principes comptables généralement reconnus ont été appliqués et que les conditions de Santé Canada ont été respectées;
- un rapport sur la prestation des programmes obligatoires;
- un exemplaire du rapport annuel.

Toutefois, ces exigences ne reflètent pas l'ampleur du fardeau imposé aux organisations des PN/I en matière de production de rapports. L'annexe XIV, fondée sur une étude relative aux exigences en matière de rapports menée par la Division de la planification et de l'établissement de rapports de la DGSPNI, rend mieux compte de la situation (Health Canada (FNIHB) 2003b). D'après cette étude, les collectivités NTNI administrent maintenant des programmes jugés transférables en vertu d'ententes de contribution distinctes. Globalement, ces programmes exigent en moyenne 49 rapports par an, par collectivité ayant signé une entente de contribution distincte. Les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles ayant conclu une entente intégrée peuvent regrouper tous leurs rapports financiers sur les programmes transférables en un seul rapport financier, si celui-ci est suffisamment détaillé. Elles produisent également un rapport annuel global. En vertu du transfert, seuls les programmes obligatoires sont assortis d'exigences obligatoires en matière de rapports. Les exigences sur ce plan sont donc moins lourdes dans le cas des programmes transférés que pour les collectivités NTNI. Cela témoigne d'une compréhension du fardeau de la production de rapports associé au transfert selon une *perspective administrative*.

Selon une *perspective de gouvernance à l'égard du système de santé*, les collectivités ayant conclu une entente de transfert doivent aussi rendre compte des programmes non transférables. Une étude des exigences à cet égard dans la région du Pacifique a été menée pour l'exercice 2003-2004. Les résultats montrent que, en moyenne, les collectivités NTNI étaient tenues de produire chaque année 25 rapports, tandis que les collectivités ayant conclu une entente intégrée devaient en produire 38 et celles ayant conclu une entente de transfert, 40. Les exigences en matière de rapports comprennent celles associées aux programmes transférables et non transférables. Ces résultats ne contredisent pas l'affirmation voulant que les collectivités ayant conclu une entente de transfert bénéficient d'une procédure de compte rendu simplifiée pour les programmes transférables. Ils montrent plutôt que les collectivités NTNI sont nettement moins susceptibles d'avoir accès aux programmes financés par projet ou aux programmes nécessitant un important investissement sur le plan administratif. Cette conclusion est illustrée dans le tableau 6.11.

Tableau 6.11 Accès aux programmes non transférables financés par projet ou complexes sur le plan administratif, région du Pacifique (en pourcentage)

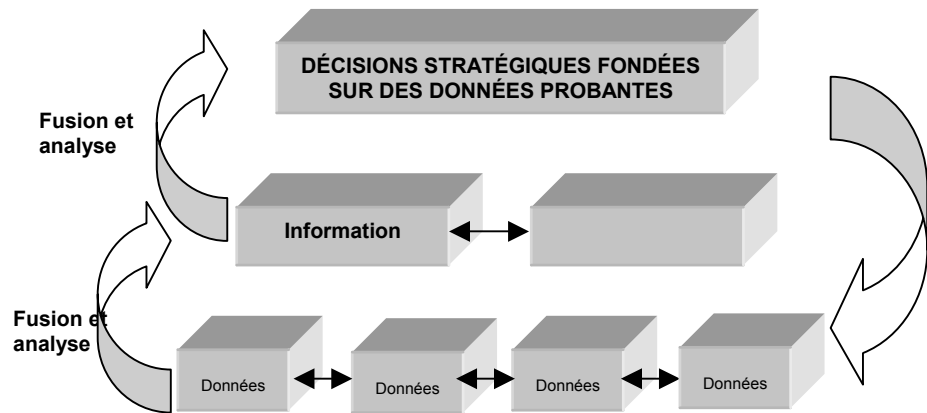
	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones	SIDA	Syndrome d'alcoolisation fœtale	IDA	SIS	Soins de santé à domicile et en milieu communautaire pour les PN/I	Lutte contre le tabagisme
NTNI	36,3 %	7,8 %	0,0 %	9,8 %	2,9 %	26,5 %	1,0 %
Intégration	41,7 %	0,0 %	4,2 %	33,3 %	8,3 %	87,5 %	6,2 %
Transfert	45,9 %	2,7 %	5,4 %	73,0 %	43,2 %	91,9 %	32,4 %

L'analyse montre également que la région du Pacifique⁴⁶ aurait traité au total 5 815 rapports pour l'année 2003-2004, qui tous comprenaient des données financières et des données sur la performance, et étaient présentés sur papier ou dans un format non standard. En raison du volume considérable, il est à toutes fins pratiques impossible pour la DGSPNI de compiler ces données sous une forme pouvant servir à la surveillance nationale. Il est aussi possible que nos données constituent une sous-estimation du fardeau de la production de rapports. Le Rapport de la vérificatrice générale du Canada de 2002 dénombrait jusqu'à 68 rapports pour une collectivité ayant conclu une entente de transfert, y compris des rapports sur les programmes transférables et non transférables (*perspective de la gouvernance à l'égard de la santé*).

Le cadre actuel de production de rapports vise à respecter la filière de responsabilisation de la DGSPNI et à gérer le risque. Dans le cas des ententes individuelles, il se concentre sur la gestion du risque et peut répondre au besoin d'un gestionnaire de programme de surveiller la performance. Il est toutefois clair que la

⁴⁶ Le Pacifique a été l'unique région à avoir transmis des renseignements dans un format convenant à la présente analyse. Cette région n'a pas été choisie à dessein. Comme elle compte le plus grand nombre de collectivités des PN (n = 198), l'analyse ci-dessus ne décrit pas le fardeau administratif des autres régions de la DGSPNI.

DGSPNI a besoin d'un type différent de données pour exercer son rôle de gestionnaire de la performance générale du système de santé des PN/I et pour surveiller l'utilisation des deniers publics. Le problème, c'est qu'il n'existe actuellement aucun mécanisme qui permettrait de compiler les données recueillies de façon qu'elles puissent guider la prise de décisions. C'est le manque de renseignements qui a accru le besoin de produire des rapports au sein du système. Par conséquent, la



gérance du système a été remplacée par la supervision des ententes. Le système actuel ne permet pas de rassembler les données existantes dans un format susceptible de fournir au ministre de la Santé l'information dont il a besoin pour satisfaire à l'exigence de responsabilisation du Cabinet. Ou, pour utiliser une analogie fournie par un employé de la DGSPNI, la supervision de la santé de la forêt a été remplacée par des exercices répétés de dénombrement des arbres. Le volume et le format sont problématiques.

À l'heure actuelle, deux points de vue principaux semblent ressortir chez les employés régionaux de la DGSPNI en ce qui concerne les rapports. Certains font la promotion de l'application du nouveau cadre aux programmes transférés.

[TRADUCTION]

Mais, comme aucune exigence en matière de rapports ne se rattachait à ces programmes, ceux-ci n'avaient rien sur quoi baser leur planification. Non, Pour des collectivités en bonne santé était initialement censé offrir des soins à domicile, en santé mentale et, je ne me souviens plus, en abus de solvants ou, je ne me souviens plus du troisième. Mais, cette somme est utilisée, dans la plupart de nos collectivités, pour les programmes de santé, et elle n'est pas utilisée pour quoi que ce soit qui pourrait un jour permettre de vérifier s'il est sage de poursuivre le financement. (Employé régional de la DGSPNI)

Selon cette citation, les services de santé sont un ensemble de programmes séparés ou un mélange disparate de tâches et de services distincts. Une perspective plus répandue reflète une approche orientée vers le système.

[TRADUCTION]

Par exemple, nous augmentons les exigences en matière de rapports sans donner aux PN la capacité nécessaire pour s'y conformer. (Employé régional de la DGSPNI)

Je sais que, de notre côté en termes de responsabilisation, ils obtiennent des copies de tous les rapports. Et, ils les ont tous, vous savez, en ce moment, ils les entrent dans le système. Donc, ce que je veux dire, c'est que je peux entrer dans le système et les consulter. Vous savez, je ne peux pas faire grand-chose avec ces rapports, mais je peux entrer dans le système et les consulter. (Employé régional de la DGSPNI)

Et chacun des programmes ciblés possède ses exigences en matière de rapports, et ces exigences ne sont pas nécessairement proportionnelles au montant du financement. Donc, un programme de 100 000 \$ et un autre de 700 000 \$ peuvent avoir les mêmes exigences en matière de rapports. (Employé régional de la DGSPNI)

Le fardeau administratif qu'occasionne la production de rapports sur ces programmes distincts et indépendants des lignes directrices du transfert en matière de rapports, vous savez, met dans un sens à rude épreuve non seulement la capacité des PN, mais aussi la nôtre. (Employé régional de la DGSPNI)

Et, si on pense que, pour chaque programme ciblé, il faut produire au moins 3 rapports financiers, parfois plus, selon le programme, ça représente 9 rapports par programme et, s'il y en a 5, ça fait 45 rapports supplémentaires, en plus des rapports du transfert et du transfert de base. Et, cela ne touche pas seulement les PN, qui doivent les produire, mais aussi la DGSPNI, qui doit les examiner. (Employé régional de la DGSPNI)

Le rapport coût-efficacité du système actuel n'a pas non plus été pris en compte. La DGSPNI s'affaire en ce moment à simplifier ses exigences en matière de rapports et affirme les avoir déjà réduites dans 20 % des échéanciers examinés en éliminant tout simplement le chevauchement. Cependant, ni une réduction ni une hausse du nombre de rapports et des indicateurs actuels ne fournira à la DGSPNI les renseignements dont elle a besoin pour assurer la performance du système.

6.3 Questions relatives au cadre de pratique

Les effectifs infirmiers à l'emploi du gouvernement fédéral ont assumé des responsabilités conformément à un cadre de pratique élargi qui dépasse le champ d'activité normal de leur profession, et continuent de le faire : établissement des diagnostics, prescription d'un nombre limité de médicaments, comme les antibiotiques, sutures et, dans certaines régions, radiographie des membres (mais non du torse).

La profession de dentothérapeute est née du besoin de la DGSPNI de fournir des soins dentaires dans les réserves et les régions éloignées. Les dentothérapeutes font des examens et administrent des traitements dentaires courants sous la supervision générale de dentistes. Ils font également la promotion de pratiques d'hygiène dentaire préventives (National Aboriginal Health Organization (NAHO) 2003).

Comme ces personnes sont à l'emploi du gouvernement fédéral, la DGSM/DGSPNI est chargée de leur offrir la formation et la supervision appropriées et elle est responsable de tout ce qui pourrait survenir à la suite d'erreurs ou d'accidents de la part de tous ses employés. Dans le cas des effectifs infirmiers qui dispensent des services thérapeutiques et des dentothérapeutes, ces fonctions débordent du cadre législatif, car l'agrément professionnel et le cadre de pratique sont définis par des lois provinciales.

Après le transfert de leurs fonctions, les effectifs infirmiers et de dentothérapie doivent se conformer aux normes de pratique des associations professionnelles provinciales. La Saskatchewan et Terre-Neuve-et-Labrador sont les deux seules provinces où les dentothérapeutes peuvent être transférés, car il y existe des dispositions d'agrément provincial. Les problèmes posés par le cadre de pratique continuent d'avoir des répercussions sur le transfert dans les cas où, en raison de la

réglementation provinciale, il est impossible pour les collectivités de recruter du personnel adéquatement formé et dûment agréé. Dans bien des cas, les collectivités ayant conclu une entente de transfert sont forcées de recourir à des ententes d'échange pour obtenir le détachement du personnel infirmiers de la DGSPNI.

L'accord d'échange est une option qui offre des possibilités et pose des difficultés. Les collectivités ayant eu recours à ce mécanisme ont observé que, bien qu'il permette la gestion locale du personnel, il peut miner la cohésion des équipes, car :

- le personnel engagé par l'intermédiaire d'un accord d'échange peut parfois se sentir coincé entre la DGSPNI, son employeur du point de vue de la loi, et l'équipe de gestion de la santé des PN/I, son employeur dans la pratique;
- les écarts sur le plan des salaires et des avantages sociaux des employés faisant l'objet d'accords d'échange peuvent créer des tensions pour les responsables de la santé des PN/I quand les échelles salariales et les avantages sociaux locaux ne correspondent pas aux normes fédérales.

La transférabilité des effectifs infirmiers et de dentothérapie demeure un problème. Pour le régler, la DGSPNI et les organisations des PN/I devront former des partenariats pour entreprendre des discussions avec les provinces et négocier des ententes qui comportent des solutions pragmatiques.

6.4 Les petites collectivités par opposition aux conseils tribaux / les collectivités ayant conclu une entente de transfert par opposition à celles n'en ayant pas conclu

Le tableau 6.12 montre les caractéristiques des collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée et des collectivités NTNI. Dans l'ensemble, 306 collectivités ont servi la population du SATC, de 400 habitants ou moins, en 2001-2002. On ne sait pas exactement combien de ces collectivités sont affiliées à des conseils tribaux ou à des autorités sanitaires plutôt qu'autonomes.

Tel qu'on l'a mentionné précédemment, la politique de la masse critique mise en œuvre en 1991 a officiellement été mise de côté par l'application du modèle intégré, puis a été éliminée de tous les guides sur le transfert.

Tableau 6.12 Taille des collectivités selon les données sur la population en 2001-2002 du SATC pour les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée ou les collectivités NTNI⁴⁷

Données sur la population des collectivités		AC	Intégration	Transfert (MC)	Transfert (2 ^e et 3 ^e niveaux)	Total
0 à 100	Nombre	10	22	37	1	70
	% du total	1,7	3,6	6,1	0,2	11,6
100 à 400	Nombre	48	74	105	9	236
	% du total	7,9	12,2	17,3	1,5	38,9
400 à 3 000	Nombre	44	94	143	5	286
	% du total	7,3	15,5	23,6	0,8	47,2
3 000 et plus	Nombre	3	3	8	0	14
	% du total	0,5	0,5	1,3	0,0	2,3

Il faut soulever un certain nombre de points pour les petites collectivités.

- Premièrement, l'exercice sur l'équité en matière de financement présenté ci-dessus démontre qu'un certain nombre de petites collectivités ont pris en charge les responsabilités et le financement pour des services de deuxième et de troisième niveaux; toutefois, ces responsabilités n'ont pas été accompagnées d'une hausse du financement par personne.
- Deuxièmement, certaines petites collectivités ayant signé une entente de transfert ont fait état à maintes reprises de leur difficulté à recruter et à maintenir en poste le personnel infirmiers et professionnel; les difficultés associées à la mise en œuvre du programme de soins à domicile et en milieu communautaire dans les collectivités disposant de peu de services sont déjà documentées (Adrian Gibbons and Associated Ltd 2003). Leur capacité d'assurer des services de deuxième et de troisième niveaux est mise en doute et peut se trouver davantage entravée par le manque de ressources proportionnelles.
- Troisièmement, certaines petites collectivités sont également isolées (n = 26) ou éloignées et isolées (n = 17). Dix d'entre elles disposent d'un poste de soins infirmiers. En Colombie-Britannique, les PN se sont dites inquiètes du fait que la formule actuelle de financement pourrait être injuste envers les petites collectivités, qu'on l'envisage sous l'angle de la capacité minimale de base (services accessibles dans la collectivité) ou sous l'angle de l'investissement minimal (Sommerfield & Payne 2004). Nos observations soutiennent ce point de vue. La variation apparente de l'application de la formule et les disparités régionales enracinées risquent de

⁴⁷ La base de données qui nous a été fournie ne faisait pas la distinction entre les collectivités autonomes et les collectivités ayant conclu une entente de transfert sous une organisation composée de plusieurs collectivités. Les catégories de population sont celles employées par la DGSPNI pour le calcul du financement administratif.

mettre davantage en péril l'accès à des services de santé primaires de qualité en milieu communautaire dans les collectivités pour lesquelles il n'existe pas de solution de rechange.

Ce que nous voulons dire, c'est qu'il faut se pencher sur les besoins des petites collectivités isolées, et éloignées et isolées. Nous ne connaissons aucune étude qui aurait pu documenter les besoins précis et les contingences de la prestation de services dans les petites collectivités. Nous sommes d'avis qu'il s'agit là d'une lacune importante. À ce jour, la seule vision dont nous ayons eu connaissance proposait que les petites collectivités s'affilient à une autorité sanitaire ou à un conseil tribal si elles désirent conclure une entente de transfert afin de résoudre les problèmes de masse critique. Toutefois, à moins que la politique et le financement ne tiennent compte des besoins particuliers des petites collectivités, cette disposition aura simplement pour effet de déplacer le risque vers les autorités sanitaires et les conseils tribaux.

6.5 Développement des capacités et administration par une tierce partie

À la suite du transfert, on confie aux organisations des PN/I la prestation des services essentiels de santé primaires. Tel qu'indiqué dans la DP, les capacités des collectivités des PN/I varient au moment où elles s'engagent dans le processus de transfert. L'expertise n'est pas répartie également. Bien que cette situation soit reconnue par la DGSPNI, la Stratégie de développement des capacités de la DGSPNI vise principalement à accroître les compétences des gestionnaires de la DGSPNI chargés de la supervision des ententes de contribution (Health Canada (FNIHB) 2003c).

De temps à autre, les organisations des PN/I peuvent éprouver des difficultés avec leur administration. Selon les répondants, il est évident que la DGSPNI doit investir dans le développement des capacités. Lorsque les capacités sont insuffisantes, la DGSPNI peut intervenir. D'après la politique de la DGSPNI en matière d'intervention :

[TRADUCTION]

La Direction générale de la santé des PN/I doit intervenir dans la mesure où cela s'impose; toutefois quand un bénéficiaire fait état d'une incapacité, d'un refus ou d'un manque d'empressement à faire face à une situation ou à un événement difficile qui s'est produit ou se produit dans une collectivité et qui présente ou pourrait présenter des risques sur les plans suivants :

- *la santé et/ou la sécurité des membres de la collectivité;*
- *la prestation des programmes et/ou des services de santé à la collectivité;*
- *l'administration et/ou la gestion du financement destiné à la santé versé par la DGSPNI;*
- *l'exécution et l'application des modalités des ententes de financement de la santé de la DGSPNI (Health Canada (FNIHB) 2002a).*

La politique décrit trois niveaux d'intervention. Le niveau d'intervention est faible quand l'organisation des PN/I a la volonté et la capacité de redresser la situation. Dans un tel cas, la DGSPNI et l'organisation collaborent pour élaborer un plan de gestion correctrice visant à résoudre le problème. Il est modéré quand elle a la volonté et la détermination de corriger le problème, mais n'en a pas la capacité. Dans ce cas, on conclut une entente de cogestion et on embauche un gestionnaire ou un administrateur qualifié et reconnu. Si une organisation des PN/I ne montre aucune volonté et ne s'engage pas à

résoudre le problème, on passe à un niveau élevé d'intervention, qui comprend la nomination par la DGSPNI d'un gestionnaire de tierce partie.

En général, la plupart des recours à un gestionnaire de tierce partie se font à l'initiative du MAINC; ils sont motivés par des difficultés relatives à l'administration des bandes, à l'éducation ou à des initiatives de développement économique. Tel que le montre le tableau 6.13, la majorité des processus de gestion par des tiers actuellement en place se déroulent dans des collectivités qui n'ont pas signé d'entente de transfert.

	Gestion totale par une tierce partie depuis 1998	Nombre de collectivités ayant conclu une entente de transfert	Nombre de collectivités ayant conclu une entente intégrée	Nombre de collectivités n'ayant conclu aucune entente de transfert	Caractéristiques
Pacifique	12		2	10	Les processus ont tous été mis en place à l'initiative du MAINC.
Alberta	0				
Saskatchewan	8	6		2	Les processus ont tous été mis en place à l'initiative du MAINC. Renseignements actuels seulement.
Manitoba	1	1			Estimations basées sur les entrevues. Le nombre final n'est pas encore connu.
Ontario	4	1		3	Depuis 2001. Initiative non précisée.
Québec	1	1			Initiative non précisée.
Atlantique	1			1	Initiative du MAINC et de la DGSPNI, aucune entente de transfert conclue.
Total	27	9	2	16	

L'expérience de la PN de Roseau River, au Manitoba, a soulevé des préoccupations relativement aux processus de gestion par des tiers mis en place à l'initiative du MAINC dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert. En

2001, le MAINC a pris l'initiative d'embaucher un gestionnaire de tierce partie pour la PN de Roseau River. Le directeur de la santé a appris indirectement que le gestionnaire de tierce partie avait décidé de prendre le contrôle administratif de tous les fonds destinés à la santé. Cela va apparemment à l'encontre de la politique de la DGSPNI. Toutefois, le directeur de la santé croit savoir qu'un protocole d'entente entre la DGSPNI et le gestionnaire de tierce partie a été élaboré indépendamment du centre de santé. Le directeur de la santé a résisté à cette tentative de prise de contrôle du budget du centre (y compris des surplus) et, après des négociations intenses à la DGSPNI, il a réussi à obtenir la résiliation de cette entente et à conserver le plein contrôle administratif du budget de santé du centre.

6.6 Difficultés financières associées à la syndicalisation

Certaines organisations de santé des PN se sont syndiquées. Selon la politique de la DGSPNI, un montant minimal de 5 000 \$ et un montant maximal de 20 000 \$ par an sur 5 ans,⁴⁸ équivalant à 10 % du montant affecté à la gestion de la santé, sont prévus pour couvrir le coût des négociations syndicales. Toutefois, cette somme correspond à peine à la hausse du temps consacré aux tâches administratives et des coûts de main-d'œuvre associés à la syndicalisation. Bien que la politique reconnaisse que les règlements salariaux des employés syndiqués puissent avoir d'importantes répercussions financières sur l'organisation, elle dégage la DGSPNI de toute responsabilité quant à l'acquittement de ces coûts (Health Canada (FNIHB) 2001a).

Skidegate est continuellement confrontée à des conflits de travail, à des griefs, à l'arbitrage et à la négociation de conventions collectives, et la position antisyndicale du conseil a occasionné un haut taux de roulement du personnel, de même que des dépenses juridiques élevées. En 2003, l'administratrice de la santé estimait qu'elle consacrait presque tout son temps à des questions liées à la syndicalisation, et la demande n'a toujours pas baissé. En tout, les coûts associés à la syndicalisation sont considérables dans cette collectivité. Les membres syndiqués du personnel travaillant au centre de santé considèrent toujours la syndicalisation comme la seule façon d'obtenir la sécurité d'emploi et l'équité salariale dans un marché du travail instable. Jusqu'à maintenant, les coûts engagés par cette collectivité pour traiter les questions liées à la syndicalisation sont estimés à plus de 387 000 \$ et drainent les ressources liées aux programmes et aux services.

6.7 Deux langues officielles

Oui. Alors très souvent on va avoir des documents qui nous arrivent d'Ottawa, de Santé Canada concernant euh... bon la santé des Premières nations, le document est en anglais pis on nous dit ah ben le document en français n'est pas encore traduit, le document n'est pas encore traduit en français, il vous arrivera dans quelques semaines.
(Membre d'une collectivité des PN, Québec)

[TRADUCTION]

La langue joue un gros, gros rôle. Les gens qui habitent d'autres provinces n'ont pas la moindre idée des répercussions de la langue, du français et de l'anglais. Et, nous essayons d'expliquer ça et nous expliquons de nouveau et nous essayons de vendre l'idée. Bien que Santé Canada reconnaisse les répercussions de la langue, il ne les comprend pas. (Membre d'une collectivité des PN, Québec)

⁴⁸ Ce financement peut être versé annuellement ou sous forme de montant forfaitaire.

Au Québec, 17 collectivités des PN utilisent le français comme principale langue de communication avec la DGSPNI. Les directeurs de la santé au Québec nous ont indiqué qu'il demeurerait difficile d'obtenir de l'information en français de la DGSPNI. La CSSSPNQL a signalé que les projets de documents envoyés aux PN pour obtenir leurs commentaires n'étaient pas tous traduits. Ces documents sont habituellement transmis par la région du Québec de la DGSPNI à la CSSSPNQL à des fins de distribution. La CSSSPNQL a décidé, par principe, de ne pas envoyer de documents non traduits aux collectivités. Toutefois, elle s'occupe de faire traduire certains documents portant sur des questions clés, et ce, à ses frais.

Certains ont également mentionné que l'on favorise la nomination aux comités nationaux de consultation de membres des PN anglophones ou bilingues (français-anglais) afin d'éviter les frais de traduction. Enfin, nous avons appris qu'un processus de consultation lié à un programme de la DGSPNI n'incluait aucune PN francophone, car le consultant embauché par la DGSPNI ne parlait pas français. Cela soulève des préoccupations et va à l'encontre de l'article 16 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

6.8 Pourquoi certaines collectivités n'optent-elles pas pour les modèles de transfert ou les modèles intégrés afin d'améliorer la prise en charge des services de santé par la collectivité?

L'expérience des collectivités NTNI n'a pas été systématiquement documentée dans la présente étude. Il n'est pas facile d'amener les collectivités NTNI à participer à un processus comme celui-là. La présente évaluation repose largement sur les interventions et les commentaires des directeurs de la santé de collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée. Bien qu'il puisse y avoir des exceptions, la plupart des collectivités NTNI n'ont pas de directeur de la santé. Le centre de santé ou le poste de soins infirmiers peut être géré par une infirmière embauchée par la DGSPNI, qui assure la liaison avec le chef et le conseil, mais ne peut pas commenter les aspirations de la collectivité. On peut assigner un portefeuille de la santé à un conseiller, mais les arrangements varient d'une collectivité à l'autre. Par conséquent, nous n'avons pas été en mesure d'exposer systématiquement les points de vue des collectivités NTNI, mis à part les résultats de l'étude de cas du Conseil tribal de Keewatin (CTK) et des rapports anecdotiques de différentes sources, dont les régions de la DGSPNI.

- Certaines PN en Alberta et en Saskatchewan voient dans le transfert une érosion de la responsabilité fiduciaire de l'État et une disposition qui mine leurs droits issus des traités.
- La mise en œuvre du transfert a été plus importante dans les régions où le bureau régional de la DGSPNI en a fait la promotion active, comme en Saskatchewan et au Québec.
- Le CTK a commencé à planifier le processus de transfert au début des années 90. On voulait que le CTK fournisse les services de deuxième niveau et que chaque collectivité offre les services de premier niveau, y compris deux collectivités qui recevaient leurs services du gouvernement manitobain depuis la signature d'un accord fédéral-provincial en 1964. La première proposition que le CTK a présentée à la DGSPNI comprenait l'affectation de fonds à toutes les collectivités. On s'attendait à ce que la DGSPNI facilite les discussions avec le gouvernement provincial. Toutefois, elle a plutôt demandé au CTK de négocier directement avec ce dernier,

mais les deux parties n'ont pas réussi à s'entendre. La leçon à tirer de cette expérience est que, si la PTSS mène en effet à l'autonomie gouvernementale, ses dispositions doivent refléter et respecter les ententes politiques des organisations des PN.

- Les petites collectivités de la Colombie-Britannique ont indiqué que les dispositions actuelles en matière de transfert les désavantagent. Certaines régions de la DGSPNI se préoccupent aussi de la viabilité du transfert des services aux petites collectivités, et encouragent plutôt les transferts visant plusieurs collectivités. Les collectivités qui ne veulent pas s'affilier n'ont aucune option.
- Caractéristiques des collectivités : certaines collectivités ne sont pas prêtes à s'engager dans le transfert en raison de problèmes non réglés ou de préférences.

Nous n'avons pas tenté de documenter la raison pour laquelle certaines collectivités préféraient le modèle intégré au modèle du transfert.

6.9 Analyse

La mise en œuvre du transfert était une entreprise audacieuse. Elle exigeait la négociation d'un changement fondamental de la méthode de prestation des services de santé dans les réserves, ainsi que le transfert des deniers publics et des responsabilités à une tierce partie. Il ne fait aucun doute qu'il a fallu beaucoup de temps pour atteindre un consensus par rapport au plan (dix ans, en fait, de 1979 à l'approbation du transfert des pouvoirs en 1989). Une suite de cabinets libéraux et conservateurs, de même que Santé Canada, l'administration centrale et les régions de la DGSM, le Conseil du Trésor et les organisations et collectivités des PN/I, ont pris part au processus, ce consensus ayant nécessairement demandé des compromis conceptuels.

La base conceptuelle du transfert des rôles et des responsabilités qui a guidé la formule de financement a eu des avantages sur le plan de l'établissement du consensus. Avec le temps, elle a toutefois montré des faiblesses inhérentes. Le concept repose sur l'hypothèse voulant que les organisations des PN/I reçoivent un financement adéquat selon l'historique des dépenses, en plus d'une certaine somme pour l'administration.

À la suite de l'application du modèle choisi pour financer le transfert, les injustices en matière de financement ont commencé à s'accumuler. En ce moment, ce que l'on trouve dans les collectivités des PN/I est une gamme de services et de programmes, parfois transférables, parfois non transférables. Le portrait général s'apparente davantage à un ensemble de mesures disparates qu'à un système. Les coûts associés au maintien de cette kyrielle d'ententes et de leurs modifications périodiques sont considérables. À une époque où la viabilité financière est préoccupante (Health Canada (FNIHB) 2003e), on devrait rechercher une plus grande efficacité par rapport aux coûts sur le plan administratif. L'approche disparate actuelle, d'après nous, occasionne des coûts administratifs élevés, tant pour la DGSPNI que pour les collectivités des PN/I.

Le modèle conceptuel supposait que le contexte dans lequel les services de santé des PN/I étaient offerts avant le transfert se poursuivrait par la suite. Cette croyance a été minée par la réalisation que le transfert exigeait des organisations des PN/I qu'elles respectent maintenant les lois provinciales. L'adaptation des services et l'élaboration de protocoles peuvent avoir été facilitées dans certains cas, mais la plupart des organisations des PN/I ont dû apprendre le système et négocier des accords locaux.

Le modèle conceptuel supposait aussi que les rôles de deuxième et de troisième niveaux pourraient être transférés, si l'on transférait le financement, ou conservés, si l'on conservait le financement, sans nuire à la façon dont ces rôles étaient exercés. Les rôles de deuxième et de troisième niveaux étaient toutefois des rôles de supervision, qui exigeaient, ou du moins supposaient, un niveau de compétence et d'expérience plus élevé. Les organisations des PN/I qui ont choisi de laisser ces rôles à la DGSM/DGSPNI ont découvert que le rôle a changé après le transfert, passant d'un rôle de supervision assorti, dans le cas des programmes de soins infirmiers et d'hygiène du milieu, de responsabilités définies par la loi, à un rôle de consultation. Le financement n'a pas été transféré, même si une part de la responsabilité l'a été. Toutes les ententes de transfert parlent du rôle qu'a conservé la DGSM/DGSPNI comme d'un rôle de consultation. La plupart des ACU ne traitent plus des rôles résiduels, peu importe ce que la DGSPNI a transféré ou conservé.

Il est évident que le système actuel a évolué au fil du temps et avec la pratique, selon la *Loi sur la gestion des finances publiques* et l'expérience de Santé Canada avec les stratégies verticales de financement axées sur les projets, plutôt que de devenir un système de soins de santé offrant des services essentiels. Il est aussi évident que les cadres de gestion financière et de responsabilisation ne répondent plus aux besoins de la DGSPNI.

Conclusions

[TRADUCTION]

Je crois qu'ils ont besoin de prendre du recul et de se dire, o.k. où est-ce qu'on en est? Puis une personne pouvant prendre les décisions doit dire voilà vers quoi on se dirige au cours des dix années à venir. Le plan doit être de dix ans [...] pour qu'on commence à envisager la nouvelle vision de la santé. (Membre d'une collectivité des PN, Ontario)

La Politique de transfert des services de santé était une entreprise audacieuse. Dans l'ensemble, elle a été relativement fructueuse en regard des objectifs énoncés. Les données auxquelles nous avons eu accès révèlent ce qui suit :

- les organisations des PN/I ont progressé grâce à cette politique;
- la capacité des services de s'adapter rapidement aux besoins s'est améliorée;
- les programmes obligatoires sont mis en œuvre;
- la responsabilisation du chef et du conseil en matière de santé s'est améliorée comparativement à la situation préalable au transfert.

Au sein de la DGSPNI et chez les PN/I, il existe toujours un appui important à une politique favorisant le contrôle par la collectivité des services de santé offerts en milieu communautaire et dans les réserves. L'expérience acquise au cours des 16 dernières années forme une assise solide sur laquelle ériger un système de soins de santé primaires complet, intégré et viable pour les PN/I, offrant des services adaptés aux besoins dans les réserves et complété par un accès aux services provinciaux garanti par les politiques provinciales sur la santé.

La Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada a tenu un forum spécial sur les questions liées à la santé autochtone le 26 juin 2002. Pendant ce forum, M. Romanow a exprimé ses préoccupations concernant les disparités grandissantes non pas au sein du système canadien de soins de santé, mais entre les 13 systèmes provinciaux et territoriaux de soins de santé. Nous comprenons et partageons son point de vue, mais le nombre 13 est trompeur. On compte en fait un quatorzième milieu de soins de santé au Canada, qui est supervisé par la DGSPNI. Il est logé à Santé Canada, un ministère qui, mise à part la DGSPNI, ne participe pas à la prestation directe de services. Il est lié aux systèmes provinciaux de soins de santé et dépend d'eux, mais demeure en périphérie, en grande partie incapable d'influer sur les décisions provinciales qui peuvent le concerner. Peut-être que M. Romanow ne considérait pas encore ce milieu comme un système. Si c'est en fait ce qu'il voulait dire, nous l'approuvons.

Le présent chapitre résume les conclusions de l'évaluation et présente dix recommandations clés dans le but de répondre à la question suivante : « Quels sont les principaux facteurs assurant la réussite du transfert? » (Question 20 du cadre d'évaluation). Il explore également les leçons qui peuvent être tirées de la littérature à l'échelle internationale. (Question 21 du cadre d'évaluation)

Un certain nombre de questions clés ont été cernées au cours de cette évaluation. D'abord, les ententes de transfert et les ententes intégrées ont été financées selon une approche mixte, associant le niveau de financement historique et le financement par personne. Notre analyse montre que cette approche a engendré des injustices qui sont maintenant enracinées. De plus, le niveau de financement n'a pas suivi le rythme de l'augmentation des prix et du volume, de la croissance de la

population, et des besoins. Il ne reflète plus la façon dont les organisations des PN/I dispensent les services ni la façon dont la DGSPNI conçoit et offre ses services. L'assise du financement des ententes intégrées et des ententes de transfert doit être réexaminée et harmonisée avec les pratiques et les besoins de l'heure. Des changements s'imposent pour corriger ces injustices.

En partie en raison de la PTSS, les collectivités des PN/I assument maintenant la responsabilité d'une gamme de services et de programmes, parfois transférés, parfois fournis dans le cadre d'initiatives non transférables, financées par projet et de durée limitée. Le portrait général s'apparente davantage à un ensemble de mesures disparates qu'à un système. Les coûts administratifs associés au maintien de cette kyrielle d'ententes et de leurs modifications périodiques sont considérables. À une époque où la viabilité financière est préoccupante, on devrait rechercher une plus grande efficacité par rapport aux coûts sur le plan administratif. L'approche disparate actuelle, telle que nous la voyons, entraîne des coûts administratifs élevés, tant pour la DGSPNI que les collectivités des PN/I. L'utilisation de multiples ententes de contribution distinctes n'est pas économique, en plus de demander la gestion d'une infrastructure bureaucratique visant à superviser les dispositions des ententes de contribution plutôt que d'assurer le soutien et le développement des capacités. De plus, elle ne garantit pas que des soins optimaux et complets sont offerts localement. Enfin, le système actuel a évolué au-delà de la cohérence et a engendré des disparités financières enracinées.

Le cadre actuel de responsabilisation reflète la complexité de l'environnement administratif dans lequel évoluent maintenant la DGSPNI et les organisations des PN/I. Ce cadre nécessite la production d'un grand nombre de rapports sur les dépenses financières et sur les activités. Il produit cependant peu d'information sur les besoins administratifs et les besoins en matière de formation (appelée développement des capacités) des organisations des PN/I, et il ne génère aucune information sur les résultats. Bien qu'elle soit inondée de données, la DGSPNI n'a qu'une capacité fonctionnelle limitée de compiler ces données et d'en tirer de l'information sur laquelle fonder ses décisions stratégiques. Le problème en est un de format (rapport sur papier par opposition à rapport électronique) et de volume, mais découle aussi de l'absence d'indicateurs appropriés et d'un accès limité aux données provinciales. Il en résulte un système de rapport qui demande beaucoup de temps et qui mine la capacité des régions de la DGSPNI de soutenir les organisations des PN/I. Le système est en train d'obliger les administrateurs des PN/I à consacrer moins de temps à la planification et à la gestion des programmes, et davantage à la rédaction de rapports n'ayant guère d'autre utilité que celle d'assurer un « suivi ». En 2002, la vérificatrice générale du Canada a publié un rapport énonçant ses préoccupations concernant le fardeau lié aux rapports qu'exigent le MAINC, la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL), RHDC et la DGSPNI. Il semble que la situation cernée par la vérificatrice générale du Canada prévale toujours, du moins pour la DGSPNI.

Un des problèmes, c'est que la DGSPNI s'est employée à normaliser les programmes et les pratiques, voyant là un moyen de garantir l'accès à des soins de qualité dans les réserves. L'objectif est légitime. Toutefois, la normalisation des programmes à l'échelle nationale va directement à l'encontre de l'objectif primordial de la PTSS, celui d'assurer une certaine souplesse pour être en mesure de s'adapter aux besoins locaux. La normalisation des programmes et des mécanismes de prestation est difficile à suivre de près et risque d'éliminer des solutions de rechange mieux adaptées. Il serait plus rentable de normaliser des indices de référence axés sur les résultats et d'élaborer des indicateurs permettant de produire des rapports relativement à ces points

de repère. Une fois réunis, ces éléments d'information permettraient d'avoir une juste idée du rendement général de la politique, ce qui constitue une amélioration par rapport à la situation actuelle.

Il est temps d'adopter une nouvelle approche qui continuera de miser sur les principes de souplesse, d'adaptation, de viabilité et d'autonomie gouvernementale et qui garantira aux collectivités des PN/I l'accès à des services complets de soins primaires satisfaisant à leurs besoins locaux. L'expertise acquise par les collectivités des PN/I ainsi que par la DGSPNI grâce à la PTSS a créé une solide base de connaissances sur laquelle fonder un système de santé pour les PN/I.

Bien que la DGSPNI ait investi dans l'amélioration de la supervision de chacune des ententes de contribution, il lui reste encore à mettre en œuvre un système qui fournit des renseignements sur le fonctionnement global du système.

Ces difficultés ne sont pas propres au Canada. Le présent chapitre analyse les conclusions de cette évaluation à la lumière de l'expérience internationale dans la conclusion de contrats de soins de santé autochtone.⁴⁹ Cette analyse est suivie d'un sommaire des recommandations formulées pendant cette évaluation et d'une analyse sur ces dernières.

7.1 Perspectives internationales

La présente section passe en revue l'expérience de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande par rapport aux politiques et mécanismes de financement établis pour remédier aux inégalités en matière de santé autochtone et soutenir les organisations de santé autochtone.⁵⁰

7.1.1 Fournisseurs de services aux aborigènes et aux insulaires du détroit de Torres, en Australie

Les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres, en Australie, ont commencé à ouvrir leurs propres cliniques dans les années 70. Leur objectif consistait à offrir des soins primaires gratuits et appropriés sur le plan culturel aux aborigènes et aux insulaires du détroit de Torres. Ces services étaient dirigés par un conseil d'administration composé d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres, offraient des soins primaires et étaient fournis initialement par du personnel bénévole (notamment du personnel médical, infirmiers et des membres des collectivités), les locaux et d'autres nécessités provenant de dons en nature. Ce n'est que plus tard que le gouvernement fédéral a commencé à offrir du financement. Une partie du financement nominal non indexé a été affecté aux services de santé contrôlés par les collectivités d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres vers la fin des années 70. Depuis que le ministère national de la santé a décidé d'assumer la responsabilité de la santé des aborigènes et des insulaires du détroit de Torres, en 1995, le financement de base a augmenté, mais

⁴⁹ Le gouvernement fédéral canadien fait une nette distinction entre les contrats et les ententes. Les contrats sont d'une durée limitée et se rapportent à l'exécution d'une tâche précise, comme la présente évaluation. La concurrence peut jouer un rôle. On signe habituellement des ententes pour la prestation de services récurrents. Les ententes sont utilisées auprès des PN/I. Les ouvrages internationaux utilisent une terminologie légèrement différente; ce que le Canada appelle « entente » peut en effet y être désigné par « contrat relationnel » ou « à long terme ».

⁵⁰ Le lecteur trouvera plus de détails dans Lavoie (2003a, 2004, 2005).

est toujours versé en fonction de l'historique des fonds reçus. Le financement pour les programmes s'obtient par concours, faisant appel à la rédaction de propositions. Certains services de santé contrôlés par les collectivités d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres ont pris de l'ampleur avec les années, alors que d'autres ont conservé leur objet initial consistant à offrir des soins cliniques. Hill *et al.* (2001) soulignent que le nombre d'organisations de la santé contrôlées par les aborigènes et les insulaires du détroit de Torres est passé à plus de 120 depuis leur création, en 1971.

Les services de santé des aborigènes et des insulaires du détroit de Torres semblent être en transition. Vu la mise en œuvre actuelle du programme d'accès aux soins primaires, les nouveaux conseils régionaux de la santé, composés d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres, seront financés et chargés de la planification et de la prestation de services complets de soins primaires pour une population d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres définie sur le plan géographique. Le plan consiste à diviser l'Australie en régions de santé des aborigènes et des insulaires du détroit de Torres, chacune ayant son conseil et des fonds pour ses soins primaires. En vertu d'une entente globale unique, chaque conseil recevra des fonds par personne, selon la moyenne des dépenses annuelles en soins de santé de l'Australie, multipliée par deux, s'il est reconnu que les aborigènes ont des besoins supérieurs, et de nouveau par deux si la région est éloignée. Les conseils peuvent choisir de devenir des détenteurs de fonds, certains fonds existant avant la création des services de santé contrôlés par les collectivités d'aborigènes et d'insulaires du détroit de Torres pour certains services, ou des fournisseurs directs de services.

7.1.2 Le développement des fournisseurs de services de santé māoris

Le gouvernement de la Nouvelle-Zélande a toujours affiché une position ambivalente relativement aux questions des droits des Māoris. Dans les années 70 et au début des années 80, les Māoris ont commencé à exprimer avec de plus en plus de force la nécessité de lier la culture et la santé. Cette question a donné lieu à des congrès māoris, à des campagnes de promotion de la santé et à des initiatives communautaires liées à la santé, qui recommandaient l'accroissement de la participation des Māoris à la prestation des soins de santé (New Zealand Ministry of Health 1984). Les Māoris prétendaient que la santé était protégée en vertu de l'article 2 du Traité de Waitangi, mais cette interprétation a été rejetée par le gouvernement de la Nouvelle-Zélande, qui a affirmé que sa responsabilité en matière de soins de santé est la même pour tous les citoyens, et qu'il s'agit d'une question de politiques. Le gouvernement a néanmoins reconnu que toutes les politiques nationales sur la santé et les organisations de soins de santé doivent refléter les trois dispositions du Traité :

[TRADUCTION]

- Partenariat : Collaborer avec les *iwi* (les tribus), *hapū* (les sous-tribus), *whānau* (les familles) et les collectivités māories afin d'élaborer des stratégies pour l'amélioration de l'état de santé des Māoris et la prestation de services appropriés aux personnes malades ou handicapées.
- Participation : Engager les Māoris à tous les paliers de la planification, de la création et de la prestation des services aux personnes malades ou handicapées.
- Protection : S'assurer que les Māoris jouissent au moins du même état de santé que le reste de la population et préserver les concepts culturels, les valeurs et les pratiques des Māoris (Durie 1998, New Zealand Ministry of Health Maori Health Directorate 2001).

Le ministère de la Santé souligne que le nombre de fournisseurs dans le secteur est passé de 23 en 1993 à 240 en 1998 (New Zealand Te Puni Kokiri 2000). La majorité des Māoris habitent en milieu urbain ou semi-urbain⁵¹ et ont traditionnellement accès aux mêmes services de santé que le reste de la population. Bien que le travail récent d'élaboration de politiques favorise les services de santé contrôlés par les Māoris pour mieux répondre aux besoins de ces derniers en matière de santé (New Zealand Ministry of Health 2001a, 2001b), l'accès au financement demeure fragmenté en petits contrats annuels et très circonscrits. Selon deux études, les coûts administratifs se sont avérés considérables et cette méthode semble avoir peu d'avantages (Ashton 1998, New Zealand Te Puni Kōkiri 2000).

7.1.3 Leçons

Il y a deux grandes leçons à tirer de ces exposés. Premièrement, les politiques sur la santé des Māoris ne se limitent pas à répondre aux besoins en matière de santé en finançant les fournisseurs māoris. Elles exigent plutôt que **toutes les organisations de santé** aient des politiques qui permettent de répondre rapidement aux besoins des Māoris et respectent les principes de partenariat, de participation et de promotion du Traité. De la même façon, la Politique de 1979 sur la santé des Indiens indiquait que le système de soins de santé canadien (en fait, l'ensemble de la société canadienne) devrait s'efforcer de répondre aux besoins des Autochtones.

Deuxièmement, l'Australie et la Nouvelle-Zélande sont en train de repenser l'environnement contractuel, traditionnellement fragmenté, mis en œuvre pour financer les fournisseurs de services de santé autochtones et comprenant une multitude de petits contrats très circonscrits. Les deux pays semblent plutôt envisager des contrats uniques, plus souples et complets, qui ressemblent à ce que l'on avait initialement envisagé pour la PTSS. La même tendance a été observée au Royaume-Uni, où des contrats dans le domaine de la santé sont conclus depuis longtemps (Goddard & Mannion 1998, Koperski & Rodnick 1999). C'est essentiellement pour améliorer la capacité de répondre aux besoins et réduire les coûts administratifs qu'on a remplacé les contrats à court terme par des contrats simplifiés à long terme [que l'on appelle souvent des contrats relationnels] (Mills & Broomberg 1998). À cet égard, le Canada semble aller à contre-courant.

7.2 Quels sont les principaux facteurs assurant la réussite du transfert? Recommandations des PN/I

Les recommandations ci-après ont été formulées dans les mémoires des PN/I, ainsi que pendant les entrevues et les analyses locales.

7.2.1 Droits des Autochtones et issus de traités, et droit inhérent à l'autonomie gouvernementale

Les PN sont d'avis que l'accès aux soins de santé est un droit des Autochtones et issu de traités qui découle des dispositions du Traité n° 6. Il a également été mentionné que les politiques actuelles ne reflètent pas la compréhension des PN de

⁵¹ La Nouvelle-Zélande est un petit pays composé de deux îles. Sa taille totale est comparable à celle du Labrador. Selon les normes canadiennes, on trouve peu de collectivités éloignées en Nouvelle-Zélande, voire aucune.

l'autonomie gouvernementale. La PTSS ou la politique qui la remplacera doit donc le faire.

7.2.2 Un système de soins de santé homogène

Les PN/I doivent pouvoir accéder à un système homogène, peu importe la région où ils habitent. La DGSPNI doit se pencher sur le continuum des soins de santé et demander au gouvernement provincial de s'engager là où il y a des lacunes. Le besoin est particulièrement évident dans le domaine de la santé mentale. La DGSPNI doit assumer son rôle résiduel de défenseur et d'agent des PN/I, plus particulièrement lorsqu'elle négocie avec les autorités sanitaires provinciales sur l'accès aux services de santé publique.

7.2.3 Un engagement renouvelé à favoriser la souplesse et la capacité de réaction rapide dans la prestation des services de santé

Les répondants ont souligné que la fragmentation accrue des programmes compromet leur capacité de répondre aux besoins locaux. Les propositions de la DGSPNI concernant les nouveaux programmes ne reflètent pas nécessairement les besoins locaux, ce qui met les organisations des PN/I dans une situation difficile : obtenir du financement pour des activités qui ne sont peut-être pas les plus appropriées pour répondre aux besoins ou n'avoir aucun financement pour répondre aux besoins.

Les répondants ont également indiqué que les modalités des ententes de transfert doivent être souples et permettre aux PN de renégocier annuellement pour tenir compte des circonstances imprévues.

7.2.4 Collaboration intersectorielle

Il faut accroître la collaboration et la coordination entre le MAINC et la DGSPNI, plus particulièrement dans les secteurs de responsabilité partagée, comme l'hygiène du milieu, où le MAINC est chargé de l'infrastructure, et la DGSPNI, de la surveillance. Quant aux processus de gestion par une tierce partie, il faut établir des limites claires entre les fonds destinés à la santé et les autres fonds.

7.2.5 Accès à de l'information sur la santé

L'accès à de l'information à jour sur la santé, comprenant des données sur l'utilisation de services provinciaux, est essentiel à la planification et à l'évaluation des services. La DGSPNI doit appuyer la collecte de données, ainsi que l'accès aux banques de données électroniques et aux renseignements provinciaux.

7.2.6 Cadre de responsabilisation

Il faudrait simplifier les exigences actuelles en matière de rapports.

7.2.7 Accroissement de la responsabilisation régionale de la DGSPNI

On devrait demander aux régions de la DGSPNI de produire un rapport annuel faisant état de la performance en matière d'administration et de prestation directe de services, ainsi que des difficultés et des solutions.

Il faudrait mettre en place des mécanismes régionaux pour répondre aux questions en suspens.

Il faudrait aussi demander à la DGSPNI de rendre compte officiellement aux PN/I des progrès réalisés par rapport à la mise en œuvre des recommandations formulées dans la présente évaluation et dans les évaluations antérieures. Il a été proposé que la DGSPNI produise, avec la collaboration des PN/I, un bilan des progrès réalisés.

7.2.8 Viabilité du financement

Le financement du transfert doit refléter la population servie, la croissance démographique et les besoins.

Les collectivités où l'on trouve des organisations syndiquées, qu'elles aient ou non conclu une entente de transfert, ont besoin de formation et de fonds supplémentaires pour satisfaire aux exigences salariales, rédiger des descriptions de travail et payer les coûts administratifs et juridiques associés aux conflits de travail, aux griefs, à l'arbitrage et à la négociation de nouvelles conventions collectives.

Santé Canada et le MAINC doivent reconnaître que les inégalités créées par la syndicalisation influent sur les collectivités, et devraient, par conséquent, établir un processus pour y remédier impartialement plutôt que de laisser les collectivités s'en occuper seules.

7.2.9 Stratégie de développement des capacités pour les organisations des PN/I

Santé Canada et le MAINC doivent investir dans la capacité de gouvernance et la capacité organisationnelle des collectivités en offrant plus de formations aux gestionnaires, aux agents financiers et aux chefs et conseils. La DGSPNI devrait investir en fonction de ses attentes sur le plan administratif et sur le plan des programmes.

Dans le cadre de cette stratégie, la DGSPNI devrait accroître les interactions entre les collectivités ayant conclu une entente de transfert, afin d'aider ces collectivités à tirer mutuellement profit de leurs expériences. Elle pourrait le faire en créant une association nationale, ou plusieurs associations régionales, de directeurs de la santé des PN/I.

7.2.10 Au-delà du concept des « murs invisibles de la réserve »

Le financement doit être versé en fonction des besoins et du nombre de contacts avec les clients, plutôt que selon un concept fixe de population servie. Une partie des membres des collectivités des PN/I sont mobiles et retournent dans leur collectivité lorsqu'ils sont dans le besoin. Ces utilisateurs peuvent ou non être inclus dans les données du SATC du SGPC. Une organisation a mentionné le besoin de disposer d'un intervenant à temps plein pour les SSNA, indiquant qu'elle reçoit des appels de membres vivant hors réserve et dans d'autres provinces.

7.3 Nécessité d'une nouvelle politique : Recommandations du CRSA

Au sein de la DGSPNI et chez les PN/I, il existe toujours un appui important à une politique favorisant l'engagement communautaire dans la planification et la prestation des services de santé offerts en milieu communautaire et dans les réserves.

La Politique de transfert des services de santé, quelles que soient sa formulation et son appellation, devrait être clairement définie au moment de la mise en œuvre. Il faudra pour cela formuler un énoncé de politique et un énoncé des buts de la politique, établir des objectifs mesurables, déterminer les données à recueillir à l'appui de ces objectifs, élaborer un plan quinquennal de mise en œuvre et un plan d'évaluation. Une

entente provisoire pourrait être nécessaire pour assurer la continuité, mais il est clairement temps qu'on élabore un nouveau cadre stratégique qui reflète les priorités, les valeurs et les objectifs actuels.

Pour garantir l'applicabilité et la pertinence de ce nouveau cadre stratégique, tous les principaux intervenants du système de soins de santé primaires des PN/I, c'est-à-dire l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI, les collectivités des PN/I, ainsi que les organisations provinciales et territoriales, l'APN et l'Inuit Tapiriit Kanatami, devront participer à son élaboration.

À la lumière des données recueillies au cours de l'évaluation, nous formulons les recommandations suivantes :

Recommandation 1 : Renouveau de la Politique de transfert des services de santé ou de la politique qui la remplacera

Que la Politique de transfert des services de santé ou la politique qui la remplacera fournisse aux collectivités et aux organisations des Premières nations et des Inuits un mécanisme qui 1) appuie l'élaboration et la prestation, de manière souple, des services communautaires et 2) encourage la gouvernance locale en matière de politique de soins de santé, de programmes et d'établissement des priorités.

Les données exposées dans la présente évaluation indiquent que la Politique de transfert des services de santé a permis d'améliorer l'accès aux soins de santé et aux résultats sur le plan de la santé. Nous n'avons relevé aucune donnée en faveur d'une recentralisation de la gestion et de la prestation des services de santé en milieu communautaire ou dans les réserves.

Le CRSA veut souligner que lors de la revue de ce document, les délégués des Premières nations et Inuits siégeant sur le Comité consultatif ont recommandé que le transfert appuie l'avancement de l'autonomie gouvernementale des Inuits et des Premières nations ou qu'il en favorise la définition.

Recommandation 2 : Financement viable fondé sur des données probantes

a. Que la DGSPNI réponde immédiatement aux besoins en matière de financement équitable des organisations de santé des Premières nations et des Inuits qui ont été sous-financées dans le passé. Le financement par personne accordé aux organisations de santé des Premières nations et des Inuits devrait être proportionnel au niveau (à l'échelle de la collectivité, de la zone et de la région) des responsabilités transférées;

b. Que la DGSPNI établisse un processus d'élaboration d'un mécanisme de financement du transfert sur la base de formules; les formules de financement élaborées devraient reposer sur les besoins, reconnaître les conditions propres à chaque collectivité, refléter le coût de la prestation des services et se soucier de la viabilité;

c. Que tous les ententes de contribution, y compris les ententes de transfert, les ententes intégrées et les ententes relatifs à des programmes non transférables, comprennent une indexation intégrée automatique reflétant les augmentations du coût de la vie ainsi que des prix et du volume; le calcul du coût de la vie devrait refléter les différences propres aux collectivités;

d. Que les besoins propres aux petites collectivités isolées et vivant sur des terres converties soient pris en compte dans le mécanisme de financement sur la base de formules.

Le mécanisme d'attribution du financement aux collectivités des Premières nations et des Inuits ayant signé des ententes intégrées et des ententes de transfert ne répond pas aux besoins actuels. Le fait de se fonder sur les dépenses historiques a entraîné d'importants écarts dans les niveaux de financement et des injustices enracinées. Il faut établir une assise plus appropriée pour l'affectation des fonds. Ce mécanisme devrait refléter une approche axée sur la population, prendre en compte les données démographiques, la croissance, la population desservie, les profils changeants de morbidité, le coût de la prestation des soins, l'accès aux soins et l'engagement provincial. Des adaptations et des dispositions régionales favorisant la souplesse s'imposent pour répondre aux besoins particuliers de chaque collectivité.

Une fois mis en œuvre, ce mécanisme de financement fondé sur les besoins devrait éliminer la pertinence du financement axé sur des questions de santé précises (les programmes ciblés) et promouvoir une approche orientée vers le système de santé dans la planification de services, au lieu de perpétuer une approche morcelée du financement des programmes. La mise en œuvre de cette recommandation n'empêche pas la DGSPNI de déterminer que certains programmes sont obligatoires.

La mise en œuvre de cette recommandation nécessitera l'accès aux données longitudinales provinciales sur la santé et l'inclusion d'identificateurs des Premières nations et des Inuits. Il s'agit d'une question délicate pour les Premières nations et les Inuits.

Le CRSA veut souligner que les délégués des Premières nations et Inuit siégeant sur le Comité consultatif ont recommandé en plus que le financement des collectivités depuis longtemps sous-financées soit rétroactif.

Recommandation 3 : Report des ressources financières

Que les collectivités aient la possibilité de reporter les ressources financières afin de les investir dans les priorités stratégiques en matière de santé définies par la collectivité pour tous les programmes, qu'ils soient transférables ou non transférables, afin d'offrir le plus de souplesse possible pour répondre aux besoins définis localement, encourager la planification à long terme et réduire le fardeau administratif.

La capacité des organisations de santé des Premières nations et des Inuits à dépenser leurs ressources au cours de l'exercice pendant lequel ces dernières sont attribuées est limitée par un certain nombre de difficultés, dont le versement tardif, le recrutement et le maintien en poste, ainsi que d'autres facteurs. Les dispositions permettant le report des ressources favorisent la planification à long terme.

Recommandation 4 : Cadre de responsabilisation

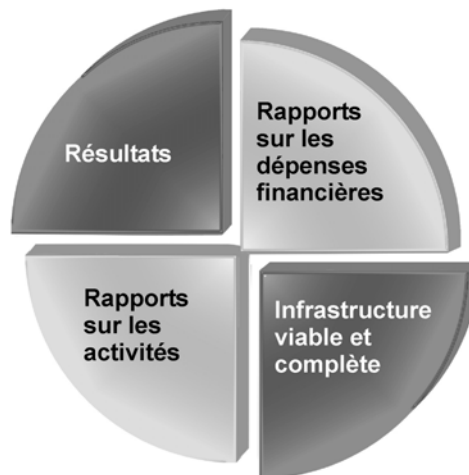
a. Que le cadre de responsabilisation qui porte surtout, actuellement, sur la surveillance des dispositions des ententes et les rapports sur les activités et les indicateurs qui ne peuvent être regroupés soit simplifié, pour devenir un cadre de rapport rentable qui reflète le rendement des services dans les réserves et l'accessibilité de tous les services;

b. Que les exigences en matière de rapports sur les programmes des Premières nations et des Inuits soient recentrées pour mettre l'accent sur l'atteinte d'indicateurs ou d'indices de référence nationaux (résultats à court, moyen et long termes) plutôt que sur les activités (réalisations), car les rapports faisant état des réalisations n'aident guère la DGSPNI à exercer son rôle de supervision;

c. Que la DGSPNI continue de travailler avec les organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec les responsables provinciaux de la santé, afin de faire en sorte que ces organisations puissent avoir accès aux données provinciales relatives à l'utilisation des services et aux résultats sur le plan de la santé, données qui favoriseront l'atteinte de leurs objectifs en matière de planification, de surveillance et d'évaluation.

Le cadre actuel de responsabilisation reflète la complexité du contexte administratif dans lequel évoluent maintenant la DGSPNI et les organisations des Premières nations et des Inuits : il est fragmenté et produit un grand nombre de rapports sur les dépenses financières et sur les activités. Il fournit toutefois peu d'information sur les besoins des organisations des Premières nations et des Inuits dans le domaine de l'administration et du développement des capacités, et de l'information très limitée sur les résultats. Bien que des données soient produites, la DGSPNI n'a qu'une capacité fonctionnelle limitée de compiler ces données pour en extraire de l'information sur laquelle fonder des décisions stratégiques. Il en résulte un système très coûteux qui mine la capacité de chaque région d'appuyer les organisations des Premières nations et des Inuits. Ce même cadre oblige les administrateurs des Premières nations et des Inuits à consacrer moins de temps à la planification et à la gestion des programmes, et davantage à la rédaction de rapports n'ayant guère d'autre utilité que celle d'assurer un « suivi ».

L'efficacité des interventions en soins de santé primaires peut être établie au moyen d'indicateurs comme les taux d'immunisation et les résultats postnataux (court terme), les données sur l'hospitalisation (moyen terme) et l'évolution des profils de morbidité, comme un diagnostic plus tardif du diabète ou du cancer (long terme). Il convient d'élaborer des indices de référence et des indicateurs appropriés pour les services de santé des Premières nations et des Inuits. L'accès aux données provinciales est essentiel.



Recommandation 5 : Appui au perfectionnement professionnel et organisationnel chez les Premières nations et les Inuits

a. Que la DGSPNI fournisse des ressources réelles, fondées sur les coûts, afin d'appuyer les plans de perfectionnement professionnel des milieux et organisations de santé des Premières nations et des Inuits, de façon à ce que les collectivités puissent avoir accès à la formation. Le financement de base devrait être suffisamment souple pour permettre aux Premières nations et aux Inuits de tirer profit des possibilités de formation qui se présentent à eux;

b. Que la DGSPNI appuie les milieux et organisations de santé des Premières nations et des Inuits intéressés à élaborer ou à renforcer un programme d'assurance de la qualité. L'élaboration d'un tel programme peut comprendre l'obtention de l'agrément des services de santé, la création de systèmes d'information sur la santé ou de gestion de la santé ou d'autres initiatives visant à promouvoir le perfectionnement professionnel et l'assurance de la qualité dans le domaine de la prestation des services. L'appui à l'assurance de la qualité, notamment au moyen de l'agrément, exigera l'obtention de nouvelles ressources.

Les données exposées dans la présente évaluation montrent qu'il y a bien eu un développement des capacités à la suite de la Politique de transfert des services de santé. Elles montrent aussi que les besoins des Inuits et des Premières nations sont divers et qu'il est plus facile d'y répondre si l'on donne aux organisations de santé des Premières nations et des Inuits la possibilité de bénéficier des occasions de perfectionnement professionnel et organisationnel offertes par diverses sources, dont les universités, les collèges techniques, les consultants qui dispensent de la formation sur place ou de participer à des séances données par les responsables provinciaux. Il est peu probable qu'une stratégie nationale assortie de priorités prédéterminées permette de bien répondre à des besoins diversifiés. Un certain degré de coordination régionale peut toutefois être souhaitable pour éviter le chevauchement.

Le perfectionnement organisationnel continu, qui comprend l'élaboration d'un programme d'assurance de la qualité, devrait aussi être appuyé.

Recommandation 6 : Dépenses exceptionnelles

Que les ententes de contribution comprennent un mécanisme permettant de faire face aux dépenses extraordinaires qui échappent au contrôle de la collectivité des Premières nations ou des Inuits. Dans de telles circonstances, la DGSPNI devrait assumer la responsabilité de tous les coûts, conformément à son mandat, encourus par la collectivité des Premières nations ou des Inuits.

Recommandation 7 : Obligations de la DGSPNI en matière de prestation de services

Que les obligations de la DGSPNI en matière de prestation de services soient énoncées dans toutes les ententes de transfert et dans toutes les ententes intégrées.

Recommandation 8 : Participation des provinces dans le domaine de la santé publique

Que la DGSPNI appuie les Inuits et les Premières nations en jouant un rôle de chef de file dans l'élaboration de liens stratégiques avec les responsables provinciaux et fédéraux de la santé publique, afin de répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits au chapitre de la santé publique.

Cette recommandation vise à faire en sorte que les services de santé publique offerts au niveau provincial soient rendus accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits. L'accès à ces services est essentiel car les éclosions de maladie et les urgences en santé ne respecteront sûrement pas les limites de compétence; la coordination, en pareille situation, est primordiale.

Cette recommandation ne propose ni n'appuie une érosion de la responsabilité fiduciaire de la DGSPNI à l'égard de la santé des Premières nations et des Inuits. Les collectivités des Premières nations et des Inuits qui ne peuvent obtenir l'appui des responsables provinciaux de la santé publique devraient pouvoir faire appel à la DGSPNI pour qu'elle leur vienne en aide et s'emploie à résoudre rapidement le problème.

Il convient en outre de préciser que cette recommandation est provisoire et dépendra de l'évolution de la situation à l'échelle nationale dans le domaine de la santé publique, notamment de la création de la nouvelle Agence de santé publique du Canada.

Recommandation 9 : Bien-être de la collectivité

Que des investissements soient faits dans les domaines de la santé mentale et du bien-être holistiques, considérés comme des éléments essentiels du transfert des soins de santé afin de témoigner d'une compréhension accrue et plus actuelle des conséquences des traumatismes transmis de génération en génération. Ces nouveaux investissements devraient être transférables et versés à toutes les organisations de santé des Premières nations et des Inuits (et non déterminés sur la base de projets) afin d'aider au développement d'une capacité permanente en milieu communautaire dans les domaines de la santé mentale et du bien-être, conjuguant les approches traditionnelle et occidentale.

Recommandation 10 : Approche de l'évaluation du transfert des services de santé

Que la prochaine évaluation du transfert des services de santé soit plus proactive et mette à contribution les Inuits et les Premières nations dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'évaluation utile à la planification en santé communautaire. Pareille évaluation nécessiterait des investissements continus et un calendrier approprié (c.-à-d. de plus d'un an).

L'évaluation de la politique doit faire partie intégrante de la formulation et de la mise en œuvre des politiques.

7.4 Questions en suspens

7.4.1 Attente à l'égard de la Politique de transfert des services de santé

L'objectif central de la Politique de 1979 sur la santé des Indiens consistait à améliorer la santé des Autochtones. On a cerné trois mécanismes clés pour ce faire : 1) le développement communautaire; 2) la relation spéciale qui existe entre le gouvernement fédéral et les Autochtones; et 3) le système de soins de santé canadien. La Politique indiquait clairement que :

Le gouvernement fédéral constate que seules les communautés indiennes elles-mêmes peuvent changer leur sort et que, pour ce faire, elles auront besoin de l'appui sans réserve de l'ensemble de la société canadienne (Health Canada 2000d).

De plus en plus, on voit la DGSPNI se concentrer seulement sur le contrôle accru des PN/I sur les services de santé communautaires visant à améliorer la santé des PN/I. Des dispositions plus générales de la Politique sur la santé des Indiens, comme

l'engagement provincial et le développement communautaire, n'ont pas été systématiquement intégrées dans la PTSS.

Les deux politiques sont devenues floues et les attentes sont irréalistes. La mise en œuvre de la PTSS semble avoir freiné celle de sa politique mère.

La Politique sur la santé des Indiens devrait encore être étoffée, ne comportant actuellement qu'un énoncé de politique de deux pages. Une politique bien formulée devrait comprendre un énoncé des buts de la politique, des objectifs mesurables, les activités à exercer et les données à recueillir à l'appui de ces objectifs, un plan quinquennal de mise en œuvre et un plan d'évaluation.

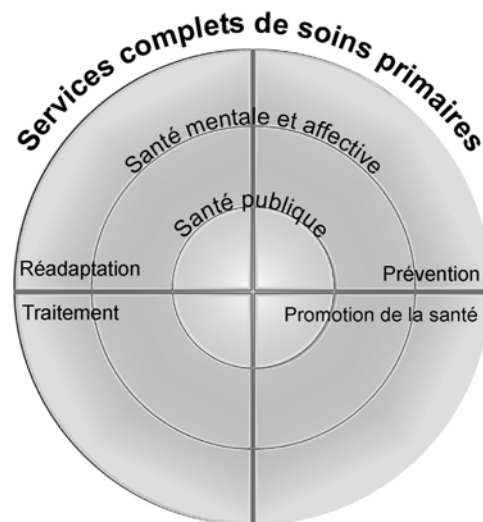
Conformément à la formulation de la Politique sur la santé des Indiens, pour assurer la pleine mise en œuvre de la politique, les provinces devront clarifier leur rôle par rapport au soutien qu'elles accorderont aux PN/I pour améliorer leur état de santé et veiller à ce que les services hors réserve répondent aux besoins.

7.4.2 Services complets de soins primaires

Il faut harmoniser l'ensemble disparate actuel de programmes et de services pour atteindre l'objectif de Santé Canada, consistant à assurer l'accès à des services complets de soins primaires à tous les Canadiens. Ces services doivent comprendre la santé publique, la santé mentale et les services de soins primaires.

La mise en œuvre de cette proposition exigera l'adoption, de concert avec les provinces, d'une approche axée sur les systèmes afin de veiller à ce que la couverture appropriée assurée par les services soit basée sur les lois et politiques, plutôt que sur les liens personnels et la bonne volonté. En ce sens, nous recommandons que chaque province adopte des processus et politiques sur la santé autochtone afin de clarifier la responsabilité provinciale par rapport à la prestation de services aux résidents dans les réserves et hors réserve. Cette recommandation reflète les conclusions de la Commission Romanow (Romanow 2002). Les services financés par la DGSPNI et offerts par les provinces doivent se compléter. La DGSPNI doit être prête à assumer la responsabilité ultime de l'accès aux services, que ces services soient financés ou offerts par la DGSPNI ou en partenariat avec les provinces.

La DGSPNI devrait se concentrer sur l'établissement de points de repère standard nationaux et applicables aux organisations des PN/I, au lieu de programmes standard. Dans le cadre de la mise en œuvre de cette vision, les agents de programme de la DGSPNI ont un rôle important à jouer dans la création de compendiums des pratiques exemplaires qui peuvent être utilisées comme référence par les PN/I et adaptées aux conditions et aux besoins locaux. Ils jouent également un rôle important en aidant les PN/I à développer leurs capacités et à se tenir au fait des progrès réalisés dans le domaine des programmes de santé. L'accent doit être mis sur le partenariat et le soutien, plutôt que sur le contrôle.



Il faut accroître la collaboration et la coordination entre le MAINC et la DGSPNI, plus particulièrement dans les secteurs de responsabilité partagée, comme l'hygiène du milieu, où le MAINC est chargé de l'infrastructure et la DGSPNI, de la surveillance. Quant aux processus de gestion par une tierce partie, il faut établir des limites claires entre les fonds destinés à la santé et les autres fonds.

Références

- Adams D, Brown M. 1999. *Report of the Facilitator: Towards a collaborative resolution of policy differences concerning the progress of the Meadow Lake Tribal Council and Health Canada (Medical Service Branch)*. Saskatchewan Institute of Public Policy, Regina
- Adrian Gibbons and Associated Ltd. 2003. *The delivery of the First Nations and Inuit Home and Community Care Program in small and remote communities: a review of issues and challenges*. Adrian Gibbons and Associated Ltd,
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 1997. *Meadow Lake Tribal Council Health Effectiveness Evaluation - Final Summary Report*. SK
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2000. *Final Report - Evaluation of the Onion Lake Health Centre*.
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2001. *Renewal and Sustainability of First Nations Health Services: A Discussion of Critical Issues & Trends*.
- Adrian Gibbons and Associates Ltd. 2002. *Evaluation of the Old Massett Village Council Health Services*. Victoria, BC
- Adshaw Enterprises Limited. 2002. *Carrier Sekani Family Services Health Transfer Program Evaluation*. Adshaw Enterprises Limited, Prince George
- Amiskou Groupe Conseil. 2000. *Evaluation du programme de santé communautaire, communauté de Essipit*.
- Ashton T. 1998. Contracting for health services in New Zealand: a transaction cost analysis. *Social Science and Medicine* 46(3):357-67
- Assembly of First Nations. Special Report: The National Indian Health Transfer Conference. 1987. Ottawa, Assembly of First Nations. 11-2-1987.
- Assembly of First Nations. 1989. *Assembly of First Nations comments on M.S.B. response to the Recommendations made at the AFN National Indian Health Transfer Conference in November of 1987*.
- Assembly of First Nations. 1994. *A discussion paper on the development of a First Nations Health Policy for consultation with First Nations, draft*. Assembly of First Nations, Ottawa
- Auditor General of Canada. 1997. *Chapter 13: Health Canada - First Nations Health*. Auditor General of Canada, Ottawa

- Auditor General of Canada. 2002. *Chapter 1, Streamlining First Nations Reporting to Federal Organizations*. Auditor General of Canada, Ottawa
- Australia Territory Health Services. 1996. *Aboriginal Health Policy 1996*. Territory Health Services, Darwin
- Axis Consulting Inc. 1996. *Conne River Health and Social Services Final Evaluation of Health Transfer Agreement*.
- Barron MH, Archibald L, Dion Stout M, O'Neil JD. 2001. *Focus on fundamentals: a population health and community development approach to First Nations and Inuit health system renewal, a synthesis paper prepared for the FNIHB Renewal Strategy*. Ottawa
- Barry B. 2003. *Community Evaluation of Health Services - Keeseekoose First Nation*.
- BDL conseillers en administration inc. 2000. *Conseil des Montagnais de Betsiamites: Evaluation des services de santé en l'an 2000*. Sainte-Foy
- Bégin THM. 1981. *Discussion paper: Transfer of Health Services to Indian Communities*. National Health and Welfare, Ottawa
- Bird L, Moore M. 1991. The William Charles Health Centre of Montreal Lake Band: a case study of transfer. *Arctic Medical Research* Supplement 50 (1-4):47-9
- Booz A&HCL. 1969. *Study of health services for Canadian Indians*. Booz, Allen & Hamilton Canada Ltd, Ottawa
- British Columbia Ministry of Health Planning. 2001. *The health and well-being of Aboriginal peoples in British Columbia*. British Columbia Ministry of Health Planning, Vancouver
- Centre de Santé de Wemotaci. 2000. *Plan d'actions et programme de postvention*. Centre de Santé de Wemotaci, Wemotaci
- Centre for Indigenous Sovereignty. 1998. *Wabun Tribal Council Health Services Under Transfer: 1993-98 Evaluation Report*.
- Centre for Indigenous Sovereignty. 2001. *Dokis First Nation Health Transfer Evaluation Report*. Toronto
- Centre for Indigenous Sovereignty. 2002. *Nippissing First Nation Health Services Under Transfer Evaluation Report*.

- Chandler MJ, Lalonde C. 1998. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry* 35(2):191-219
- Choudhury MA. 1997. The concept and measurement of social wellbeing: the case of Canadian Native Indians. *International Journal of Social Economics* 24(11):1256-89
- Conseil de Bande de Abitibiwinni. 2003. *Evaluation quinquennale des programmes de santé communautaire 1997 - 2002*.
- Cook Consulting Inc. 2000. *Mathias Colomb First Nation Health Authority Evaluation Report*. Cook Consulting Inc., Winnipeg
- Crombie THD. Statement on Indian Health Policy. 1979.
- Culhane Speck D. 1989. The Indian Health Transfer Policy: a step in the right direction, or revenge of the hidden agenda? *Native Studies Review* 5(1):187-213
- Dauphin River First Nation. 2003. *Dauphin River First Nation Evaluation Report*. MB
- Delisle J. 1987. Control! Not transfer! *Saskatchewan Indian Federated Journal* 4(1):87-92
- Durie M. 1998. *Whaiora: Maori health development*. Auckland: Oxford University Press. 244 pp.
- Elias B, Kaufert JM, Reading JR, O'Neil JD, Fricke M, McDonald G, Thibault J. 2001. Activity Limitations and the Need for Continuing Care. In *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, ed. Committee CFNaIRHSNS, 137-179 pp. Ottawa: Health Canada and the Assembly of First Nations. 137-179 pp.
- Favel-King A. 1993. The Treaty Right to Health. In *The Path to Healing: Report of the National Round Table on Aboriginal Health and Social Issues*, ed. Peoples RCoA, 120-129 pp. Ottawa: Ministry of Supply and Services Canada. 120-129 pp.
- First Nation and Inuit Regional Health Survey National Committee. 1999. *First Nation and Inuit Regional Health Survey*. Akwasasnee Territory, Ontario, First Nation and Inuit Regional Health Survey National Committee
- First Nations of Quebec and Labrador HaSSC. 1999. *Regional health survey of First Nations people, Quebec Region*. FNQLHSSC, Wendake
- Garro LC, Roulette J, Whitmore RG. 1986. Community control of health care delivery: The Sandy Bay experience. *Canadian Journal of Public Health* 77(July/August):281-4

- Gibbons A. 1992. *Short-term evaluation of Indian Health Transfer*. Adrian Gibbons and Associates, Victoria, BC
- Goddard M, Mannion R. 1998. From competition to co-operation: new economic relationships in the Nation Health Service. *Health Economics* 7:195-19
- Government of Canada. 1969. *Statement of the Government of Canada in Indian Policy*. Government of Canada, Ottawa
- Government of Canada. 1985. *Financial Administration Act, Chapter F-11*. Government of Canada, Ottawa
- Gregory D, Russell C, Hurd J, Tyance J, Sloan J. 1992. Canada's Indian Health Transfer Policy: the Gull Bay Band experience. *Human Organization* 51(3):214-22
- Groupe Recherche Focus. 1999a. *Etude de besoins - Centre de santé d'Unamen Shipu*. Groupe Recherche Focus, Quebec
- Groupe Recherche Focus. 1999b. *Evaluation quinquennale des services de santé montagnais de Natashquan*. Natashquan
- Health and Welfare Canada. 1990. *Evaluation of Indian Health Services*. Health and Welfare Canada, Ottawa
- Health and Welfare Canada (MSB). 1986. *Final Report, Sub-Committee on Community Health*. Ottawa
- Health and Welfare Canada (MSB). 1987. *Health Program Transfer Handbook (Draft)*.
- Health and Welfare Canada (MSB). 1996a. *A Draft Discussion Framework Paper on Health Service Management Arrangements with First Nations*.
- Health and Welfare Canada (MSB). 1996b. *Reinvestment principles, draft February 1, 1996*. Health and Welfare Canada (MSB), Ottawa
- Health Canada. 1997. *Corporate Services Branch Annual Report 1996-97*. Health Canada, 1997
- Health Canada. 1999. *A second diagnostic on the health of First Nations and Inuit people in Canada*. Health Canada, Ottawa
- Health Canada. 2000a. *Community Health Needs Assessment: A Guide for First Nations and Inuit Health Authorities*. Health Canada Program Policy, Transfer Secretariat, Ottawa

- Health Canada. 2000b. *Diabetes among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) People in Canada: The Evidence*. Health Canada, Ottawa
- Health Canada. 2000c. *Health Canada, First Nations health: follow up to the Report of the Auditor General of Canada*. Health Canada, Ottawa
- Health Canada. Indian Health Policy 1979. www.hc-sc.gc.ca/msb/pptsp/hfa/publications/poli79_e.htm 2001. 2000d. Canada, Health Canada Medical Services Branch.
- Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch. 2002. *Annual Report First Nations and Inuit Control 2001/2002*.
- Health Canada (FNIHB). 1998. *Transfer of resources for second and third level*. First Nations and Inuit Health Branch, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 1999a. *Discussion paper on transfer investment/reinvestment*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 1999b. *First Nations and Inuit Health Program Compendium*. FNIHB, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2000a. *Community Health Needs Assessment: A Guide for First Nations and Inuit Health Authorities*. Health Canada Program Policy, Transfer Secretariat, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2000b. *Policy on Investment/Reinvestment in a full community-based transfer environment*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001a. *Policy on unionization costs, revised November 2001*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001b. *Ten Years of Health Transfer First Nation and Inuit Control. Rep. 2002*, Health Canada,
- Health Canada (FNIHB). 2001c. *Transfer of resources for second and third level, revised policy*. First Nations and Inuit Health Branch, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001d. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 2: The Health Services Transfer*. Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2001e. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 3: After the Transfer - The New Environment*.

- Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2002a. *Intervention Policy for First Nations and Inuit Health Funding Arrangements*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). Transfer of Health Services Consolidated Report, Synthesis of Evaluation Reports Received in 1999, 2000/2001. 2002b. Ottawa, First Nations and Inuit Health Branch.
- Health Canada (FNIHB). 2002c. *Transfer of Health Services, Synthesis of Community-based Evaluation Reports Received in 1999 & 2001*.
- Health Canada (FNIHB). 2003a. *A statistical profile on the health of First Nations in Canada*. Health Canada, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2003b. *Assessment of the current and required reporting requirements for First Nation and Inuit communities*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2003c. *Capacity Development Strategy, addressing capacity in the management and administration of funding agreements*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). Facility Designation database, unpublished data. Health Canada (FNIHB). 2003d. Ottawa, Health Canada (FNIHB).
- Health Canada (FNIHB). 2003e. *First Nations and Inuit Health Branch Budget Management Framework*. FNIHB, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2003f. *Health Facility Classification Policy, working draft*. First Nations and Inuit Health Branch, Ottawa
- Health Canada (FNIHB). Health Funding Arrangements database, unpublished data. Health Canada (FNIHB). 2003g. Ottawa, Health Canada (FNIHB).
- Health Canada (FNIHB). 2003h. *Request for proposal: evaluation of the First Nations and Inuit Health Services Transfer Policy #H1021-02-9077*. Ottawa
- Health Canada (FNIHB). 2004a. *Analysis of issues arising from the review of Health Transfer Evaluation Reports*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (FNIHB). Community Planning Management System (CPMS). Health Canada (FNIHB). 2004b. Ottawa, Health Canada (FNIHB).

- Health Canada (FNIHB). 2004c. *CPMS user's guide*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (MSB). 1995. *Pathways to First Nation control, report of project 07, strategic planning exercise, 1995 Final Report*. Medical Services Branch, Ottawa
- Health Canada (MSB). 1999. *Transferring control of health programs to First Nations and Inuit communities, Handbook 1: An introduction to all three approaches*. Health Canada, Program Policy Transfer Secretariat and Planning Health Funding Arrangements, Ottawa
- Health Canada MSB. 1993. *Community Workload Increase System, Instructional Handbook, Revision #1*. MSB, Ottawa
- Hill PS, Wakerman J, Matthews S, Gibson O. 2001. Tactics at the interface: Australian Aboriginal and Torres Strait Islander health managers. *Social Science and Medicine* 52:467-80
- Hollett & Sons Inc. 2002. *Conne River Health & Social Services Health Transfer Agreement Evaluation (1996-2001)*.
- iDeation. 1995. *The Word of Promise to Our Ear; The Sandy Bay Ojibway First Nation: Recovering History and Control*. MB
- Indian and Inuit Nurses of Canada. 1989. *Comments on MSB Response on Recommendations made at the Transfer Conference in Montreal, November 1987*.
- Indian and Northern Affairs Canada. Indian and Northern Affairs Canada population figures, 1972 to 2002. Indian and Northern Affairs Canada. 2004. Ottawa, Indian and Northern Affairs Canada.
- Institute for Human Resource Development. 1995. *Long term evaluation of the Health Transfer Initiative*.
- InterGroup Consultants Ltd. 1995. *Mathias Colomb First Nation Health Authority Five Year Evaluation*. InterGroup Consultants Ltd., Winnipeg
- J.House Consulting. 2001. *Berens River First Nation Health Transfer Evaluation*. MB
- Jacklin KM, Warry W. 2004. The Indian Health Transfer Policy in Canada: Toward Self-Determination or Cost Containment? In *Unhealthy health policy: a critical anthropological examination*, ed. Castro A, Singer M, 215-234 pp. Walnut Creek: Altamira Press. 215-234 pp.
- Jeffrey DrB, Abonyi DrS. 2002. *Prince Albert Grand Council Health Transfer Evaluation*.

- Johnson R. 2001. *Report on the Five-Year Evaluation of Community Health Programs in Akwesasne*.
- Kangas & Associates. 2003. *Health Transfer Agreement Evaluation*.
- Kelsey Management Services. 2001. *Opaskwayak Health Authority Evaluation*. MB
- Koperski M, Rodnick JE. 1999. Recent developments in primary care in the United Kingdom, from competition to community-oriented primary care. *The Journal of Family Practice* 48(2):140-5
- Kowalsky LO, Thurston WE, Verhoef MJ, Rutherford GE. 1996. Guidelines for entry in an Aboriginal community. *Canadian Journal of Native Studies* XVI(2):267-82
- Lake Manitoba First Nation. 2003. *Lake Manitoba First Nation Health Transfer Evaluation Report*. MB
- Lavoie JG. 2000. *Sturgeon Lake First Nation Health Transfer Evaluation 1995-2000*.
- Lavoie JG. 2003a. *Indigenous primary health care services in Australian, Canada and New Zealand: Policy and Financing Issues*. Centre for Aboriginal Health Research, Winnipeg
- Lavoie JG. 2003b. The Value and Challenges of Separate Services: First Nations in Canada. In *Health care: responding to diversity*, ed. Healy J, McKee M, London: Oxford University Press.
- Lavoie JG. 2004. Governed by contracts: the development of Indigenous primary health services in Canada, Australia and New Zealand. *Journal of Aboriginal Health* 1(1):6-24
- Lavoie JG. 2005. Patches of Equity: Policy and Financing of Indigenous Primary Health Care Providers in Canada, Australia and New Zealand. PhD thesis. London School of Hygiene & Tropical Medicine.
- Macyshon D. 2002. *Beardy's and Okemasis First Nation Community Health Services 5-Year Evaluation*.
- Martens P, Bond R, Jebamani L, Burchill C, Roos N, Derksen S, Beaulieu M, Steinbach C, MacWilliam L, Walld R, Dik N, Sanderson D, Assembly of Manitoba Chiefs, Tanner-Spence M, Leader A, Elias B, O'Neil JD. 2002. *The health and health care use of registered First Nations people living in Manitoba: a population-based study*. Manitoba Centre for Health Policy, Department of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Manitoba, Winnipeg

- McDonnell A, Jones ML, Read S. 2000. Practical considerations in case study research: the relationship between methodology and process. *Journal of Advanced Nursing* 32(2):383-90
- Meuse T. 2003. *Health Evaluation - Pictou Landing First Nation*. NS
- Mi'kmaq Health Reserch Group. 1999. *The health of the Nova Scotia Mi'kmaq Population*. Mi'kmaq Health Reserch Group, Halifax
- Mills A, Broomberg J. 1998. *Experiences of contracting: an overview of the literature*. Rep. Report no. 33, World Health Organisation, Geneva
- Montreal Lake Cree Nation. 2003. *Five Year Health Transfer Evaluation*.
- Moore M, Forbes H, Henderson L. 1991. The provision of primary health care services under Band control: the Montreal Lake case. In *Readings in Aboriginal Studies*, ed. Corrigan SW, 101-112 pp. Brandon: Bearpaw Publishing. 101-112 pp.
- Mussell JW. 2001. *Tla'amin Health Evaluation*.
- National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Council, Australian Health Ministers' Conference. 2003. *National Strategic Framework for Aboriginal and Torres Strait Islander Health*. National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Council; Australian Health Ministers' Conference, Canberra
- National Aboriginal Health Organization (NAHO). 2003. *The profession of dental therapy, discussion paper*. NAHO, Ottawa
- National Health and Welfare. 1979. *Indian Health Discussion Paper*.
- National Health and Welfare, Treasury Board of Canada. Memorandum of Understanding between the Minister of National Health and Welfare and the Treasury Board concerning the Transfer of Health Services to Indian Control. 1989. Ottawa.
- National Health and Welfare (MSB). 1989a. *Health Program Transfer Handbook (Revised)*.
- National Health and Welfare (MSB). 1989b. *The transfer of health services to Indian control*. Rep. 4,
- National Health and Welfare (MSB). 1991. *Health Transfer - Critical Mass Policy*.
- National Health and Welfare (MSB). 1995. *Transfer of resources for second and third level, revised draft*. First Nations and Inuit Health Branch, Ottawa

- National Health and Welfare (MSB). 1996a. *A Draft Discussion Framework Paper on Health Service Management Arrangements with First Nations*.
- National Health and Welfare (MSB). 1996b. *Transfer of resources for second and third level, revised draft*. First Nations and Inuit Health Branch, Ottawa
- National Health and Welfare MSB. 1986a. *Final Report, Sub-Committee on Community Health*. Ottawa
- National Health and Welfare MSB. 1986b. *Final Report, Sub-Committee on the Transfer of Health Programs to Indian Control*. Ottawa
- National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization. 1989. *NIICHR's comments on NH&W's response to the recommendations obtained at the AFN National Indian Health Transfer Conference*.
- National Native Addictions Partnership Foundation Inc. 2000. *NNADAP Renewal Framework*. National Native Addictions Partnership Foundation Inc., Muskoday, SK
- New Zealand Ministry of Health. 1984. *Hui Whakaoranga: Maori health planning workshop, Hoani Waititi Marae, 19-22 March 1994*. New Zealand Ministry of Health, Hoani Waititi Marae
- New Zealand Ministry of Health. 2001a. *He Korowai Oranga, Maori Health Strategy: Discussion Document*. New Zealand Ministry of Health, Wellington
- New Zealand Ministry of Health. 2001b. *The primary health care strategy*. New Zealand Ministry of Health, Wellington
- New Zealand Ministry of Health Maori Health Directorate. 2001. *Nationwide Maori Health Service Specifications Directory*. New Zealand Ministry of Health, Maori Health Directorate, Wellington
- New Zealand Te Puni Kōkiri. 2000. *Maori Provider Views of Government Funding, Key issues from the literature and interviews*. Wellington
- New Zealand Te Puni Kokiri. 2000. *Progress towards closing social and economic gaps between Maori and non-Maori*. New Zealand Te Puni Kokiri, Wellington
- Newbold KB. 1998. Problems in search of solutions: health and Canadian aboriginals. *Journal of Community Health* 23(1):59-73

- Northern Health Research Unit. 1998. *Manitoba First Nations Regional Longitudinal Health Survey Final Report and Preliminary Community Reports*. Northern Health Research Unit, University of Manitoba, Winnipeg
- Northern Inter-tribal Health Authority. 2004. *Case Study, National Health Transfer Evaluation*. Northern Inter-tribal Health Authority, Prince Albert, SK
- Northern Medical Services UoS. 2002. *Peter Ballantyne Cree Nation Five Year Evaluation of Health Transfer*.
- Northwind Consultants. 2000. *Wiwemikong Unceded First Nation Health Transfer Evaluation Report*.
- O'Neil J. 2001. *Health indicators and Branch reporting requirements*. Unpublished manuscript, Winnipeg
- O'Neil JD, Blanchard J. 2001. *Considerations for the development of public health surveillance in First Nations communities*. Assembly of First Nations, Ottawa
- Ojibways of Pic River. 2003. *Evaluation Implementation & Results*.
- Opaskwayak Cree Nation. 1994. *Opaskwayak Cree Nation Evaluation Health Transfer Agreement*.
- Oromocto First Nation. 2001. *Oromocto First Nation Health Centre Evaluation Report*.
- Ovretveit J. 1998. *Evaluating health interventions*. Buckingham: Open University Press.
- P.M.Associates Ltd. 2001. *Health Transfer Evaluation - La Ronge Indian Band*.
- Process Management Inc. 2002. *Report on the 2001 Health Transfer Evaluation Project*.
- Process Management Inc., Casey and Associates. 1995. *1995 Community Health Survey and Health Transfer Evaluation*.
- Quennell M, Hammond L. 1997. *Evaluation of PAGC/MSB 1992-96 Health Services Transfer Agreement Technical Report*.
- Racine P, Tourigny A. 2000. *Comparaison de l'utilisation des services du Centre de Santé Marie-Paule Sioui Vincent 1993-1994; 1997-1998; 1999-2000*. Direction de la Santé Publique de Québec, Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Québec, Québec

- Robson Rural and Community Health Partners. 2002. *St. Theresa Point First Nation Health Authority: Health Transfer Evaluation.*
- Romanow CRJ. 2002. *Building on values, the future of health care in Canada, Final Report.* Ottawa
- Royal Commission on Aboriginal Peoples. 1996. *Volume 3 - Gathering strength.* Royal Commission on Aboriginal Peoples, Ottawa
- Saskatoon Tribal Council. 2001. *Health Transfer Initiative Process Evaluation Report.*
- Sexqeltqin Health Centre. 2002. *Health Transfer Five Year Evaluation.* Chase, BC
- Snelling S, Social Research Consulting. 2001. *Serpent River Community Health and Social Service Program Evaluation Final Report.*
- Socio-Tech Consulting Services. 1998. *Evaluation of Community Health Services Transfer Arrangements, 1993-98.*
- Socio-Tech Consulting Services. 2001. *Community Health Services: 5-Year Evaluation.*
- Sommerfield M, Payne H. 2004. *Entrenched capacity, and the rights of small independent First Nations in the delivery of community health services.* Intertribal Health Authority, Nanaimo
- Stan Myran Consultants. 2002a. *Lake St. Martin First Nation Health Transfer Evaluation.* MB
- Stan Myran Consultants. 2002b. *Long Plain First Nation Health Evaluation.* MB
- Stellar Consulting Group. 1999. *Evaluation of Health Transfer - Tobique First Nation.*
- Stellar Consulting Group. 2001. *Wagmatcook First Nation Evaluation of Health Transfer.*
- Stevenson PF. 1996. *Peguis Health services Evaluation Report.*
- Stevenson PF. 2002. *Peguis Health Services Evaluation Report.*
- Stewart PA, Procyk R. 1994. Health administration: reflections on health transfer in the Swampy Cree Tribal Council Area. *Arctic Medical Research* 53(Supplement 2):130-2
- Temagami First Nation. 2001. *Doreen Potts Health Centre Evaluation.*

- Terence Hickey Associates Inc. 2001. *Labrador Inuit Health Commission Community Health Program Evaluation Final Report*.
- Thatcher RW, Socio-Tech Consulting Services. 1997. *Needs Assessment Update & Evaluation of Transferred Community Health Services*.
- The Flett Consulting Group. 2003. *The Evaluation of Community Health Programs & Services - Moose Cree First Nation*. ON
- Thouez J-P, Foggin P, Rannou A. 1990. Correlates of health-care use: Inuit and Cree of Northern Quebec. *Social Science and Medicine* 30(1):25-34
- Timmons G. 1994. *La force du savoir*. Rimouski
- Timpson JB. 1984. Indian Mental Health: changes in the Delivery of Care in Northwestern Ontario. *Canadian Journal of Psychiatry* 29(April):234-41
- Treasury Board of Canada. 1998. *Program evaluation methods: measurement and attribution of program results*. Published by Public Affairs Branch Treasury Board of Canada, Secretariat. 154 pp.
- Treasury Board of Canada. 2000. *Policy on Transfer Payments*. Treasury Board of Canada, Ottawa
- Treasury Board of Canada Secretariat. 2001. *Evaluation Policy*. Treasury Board of Canada Secretariat, Ottawa
- Trovato F. 2001. Aboriginal mortality in Canada, the United States and New Zealand. *Journal of Biosocial Sciences* 33:67-86
- Trovato F, Werner-Leonard A. 1991. An analysis of Native mortality. *Journal of Indigenous Studies* 2(1):1-14
- Warry W. 1998. *Unfinished dreams: community healing and the reality of Aboriginal self-government*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated. 323 pp.
- Warry W. 2000. *UCCM Mnaamodzawin Health Services Health Transfer Evaluation Report*.
- Warry W, Sunday J, Northwind Consultants. 2000. *M'Chigeeng Health Services Health Transfer Evaluation Report*.
- Weaver SM. 1981. *Making the Canadian Indian Policy: The hidden agenda, 1968-1970*. Toronto: University of Toronto Press.

- WhiteDuck Consulting. 1998. *Alexander Health Services*.
- WhiteDuck Consulting. 2001. *Blood Tribe Department of Health Evaluation*. AB
- Wien F, McIntyre L. 2001. Health and dental services for Aboriginal people. In *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, ed. Committee CFNaIRHSNS, 219-245 pp. Ottawa: Health Canada and the Assembly of First Nations. 219-245 pp.
- Woodstock First Nation, Stellar Consulting Group. 2003. *Woodstock First Nation Evaluation Health Transfer*. AT
- Yin RK. 1994. *Case study research: design and methods*, Vols. 5. Thousand Oaks: Sage Publications. 170 pp.
- Yin RK. 1999. Enhancing the quality of case studies in health services research. *Health Services Research* 34(5):1209-24
- Young TK, O'Neil JD, Hiebert S. 1999. *Evaluation of Transferred Health Services in the Shibogama First Nations Council*.
- Young TK, O'Neil JD, Orchard T, Hiebert S. 2000. *Health System Review for the Island Lake First Nations, Report prepared for the Four Arrows Regional Health Authority*. University of Manitoba, Department of Community Health Sciences, Northern Health Research Unit, Winnipeg



CENTRE *for*
Aboriginal Health
RESEARCH

**Évaluation de la
Politique de transfert des services
de santé aux Premières nations et aux Inuits**

Rapport final, volume 3 – annexes

**Étude menée pour le compte de la DGSPNI de Santé Canada
avec la participation d'un comité consultatif
géré par l'APN**

**D^{re} Josée G. Lavoie, D^r John O'Neil, Lora Sanderson,
D^{re} Brenda Elias, D^r Javier Mignone, D^{re} Judith Bartlett,
D^{re} Evelyn Forget, Russell Burton, Corry Schmeichel et Della McNeil**

Mai 2005

Le Centre de recherche en santé autochtone (CRSA)

Le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée des chefs du Manitoba, de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba et des Foundations for Health. Le CRSA a été établi grâce à une contribution généreuse de l'Assemblée des chefs du Manitoba à la campagne de financement des Foundations for Health en vue de la construction du Centre de recherche J. Buhler. La création du CRSA a également été facilitée par une subvention d'infrastructure de recherche versée à l'Université du Manitoba par la Fondation canadienne pour l'innovation et par le Fonds manitobain pour l'innovation. Des fonds d'exploitation ont été octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada et par le Conseil de recherches en sciences humaines.

ISBN 1-895034-13-2

© Centre de recherche en santé autochtone, 2005

Winnipeg, Canada

Centre de recherche en santé autochtone – Premières nations du Manitoba Université du Manitoba

Centre de recherche J. Buhler

Pièce 715

715, avenue McDermot

Winnipeg (Manitoba) R3E 3P4 CANADA

Téléphone : (204) 789-3250

Télécopieur : (204) 975-7783



Assembly of
Manitoba Chiefs



UNIVERSITY
OF MANITOBA

Table des matières

Annexe I – Le Centre de recherche en santé autochtone (CRSA).....	4
Annexe II – Mandat du comité consultatif	6
Annexe III – Méthodologie.....	13
Annexe IV – Équité en matière de financement	23
Annexe V – Information sur la santé	27
Annexe VI – Exemples tirés d'études de cas	31
Annexe VII – Questions de l'évaluation, étapes I et II.....	40
Annexe VIII – Enquête téléphonique	44
Annexe IX – Modèle pour les mémoires rédigés par les directeurs de la santé des Premières nations et des Inuits, les membres des comités sur la santé, le chef et le conseil, ainsi que les membres des Premières nations	55
Annexe X – Acquisition de compétences avancées en soins infirmiers	57
Annexe XI – Questions liées aux rôles résiduels.....	59
Annexe XII – Santé publique	63
Annexe XIII – Calculs d'allocation pour transfert illustrant les différences	64
Annexe XIV – Exigences en matière de rapports.....	66
Références.....	70

Annexe I – Le Centre de recherche en santé autochtone (CRSA)

Le CRSA est une initiative conjointe de l'Assemblée des chefs du Manitoba et de la faculté de médecine de l'Université du Manitoba. Le CRSA a été établi grâce à une contribution généreuse de l'Assemblée des chefs du Manitoba et à une subvention d'infrastructure de recherche versée à l'Université du Manitoba par la Fondation canadienne pour l'innovation et par le Fonds manitobain pour l'innovation. Des fonds d'exploitation ont été octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada et par le Conseil de recherches en sciences humaines.

Le CRSA met en route, coordonne et appuie la recherche visant à aider les collectivités et les organisations autochtones et des Premières nations à promouvoir la guérison et le bien-être et à améliorer les services de santé dans leurs collectivités. Le programme de recherche intégrera des approches scientifiques et autochtones traditionnelles pour produire de nouvelles connaissances sur la santé et les soins de santé dans les collectivités des Premières nations et des Autochtones. Le lecteur trouvera plus de renseignements en consultant la page suivante :

http://www.umanitoba.ca/centres/centre_aboriginal_health_research/cahr_sitemap.html (en anglais seulement).

L'équipe formée pour cette étude comprenait :

D ^r John O'Neil	Chercheur principal
D ^{re} Josée G. Lavoie	Cochercheuse principale et gestionnaire de projet
D ^{re} Brenda Elias	Cochercheuse
D ^{re} Judith Bartlett	Cochercheuse
D ^r Javier Mignone	Cochercheur
D ^{re} Evelyn Forget	Cochercheuse
Dawn Stewart	Administratrice
Lora Sanderson	Adjointe à la recherche et coordonnatrice des communications
Russell Burton	Analyste des systèmes
Corry Schmeichel	Adjointe à la recherche
Della MacNeil	Adjointe à la recherche
Edith Sanderson	Adjointe à la recherche
Bonnie Sheppard-Lewis	Copiste et enquêtrice
Jacinthe Blais	Traductrice, copiste et enquêtrice
Dianne Rogers	Copiste
Angela Quesnel	Copiste
Stefanie Skardal	Copiste

Tout au long du processus d'évaluation, le CRSA et ses chercheurs ont agi à titre de chercheurs et d'évaluateurs indépendants afin d'assurer une objectivité constante. Par conséquent, les renseignements et les recommandations fournis dans le présent rapport peuvent refléter ou non les opinions de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Il est entendu qu'il est possible que la DGSPNI profite de l'occasion pour joindre un addenda au rapport final afin d'exprimer son point de vue.

Les rapports produits par le CRSA sont des documents publics et accessibles aux collectivités des Premières nations et des Inuits (PN/I).

Annexe II – Mandat du comité consultatif¹

Au printemps 2002, le sous-comité sur les finances du Comité exécutif de la DGSPNI a déterminé qu'une évaluation de la Politique de transfert des services de santé (PTSS) était nécessaire et demandée à la Direction de la planification et de la gestion des affaires (DPGA) d'établir un mandat pour une telle étude. Au sein de la DPGA, la Division des modes de financement en matière de santé est la cliente du programme et la Division de la planification des affaires et des rapports (DPAR), la responsable du projet d'évaluation.

L'évaluation visait à évaluer :

- la pertinence du programme (la mesure dans laquelle la PTSS est encore pertinente, compte tenu des priorités de la DGSPNI et du gouvernement);
- la réussite du programme (les résultats de la PTSS et ses répercussions sur la prestation des programmes obligatoires, sur le développement des capacités des collectivités de planifier et de gérer les programmes de santé, sur la responsabilisation du ministère et des collectivités, ainsi que sur l'état de santé);
- le rapport coût-efficacité (la mesure dans laquelle la PTSS est efficace et les changements nécessaires pour accroître son efficacité et sa pertinence).

Le mandat pour l'évaluation a été examiné par le Sous-comité de la vérification, de l'évaluation et de l'examen du Comité exécutif de la DGSPNI (CEDG) en janvier, puis approuvé par ce dernier le 25 mars 2003.

L'évaluation sera menée en deux étapes :

- Première étape : une étude préparatoire. Les objectifs de cette étude consistent à bien comprendre la PTSS, ses objectifs et la portée de l'évaluation; à cerner les questions qui pourraient soulever des préoccupations; et à déterminer les renseignements disponibles, ainsi que le contexte dans lequel on peut les utiliser et la façon dont on peut les utiliser pour répondre aux questions proposées de l'évaluation.
- Deuxième étape : une évaluation globale basée sur les conclusions de l'étude préparatoire et les décisions du Sous-comité de la vérification, de l'évaluation et de l'examen du Comité exécutif de la DGSPNI. L'objectif global de la deuxième étape de ce mandat consiste à mener l'évaluation sommative de la PTSS selon la méthodologie et les questions décrites dans l'étude préparatoire et approuvées par le Sous-comité de la vérification, de l'évaluation et de l'examen du Comité exécutif de la DGSPNI.

La Demande de proposition (DP) a été affichée sur le site de MERX le 17 mars 2003. Le contrat a été octroyé au Centre de recherche en santé autochtone (CRSA) de l'Université du Manitoba, et les travaux ont commencé en août 2003.

Afin de s'assurer que l'évaluation demeure aussi ouverte et transparente que possible, Santé Canada, en collaboration avec l'Assemblée des Premières nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami, formera un comité consultatif qui sera chargé de conseiller l'équipe d'évaluation.

¹ Ce mandat a été rédigé par la DGSPNI.

But du comité consultatif

Le comité consultatif sera une tribune permettant aux représentants des PN/I de participer à l'évaluation, de formuler des préoccupations, des questions et des commentaires, d'analyser et de contester, le cas échéant, le plan d'évaluation, les conclusions tirées et les recommandations formulées. De plus, on s'attend à ce que les membres du comité consultatif servent, au besoin, d'intermédiaires entre l'équipe d'évaluation et les collectivités auxquelles on demandera de participer à l'évaluation.

Les décisions finales concernant l'évaluation reviennent au Sous-comité de la vérification, de l'évaluation et de l'examen du Comité exécutif de la DGSPNI.

Membres du comité

Le comité consultatif sera composé de sept représentants des PN/I nommés par la DGSPNI; de onze membres du National First Nations Health Technicians Network de l'APN; et de cinq représentants de la DGSPNI. Le soutien technique offert au comité consultatif sera assuré par l'APN et la DPAR.

Au cours du processus de sélection, on a pris soin de choisir des représentants de toutes les régions, qui, ensemble, apporteront à la table de discussion une vaste expérience et un grand éventail de compétences. Le lecteur trouvera ci-joint la liste des membres du comité consultatif.

Rôle précis

- Fournir des conseils sur les questions et les priorités que l'évaluation doit aborder.
- Analyser les conclusions et les recommandations de l'étude préparatoire et de l'évaluation comme telle, ainsi que le plan d'action proposé, et commenter leur acceptabilité sur le plan de la précision, de la représentativité et du côté pratique.
- Faciliter l'accès aux renseignements et au savoir-faire des collectivités et des PN/I.
- Faciliter la coordination et les communications entre les PN/I et l'équipe d'évaluation.

Réunions

- À moins que des problèmes imprévus ne surviennent pendant l'évaluation, le comité consultatif se réunira quatre fois au plus au cours du projet. En plus de ces réunions officielles, il est possible que le CRSA rencontre, au besoin, les membres individuellement ou en petits groupes afin de discuter de questions ou de problèmes précis relativement à la méthodologie.

La participation du comité sera essentielle à l'étude préparatoire, ainsi qu'aux étapes de reddition de comptes du projet.

On prévoit qu'une réunion aura lieu à l'étape de l'étude préparatoire. L'objet de cette réunion consistera à conseiller l'équipe d'évaluation sur des questions ou des préoccupations qu'il faut examiner avant de mettre la dernière main à la méthodologie et au protocole d'évaluation pour le projet.

Une fois qu'on aura établi la portée de l'évaluation et commencé l'étape de la collecte des données, le comité consultatif se réunira seulement si des problèmes imprévus surviennent. Dans la plupart des cas, on tiendra des réunions individuelles ou des téléconférences.

Au moins une autre réunion sera nécessaire à l'étape de la reddition de comptes du projet. On demandera au comité d'examiner le rapport d'évaluation préliminaire et de commenter la précision et le caractère représentatif des conclusions.

- L'ordre du jour de la réunion et tout le matériel nécessaire seront fournis avant chaque réunion.
- On dressera un rapport de décisions à la suite de chaque réunion.
- La DPAR fournira des services de secrétariat.
- L'Assemblée des Premières nations se chargera de l'organisation de toutes les réunions, y compris du remboursement des frais de déplacement et des autres dépenses connexes.

Gestion de l'information

- Tous les dossiers et documents officiels seront classés à la DPAR, où ils seront mis à jour.
- Des rapports d'étape sur l'évaluation seront dressés mensuellement par la DPAR et soumis au comité consultatif de l'évaluation, ainsi qu'au Sous-comité de la vérification, de l'évaluation et de l'examen du Comité exécutif de la DGSPNI à titre d'information.
- La DPAR, en collaboration avec la société d'experts-conseils (CRSA), élaborera les rapports d'étape sur l'évaluation et les mesures connexes avant chaque réunion.



Secrétariat de la santé et des affaires sociales
Comité d'évaluation de la PTSS –
 Liste de personnes-ressources

<p>Sarah Johnson Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse 47 Maillard Street Membertou (Nouvelle-Écosse) B1S 2P5 Sydney (Nouvelle-Écosse) B1L 6J4 Tél. : (902) 539-4107 Téléc. : (902) 564-2137 Courriel : mha@unsi.ns.ca</p>	<p>Wendy Rosenrauch Union des Indiens du Nouveau-Brunswick 385, rue Wilsey, comp. 44 Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5N6 Tél. : (506) 458-9444 Téléc. : (506) 458-2850 Courriel : wendy@unbi.org</p>
<p>Ernie Sauve Grand conseil de Prince Albert Réserve Opawakoscikan n° 201 C.P. 2350 2300, 9th Avenue West Prince Albert (Saskatchewan) S6V 6Z1 Tél. : (306) 953-7200 Téléc. : (306) 764-6272 Courriel : ernie@pagc.sk.ca</p>	<p>Jackie Everett Berens River Health Management C.P. 131 Berens River (Manitoba) R0B OAO Tél. : (204) 382-2813 Téléc. : (204) 791-4722 Courriel : jackie0234@yahoo.ca</p>
<p>Nadine Gros-Louis (Lionel Whiteduck) Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador 250, Place Chef Michel Laveau, 1^{er} étage Wendake (Québec) G0A 4V0 Tél. : (418) 842-1540 Téléc. : (418) 842-7045 Courriel : ngrosloouis@cssspnql.com</p>	<p>Chef John Wesley Première nation Snuneymuxw 668 Centre Street Nanaimo (Colombie-Britannique) V9R 4Z4 Tél. : (250) 740-2301 Cell. : (250) 616-9019 Téléc. : (250) 753-3492 Courriel : johnw@snuneymuxw.ca</p>
<p>George Poitras* (Lorraine Muskwa/Charlie Weaselhead)* 18178, 102th Avenue, Suite 200 Edmonton (Alberta) T5S 1S7 Tél. : (780) 444-9366 Téléc. : (780) 484-1465 Courriel : lmuskwa@at8ha.com</p>	<p>Lori Duncan Conseil des Premières nations du Yukon 11 Nisutlin Drive Whitehorse (Yukon) Y1A 3S4 Tél. : (867) 667-7631 Téléc. : (867) 668-6577 Tél. et téléc. (domicile) : (867) 667-2733 Courriel : lduncan@cyfn.net</p>



Secrétariat de la santé et des affaires sociales
Comité d'évaluation de la PTSS –
Liste de personnes-ressources

<p>Geal Tournier Directeur exécutif Health and Family Services for the Saskatoon Tribal Council 200 - 335 Packham Avenue Saskatoon (Saskatchewan) S7N 4K4 Tél. : (306) 956-6109 Téléc. : (306) 244-7273 Cell. : (306) 222-7435 Courriel : ctournier@sktc.sk.ca</p>	<p>Theresa O'Keefe Directrice des services sociaux et de la santé Conne River Health Centre C.P. 160 Conne River Reserve, Micmac Territory Conne River (Terre-Neuve-et- Labrador) AOH 1J0 Tél. : (709) 882-2710 Courriel : crhss@cancom.net</p>
<p>James Wilson Coprésident/directeur général Inter-Tribal Health Authority for Kwakiutl District County 534 Centre Street Nanaimo (Colombie-Britannique) V9R 4Z3 Tél. : 1 877 777-4842 Téléc. : (250) 286-3263 Courriel : jdwilson@oberon.ark.com</p>	<p>Claudia Simon Directrice de la santé Centre de santé de Big Cove 205, chemin Big Cove Big Cove (Nouveau-Brunswick) E4W 2S1 Tél. : (506) 523-8227 Téléc. : (506) 523-8232 Courriel : Claudia.simon@bigcove.health.ca</p>
<p>Iris Allen (Shirley Montague) Directrice des services à la clientèle Commission des services de santé des Inuits du Labrador P.O. Box 222 North West River (Terre-Neuve-et- Labrador) AOP 1M0 Tél. : (709) 497-8962 Téléc. : (709) 497-8978 Courriel : irisallen@hvgb.net</p>	<p>Roda Grey Analyste principale des politiques Inuit Tapiriit Kanatami 170, avenue Laurier Ouest, bureau 510 Ottawa (Ontario) K1P 5V5 Tél. : (613) 238-8181 Téléc. : (613) 233-2116 Courriel : grey@itk.ca</p>



Secrétariat de la santé et des affaires sociales
Comité d'évaluation de la PTSS –
Liste de personnes-ressources

<p>Abu Nazir Directeur des modes de financement en matière de santé Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuits Édifice Jeanne-Mance, Pré Tunney Indice de l'adresse Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : (613) 941-3757 Téléc. : (613) 941-5270 Courriel : abu_nazir@hc-sc.gc.ca</p>	<p>Sony Perron Directeur intérimaire de la Division de la planification des affaires et des rapports Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuits Immeuble principal de Statistique Canada, Pré Tunney Indice de l'adresse O302A1 Ottawa (Ontario) K1A 0K9 Tél. : (613) 957-7704 Téléc. : (613) 954-6207 Courriel : sony_perron@hc-sc.gc.ca</p>
<p>Dean Norton Directeur du transfert Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuits Région de la Saskatchewan 1920 Broad Street, 18th Floor Regina (Saskatchewan) S4P 3V2 Tél. : (306) 780-7013 Téléc. : (306) 780-6149 Courriel : Dean_Norton@hc-sc.gc.ca</p>	<p>Yussef Ali Directeur des services de santé Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuits Région du Pacifique – Services d'hygiène du milieu 757 West Hastings Vancouver (Colombie-Britannique) V6C 3E6 Tél. : (604) 775-6408 Téléc. : (604) 666-6024 Courriel : yussef_ali@hc-sc.gc.ca</p>
<p>Valerie Gideon (Alexandra McGregor) Directrice, Santé et Développement social Assemblée des Premières nations 1, rue Nicholas, bureau 1002 Ottawa (Ontario) K1N 7B7 Tél. : (613) 241-6789 Téléc. : (613) 241-5808/7 Courriel : vgideon@afn.ca Courriel : amcgregor@afn.ca</p>	<p>Sharon Rudderham Coordinatrice de la santé Union of Nova Scotia Indians P.O. Box 7745 44 Spencer's Lane Eskasoni (Nouvelle-Écosse) B1W 1B3 Tél. : (902) 379-3200 Téléc. : (902) 379-2421 Courriel : rudderham@eskasonihealth.ca</p>



Secrétariat de la santé et des affaires sociales
Comité d'évaluation de la PTSS –
Liste de personnes-ressources

<p>Sarah Archer, Directrice régionale per intérim Direction générale des services de santé des Premières nations et des Inuits Région de l'Atlantique 1505 Barrington Street 15th Floor, Suite 1525 Halifax, NS B3J 3Y6 1-800-565-3294 (<i>in Halifax</i>) 426-4298 Fax: 902-426-8675</p>	<p>Jennie Wasjesicoot (Andy Wood) Assemblée des chefs du Manitoba 260, avenue St. Mary, bureau 200 Winnipeg (Manitoba) R3C 0M6 Tél. : (204) 956-0610 Téléc. : (204) 956-2109 Courriel : assembly@mb.sympatico.ca</p>
<p>Tracy Antone (Joyce Pelletier) Représentante de la santé de l'Ontario Chiefs of Ontario 188 Mohawk Street Brantford (Ontario) N2S 2X2 Tél. : (519) 750-1016 Tél. : (519) 652-6295 Téléc. : (519) 750-1316 Courriel : tracy@coo.org Courriel : joyce_pelletier@dilico.org</p>	

Observatrices et autres participantes au soutien technique

Alexandra McGregor	Analyste des politiques de santé, Assemblée des Premières nations
France Dauphin	DPGA, DGSPNI

Annexe III – Méthodologie

Tel que présenté au Comité consultatif national, les 4 et 5 février 2004

Tableau A1 – Cadre méthodologique								
Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information				Provinces	Autre
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I		
Questions portant sur le contexte plus vaste du transfert								
1. Quelles sont les adaptations apportées à la Politique de transfert des services de santé telle qu'elle est décrite dans la présentation initiale au CT?	Quelles ont été les directives d'orientation instituées par l'AC? Quelles ont été les politiques, les directives et les décisions instituées par les bureaux régionaux de la DGSPNI?	Présentation au CT, documents stratégiques, correspondance	√	√				
		Interprétation régionale de la Politique et adaptation		√				
		Entrevues	√	√	√	√		
2. Dans quelle mesure les collectivités sont-elles capables d'élaborer de nouveaux modèles/partenariats de prestation ou d'autres approches novatrices pour garantir une meilleure durabilité à long terme de leurs programmes de santé, et/ou dans quelle mesure sont-elles capables d'y participer?	Les collectivités évoluent-elles dans le continuum du transfert (d'une entente intégrée au transfert, du transfert à l'autonomie, de n'importe quel modèle à la DGSPNI)? Les collectivités sont-elles capables d'établir des partenariats avec leur province? Cette évolution correspond-elle à une croissance de la capacité des Premières nations? Cette évolution mène-t-elle à une amélioration des services?	Base de données sur les autorisations pour le financement de la santé (AFS)	√					
		Entrevues			√	√		
		Examens déterminés				√		

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
3. Existe-t-il des différences provinciales qui ont une incidence sur la mise en œuvre de la Politique de transfert des services de santé?	Quelle est la structure des services provinciaux de soins de santé (centralisée, décentralisée)? La DGSPNI et/ou les PN/I peuvent-ils avoir accès aux données provinciales en matière de santé? Pourquoi/pourquoi pas? Quelles sont les différences sur le plan du champ de pratique en soins infirmiers et quelle est leur incidence, le cas échéant, sur le transfert?	Documentation					√	√ ²
		Entrevues		√	√	√		
		Tables rondes		√	√			
4. Quelles sont les différences régionales dans la façon dont la Politique de transfert des services de santé a été comprise et mise en œuvre?	Les plans de mise en œuvre des bureaux régionaux de la DGSPNI comportent-ils des différences en matière de compréhension, de priorités et de choix stratégiques?	Base de données sur les AFS, analyses des différences régionales	√					
		Analyse des contrats	√					
		Entrevues		√		√		

² Documentation publiée et parallèle d'organisations professionnelles. Analyses nationales.

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
	ont été traités en ce qui concerne les collectivités ayant conclu une entente de transfert? Les collectivités ayant conclu une entente de transfert ont-elles pu continuer à se payer les services d'un médecin hygiéniste après le transfert?	Tables rondes régionales		√	√			
5. Quelle a été l'incidence de la Politique de transfert sur l'organisation et les fonctions de la DGSPNI?	Quelle compréhension les bureaux régionaux de la DGSPNI ont-ils du rôle secondaire de la DGSPNI après le transfert?	Plans régionaux produits au moment de la mise en œuvre de l' « enveloppe »	√	√				
		Budgets régionaux de la DGSPNI depuis 1988, pourcentage au titre des transferts depuis 1988	√	√				
		Entrevues	√	√	√			
6. Existe-t-il des disparités financières régionales et, le cas échéant, dans quelle mesure ont-elles influencé le financement en ce qui concerne les collectivités ayant conclu une entente de transfert et les autres?	Existe-t-il d'importantes différences régionales dans le financement des PN ayant conclu une entente de transfert et les autres compte tenu de leur isolement et de la désignation des installations?	Base de données sur les AFS	√					
		Rapports d'administration et de vérification par une tierce partie	√	√				
		Tables rondes régionales		√	√			
7. Dans quelle mesure la Politique de transfert continue-t-elle à satisfaire aux priorités gouvernementales?	Quelles sont les priorités gouvernementales actuelles d'après les intervenants de la DGSPNI?	Présentations au cabinet et au CT	√	√				
		Politiques et sous-politiques de la DGSPNI	√	√				

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
	La Politique de transfert des services de santé correspond-elle toujours au rendement gouvernemental?	Entrevues	√	√				
8. Dans quelle mesure la Politique de transfert bénéficie-t-elle encore du soutien des PN/I?	Quelles sont les priorités des PN/I selon les intervenants des PN/I?	Entrevues			√	√		
	Quel a été le rendement de la Politique de transfert des services de santé d'après les intervenants des PN/I?	Base de données sur les AFS et statistiques régionales, rapports de vérification	√					
	La Politique de transfert des services de santé correspond-elle toujours aux aspirations des PN/I? Combien de PN/I ont retourné les services à la DGSPNI/région?	Enquête téléphonique ciblée				√		

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
Analyse nationale : La Politique de transfert des services de santé satisfait-elle aux objectifs fixés?								
9. Dans quelle mesure la Politique de transfert et le continuum du transfert ont-ils contribué à garantir le maintien de la santé et de la sécurité publiques (prestation des programmes obligatoires)?	<p>Le transfert a-t-il eu une incidence sur la capacité de recrutement et de maintien en poste des infirmières des PN/I (données comparatives du nord, de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan)? Les exigences contractuelles soumettent-elles les PN/I à une responsabilité indue? Existe-t-il, à la longue, d'importantes différences entre les résultats du programme de suivi de la lutte contre les maladies transmissibles, l'immunisation et le programme de lutte contre la tuberculose dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert et les autres? Existe-t-il d'importantes différences quant aux résultats des programmes dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert et les autres (dans la mesure où ils sont disponibles)? Les collectivités ayant conclu ou non une entente de transfert sont-elles également en mesure d'accéder aux services d'un médecin hygiéniste?</p>	Données relatives au recrutement et au maintien en poste dans les trois régions provenant des bureaux régionaux de la DGSPNI et des PN/I		√				
		Rapports de vérification	√					
		Rapports d'évaluation de programmes (PCNP, allaitement maternel, etc.)	√					
		Statistiques sur le programme de lutte contre les maladies transmissibles et la tuberculose (dans la mesure où elles sont disponibles)	√	√		?		

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
10. Dans quelle mesure les régions ont-elles été capables de satisfaire aux nouveaux besoins des PN/I dans le cadre du transfert?	Quel est le processus de règlement de conflits prévu dans l'entente de transfert et dans quelle mesure les PN/I ont-ils réussi à régler des conflits dans le cadre de ce processus?	Sous-étude sur la durabilité auprès de PN (non sélectionnées)				√		
		Sous-étude sur le règlement des conflits (région de la Sask.)				√		
		Sous-étude sur la syndicalisation (C.-B. et Qc)				√		
		Sous-étude sur l'accréditation				√		
11. Pour quelles raisons certaines collectivités n'ont-elles pas signé d'entente de transfert ou y ont-elles renoncé au cours du processus?	Combien de PN/I se sont-ils engagés dans la planification préalable au transfert par rapport à ceux qui ont vraiment signé une entente? Pourquoi des PN/I ont-ils décidé de ne pas signer d'entente? Pourquoi certains PN/I n'ont-ils pas réalisé le transfert? Pourquoi y a-t-il des régions où tous ou presque tous les PN/I ont signé une entente de transfert (Québec, Saskatchewan) alors que dans d'autres très peu de transferts ont eu lieu (Alberta)?	Base de données sur les AFS	√					
		Entrevues	√	√	√			
12. Existe-t-il des preuves de développement de capacités dans les collectivités qui ont signé une entente de transfert?	Les collectivités ont-elles plus confiance dans leur capacité de fournir des services? Les évaluations quinquennales indiquent-elles clairement une adaptation et un apprentissage par rapport aux programmes?	Plans de santé communautaire; évaluations quinquennales	√	√				
		Entrevues			√	√		

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
13. Dans quelle mesure la Politique de transfert a-t-elle appuyé ou amélioré la responsabilité du ministre par rapport au Parlement?	Rapports des PN Quels sont les liens entre l'obligation en matière d'établissement de rapports, le nombre de rapports produits et l'information nécessaire pour la surveillance de la santé et la responsabilisation au regard des finances publiques?	Base de données sur les AFS	√					
		Rapports du vérificateur général						√ ³
		Entrevues		√	√	√		
14. Dans quelle mesure la Politique de transfert a-t-elle appuyé ou amélioré la responsabilité du ministre par rapport au Parlement?	Établissement de rapports par les bureaux régionaux de la DGSPNI Quelles sont les obligations en matière de prestation de rapports à l'AC de la DGSPNI par les bureaux régionaux? Les rapports garantissent-ils une surveillance adéquate de la part du ministère?	Rapports régionaux annuels à l'AC de la DGSPNI	√	√				
15. Dans quelle mesure la PTSS a-t-elle contribué à améliorer l'état de santé au sein des collectivités des PN/I, du point de vue des intervenants?	Quels changements dans l'état de santé les gens ont-ils perçus au sein des collectivités? Quels changements dans l'état de santé le personnel de la DGSPNI a-t-il cernés? Les exigences actuelles en matière de rapports viennent-elles confirmer les changements dans l'état de santé liés au transfert?	Enquête téléphonique ciblée						√
		Analyse de la documentation communautaire				√		
		Analyse des rapports disponibles, entre autres	√	√				
		Entrevues	√	√	√	√		

³ (Vérificateur général du Canada, 1996, 1997 et 2002)

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
Analyses locales : La Politique de transfert des services de santé satisfait-elle aux objectifs fixés?								
16. Dans quelle mesure la Politique de transfert et le continuum du transfert (déplacements entre modèles) ont-ils contribué à habiliter des collectivités à concevoir des programmes de santé, à établir des services et à affecter des fonds selon les priorités de la santé communautaire?	Quel est le point de vue des intervenants des services de santé (chef et Conseil, gestionnaires de la santé) sur les contraintes relatives à la prestation de services de santé et leur réceptivité aux besoins indiqués dans le Plan de santé communautaire pour le transfert des services?	Analyse secondaire des enquêtes disponibles sur la satisfaction des consommateurs pour certaines collectivités				√		
		Analyse de documents communautaires (évaluation quinquennale, plans de santé communautaires, rapports annuels, etc.) dans des collectivités déterminées				√		
		Entrevues dans des collectivités déterminées				√		
17. Dans quelle mesure la Politique de transfert et le continuum du transfert (déplacements entre modèles) ont-ils contribué à garantir que la santé et la sécurité publiques sont maintenues (prestation des programmes obligatoires)?	Pendant combien de jours (année antérieure) le Centre de santé a-t-il été dans l'incapacité de fournir les programmes obligatoires et pour quelles raisons (si elles sont disponibles)? Y a-t-il eu un virage concernant les services Medivac vers des rendez-vous prévus depuis le transfert? Quelles sont les difficultés dégagées à la mise en œuvre des programmes localement?	Analyse secondaire des enquêtes disponibles sur la satisfaction des consommateurs pour certaines collectivités				√		
		Analyse de documents communautaires (évaluation quinquennale, plans de santé communautaires, rapports annuels, etc.)				√		
		Entrevues				√		

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PN/I	Provinces	Autre
18. Dans quelle mesure la Politique de transfert et le continuum du transfert (déplacements entre modèles) ont-ils contribué à garantir que les collectivités bénéficient d'une certaine souplesse dans la prestation des programmes et des services de santé?	Semble-t-il y avoir, d'année en année, une adaptation des Plans de santé communautaires pour le transfert des services?	Enquête sur la satisfaction des consommateurs				√		
		Analyse de documents communautaires (évaluation quinquennale, plans de santé communautaires, rapports annuels, etc.)				√		
		Entrevues				√		
19. Dans quelle mesure la Politique de transfert et le continuum du transfert (déplacements entre modèles) ont-ils contribué à renforcer et améliorer la responsabilisation des dirigeants communautaires par rapport aux membres de la collectivité en ce qui concerne la prestation de programmes et de services de santé?	<p>Quel est le processus adopté localement pour faire rapport aux membres de la collectivité au sujet du rendement du Centre de santé?</p> <p>Quel est le niveau d'engagement communautaire en matière de planification de la santé et de prise de décision?</p> <p>Le rapport annuel est-il présenté dans le cadre d'une assemblée générale annuelle?</p>	Enquêtes sur la satisfaction des consommateurs				√		
		Analyse de documents communautaires (évaluation quinquennale, plans de santé communautaires, rapports annuels, etc.)				√		
		Entrevues				√		
20. Quels sont les principaux facteurs garantissant la réussite du transfert?	Quel est le point de vue des intervenants de la DGSPNI et des PN/I sur leur réussite et leur propre rendement par rapport au transfert à la lumière de ces facteurs?	Entrevues	√	√	√	√		
		Processus régionaux		√	√			

Tableau A1 – Cadre méthodologique

Questions d'évaluation	Sous-questions	Type de source/données d'information	Source d'information					
			DGSPNI (AC)	DGSPNI (Régions)	Premières nations (processus régionaux)	Volet communautaire des PNI/	Provinces	Autre
Solutions de rechange : Leçons tirées d'autres pays								
21. Quelles modifications faut-il apporter à la Politique pour qu'elle puisse mieux atteindre ses objectifs?	Quelles sont les leçons tirées à l'échelle mondiale? Y a-t-il des leçons qui peuvent être tirées de l'expérience de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande?	Recherche menée par Lavoie en Australie et en Nouvelle-Zélande						√

Annexe IV – Équité en matière de financement

1. Méthode de regroupement

Nous avons divisé les organisations des PN/I en trois groupes à des fins d'analyse.

Tableau A2 – Raison du regroupement				
N° du groupe	Description	Exemple	Nombre de recomm.	Nombre de comm.
Groupe 1	Une seule organisation.	PN Eskasoni.	231	231
Groupe 2	Groupe de collectivités regroupées sous une seule autorité (conseil tribal, autorité tribale) offrant certains services de premier, de deuxième et de troisième niveaux.	Commission des services de santé des Inuit du Labrador (CSSIL).	36	173
Groupe 3	Un éventail d'organisations liées par une série complexe d'ententes de service.	Le Grand conseil de Prince Albert offre des services de deuxième niveau et des services infirmiers à un certain nombre de PN, dont certaines ont aussi signé des ententes de transfert indépendantes (Shoal Lake, Sturgeon Lake, Montreal Lake).	53	144

2. Considérations analytiques : groupes 2 et 3

Les bénéficiaires du groupe 2 comprennent des organisations qui servent les collectivités par l'intermédiaire de divers établissements. Par exemple, les Dilico Ojibway Child & Family Services s'organisent pour que certaines collectivités soient servies par des bureaux de santé et que d'autres le soient par des postes de santé. Cela occasionne un problème méthodologique sur le plan de la répartition des fonds reçus entre les divers modèles de prestation des services. On pourrait établir un ratio pour ce faire, mais il faudrait que le CRSA ait accès aux calculs détaillés du financement de la DGSPNI pour chaque organisation du groupe 2. Nous n'avons pas eu accès à ces données.

Les organisations du groupe 3 affichent des modèles complexes d'ententes qui sont difficiles à distinguer. Il faut obtenir plus de renseignements pour déterminer s'il est possible sur le plan méthodologique d'exécuter un exercice sur l'équité en matière de financement avec ces organisations.

Selon les renseignements disponibles à ce jour, seules les organisations du groupe 1 peuvent être incluses dans l'exercice sur l'équité en matière de financement.

3. Considérations méthodologiques : groupe 1

L'exercice sur l'équité en matière de financement a été poursuivi avec une sélection des organisations du groupe 1. Des 231 organisations initiales comprises dans le groupe 1, seulement 98 ont été retenues. Bon nombre ont été rejetées, car :

- elles avaient signé une entente de transfert ou une entente intégrée pendant ou après la période visée par l'étude (2001-2002);
- certaines organisations n'avaient pas d'entente permanente en vigueur pendant la période visée par l'étude, ou les renseignements propres à leur organisation fournis dans la base de données sur les modes de financement en matière de santé étaient ambigus.

Le groupe 1 comprend des collectivités ayant conclu une entente de transfert ou une entente intégrée dont les établissements varient, allant du bureau de santé au poste de soins infirmiers, chaque désignation influant sur le niveau de financement alloué à une organisation. La répartition de ce groupe est fournie à droite.

	Intégration	Transfert	Total
Bureau de santé	5	8	13
Poste de santé	1	17	18
Centre de santé	10	42	52
Poste de soins infirmiers	1	13	14
Hôpital	0	1	1
Total	17	81	98

La taille de la collectivité est un facteur de confusion dans cette étude, car la formule de financement de l'administration tient compte de la taille.⁴

⁴ La formule est la suivante : Pour les collectivités de 100 membres ou moins : 276 \$ par membre; pour les collectivités de 100 à 400 membres : 27 600 \$ pour les 100 premiers membres et 86 \$ par membre supplémentaire; pour les collectivités de 400 à 3 000 membres : 53 400 \$ pour les 400 premiers membres et 31 \$ par membre supplémentaire; pour les collectivités de 3 000 à 5 000 membres : 134 000 \$ pour les 3 300 premiers membres et 21 \$ par membre supplémentaire; pour les collectivités de 5 000 à 7 000 membres : 176 000 \$ pour les 5 000 premiers membres et 15 \$ par membre supplémentaire; pour les collectivités de plus de 7 000 membres : 206 000 \$ pour les 7 000 premiers membres et 10 \$ par membre supplémentaire.

Tableau A4 – Répartition du groupe 1 selon la désignation des établissements et la taille des collectivités

	Taille de la collectivité selon le Système d'augmentation des tâches communautaires (SATC)	Bureau de santé	Poste de santé	Centre de santé	Poste de soins infirmiers	Hôpital	Total
Intégration	0 à 100	0	0	1	0		1
	101 à 400	2	0	1	0		3
	401 à 3 000	3	1	8	1		13
	Total	5	1	10	1		17
Transfert	101 à 400	3	3	9	2	0	17
	401 à 3 000	5	13	30	10	1	59
	3 001 à 5 000	0	0	2	1	0	3
	Plus de 7 000	0	1	1	0	0	2
	Total	8	17	42	13	1	81

De toutes les organisations du groupe 1 :

- seuls les centres de santé des collectivités comprenant de 401 à 3 000 membres ont montré une concentration suffisante pour mener une étude de cas régionale sur l'équité pouvant être publiée;
- les postes de santé ayant conclu une entente de transfert des collectivités comprenant de 401 à 3 000 membres et les centres de santé des collectivités comprenant entre 100 et 400 membres peuvent fournir d'autres aperçus;
- les postes de soins infirmiers ne peuvent pas être utilisés en raison de la transférabilité des infirmières.

4. Calculs

La formule utilisée pour calculer le financement par personne est la suivante :

$$\frac{(\$ \text{ acc.} / n^{\text{bre}} \text{ mois acc.} \times 12) + (\$ \text{ modif. jusqu'en mars 2002} / n^{\text{bre}} \text{ mois acc. jusqu'en mars 2002} \times 12)}{\text{Population en 2001-2002 selon le SATC}} = \$ \text{ par personne}$$

\$ acc. = Fonds pour l'entente de transfert

\$ modif. = Fonds obtenus par l'intermédiaire de modifications

- La somme de la valeur totale de l'entente en place en 2001-2002 et de toutes les modifications relatives à la prolongation de cette entente a été divisée par le nombre de mois de l'entente, puis multipliée par 12.

- La valeur totale des modifications depuis la mise en place de l'entente précédente jusqu'au 31 mars 2002, divisée par le nombre de mois depuis la signature de l'entente jusqu'au 31 mars 2002 et multipliée par 12.
- On n'a pas tenu compte des modifications liées à la prolongation de l'entente, du rapport d'évaluation (et non du plan) et des fonds affectés à la rénovation des établissements.

Annexe V – Information sur la santé

Nous avons décidé de dresser une liste exhaustive des bases de données et des données recueillies et mises à jour par les régions de la DGSPNI. Les résultats sont illustrés dans le tableau A5. Il semble que les lacunes dans la couverture des données résultent :

- de l'utilisation provinciale des services;
- des obstacles provinciaux empêchant l'accès aux données;
- du manque d'identificateurs des PN/I dans certaines bases de données provinciales;
- de la variation des protocoles d'immunisation et d'autres protocoles entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux.

Ainsi, il est impossible de trouver des données qui peuvent être regroupées à l'échelle nationale ou même régionale. Sans regroupement, les échantillons deviennent trop petits pour soutenir une analyse statistique des indicateurs, si sensibles soient-ils.

Pour illustrer ce point, nous avons regroupé des statistiques prénatales et postnatales de l'état civil pour toutes les PN vivant dans les réserves en Saskatchewan, de 1983 à 2000.⁵ Nous avons choisi les statistiques prénatales et postnatales pour un certain nombre de raisons. D'abord, l'analyse statistique exige un nombre assez élevé d'événements. Dans les collectivités des PN/I, le nombre d'événements prénatals et postnatals est supérieur aux événements liés à la morbidité et à la mortalité. Deuxièmement, bien que la politique soit en place depuis 15 ans, le transfert demeure plutôt récent. La majorité des collectivités ont conclu leur entente de transfert il y a seulement quelques années. Il est donc important de choisir des indicateurs qui sont sensibles à une intervention à court terme, comme des soins prénatals ou postnatals. En revanche, il est peu probable que l'incidence des maladies, comme le diabète sucré ou les maladies cardiaques, reflète des changements à court terme dans la prestation des soins de santé. Troisièmement, la majorité des activités qui peuvent influencer sur l'issue prénatale et postnatale sont offertes dans les réserves, notamment les activités de suivi prénatal, ainsi que de prévention et de promotion de la santé. On présume qu'il est rare que les habitants des réserves aient besoin de consulter des spécialistes hors réserve. Cela n'est pas nécessairement le cas pour les maladies, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires.

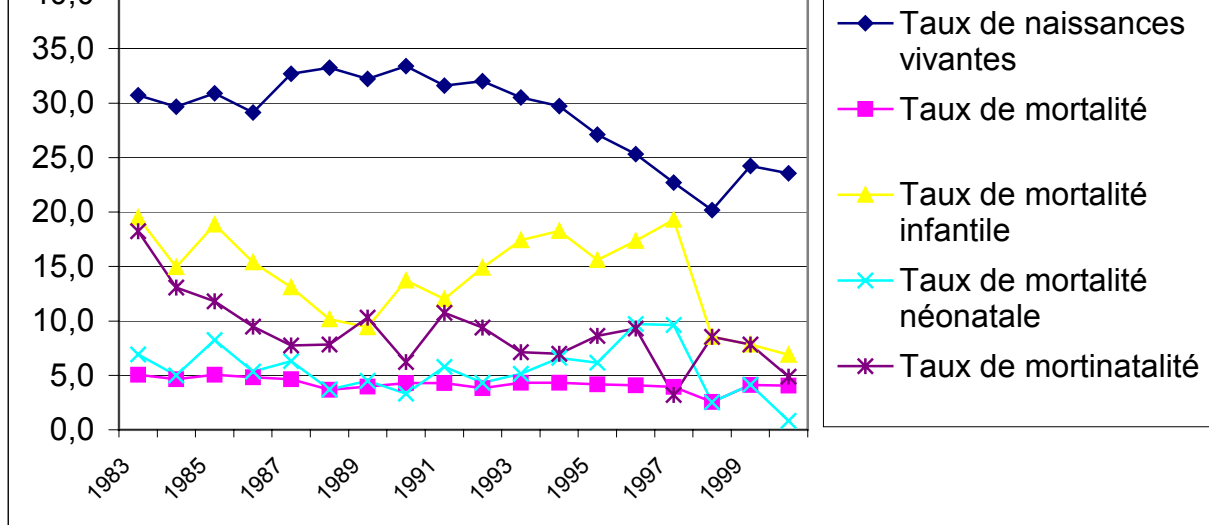
En regroupant toutes les statistiques prénatales et postnatales de l'état civil pour toutes les PN vivant dans les réserves en Saskatchewan, nous pouvons créer un tableau avec un échantillon commençant à 51 740 Autochtones en 1983 et allant jusqu'à 104 434 Autochtones en 2000 (National Health and Welfare 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, Health Canada (MSB Saskatchewan Region) 1997, 1998, Health Canada (MSB Saskatchewan Region) 1999, 2000, 2001, 2002). Le tableau apparaît ci-après.

⁵ À notre connaissance, la Saskatchewan est la seule région à avoir dressé et publié un rapport sur les statistiques de l'état civil facilement accessible pour la population indienne inscrite depuis le milieu des années 80.

Tableau A5 – Différences régionales pour la DGSPNI dans la collecte des données et leur accès

Province ou territoire	Colombie-Britannique	Alberta	Saskatchewan	Manitoba	Ontario	Québec	Atlantique : Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador
Données sur les maladies transmissibles	Données recueillies à l'échelle provinciale, à partir de 2001; incomplètes pour les années antérieures. Aucun marqueur provincial des PN, mais le dossier de vérification du statut permet de séparer les données pour la population dans les réserves de celles pour la population hors réserve. Données par collectivité non disponibles pour des raisons de confidentialité; disponibles par région de prestation des services de santé.	Données Access et SQL recueillies par collectivité depuis 1989. CIM-9.	Couverture partielle de 1991 à 1998. Renseignements précis depuis 1999. Actuellement dans Epi-Info 6. Dans les systèmes Web de surveillance de l'information sur la santé publique (IPHIS) à partir de 2004.	Données recueillies auprès de Santé Manitoba. Identificateur autochtone du Système de vérification du statut (SVS) [omission de 30 %]. Base de données Access, de 1988 à 2002.	Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) et Oracle. Données recueillies depuis 1994. Précision variable.	Maintenant dans Lotus Notes (1999 à 2003). Anciennement dans Oracle. Données regroupées par région. Déclaration volontaire par les collectivités. Couverture variable.	Depuis 1996, les PN envoient des rapports aux bureaux régionaux. Aucun renseignement avant 1996. Couverture partielle, tout dépend de la déclaration par l'omnipraticien qui a établi le diagnostic. Les données sont conservées sur papier.
Maladies à déclaration obligatoire (p. ex. tuberculose)	Données sur la tuberculose et le VIH par collectivité, depuis 1980, sur papier.	Rapports aux bureaux régionaux des PN. Couverture variable, car il est possible que l'omnipraticien ne signale pas les cas de maladie au centre de santé.	La DGSPNI ne conserve par les statistiques. Celles-ci sont seulement disponibles à l'échelle provinciale.	Données recueillies auprès du gouvernement provincial. Rapports envoyés à Santé Canada, mais renseignements incomplets.	La tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire. Données disponibles depuis 1994 dans le SISPNI. Nouveaux diagnostics seulement, donc aucun renseignement antérieur n'est accessible.	Rapports envoyés aux bureaux régionaux par la PN. Les données provinciales sont complètes, mais n'identifient pas nécessairement les PN.	Données recueillies auprès des collectivités des PN : aucun partenariat avec des registraires provinciaux de l'état civil. Couverture variable. Certaines données sont disponibles depuis 1998. Données du Labrador regroupées.
Statistiques de l'état civil	Statistiques recueillies à l'échelle provinciale, par région de prestation des services de santé, puis regroupées pour la population dans les réserves et hors réserve, à partir de 1991. Rapport agrégé sur les statistiques de l'état civil produit annuellement depuis les années 90.	Données Access et SQL recueillies auprès du gouvernement provincial depuis 1986. CIM-9 à CIM-10 en 2000. On maintient les marqueurs communautaires.	Rapports mensuels soumis à la DGSPNI par le gouvernement provincial. Les marqueurs communautaires sont maintenus. Changement de CIM-9 à CIM-10 en 2001.	Données recueillies auprès du Bureau de l'état civil. Identificateur autochtone du SVS (omission de 30 %). Base de données Access.	Données recueillies essentiellement auprès du gouvernement provincial et non accessibles. La région de Sioux Lookout recueille ces renseignements. Couverture variable.	Lotus 1-2-3, depuis 1999, CIM-9. La base de données de la DGSPNI ne contient aucune donnée provinciale, donc les renseignements sont partiels.	Données recueillies depuis les années 80. On estime la couverture à 60 % environ.
Immunisation	Données disponibles sur papier, recueillies à l'échelle communautaire depuis le début des années 90; on ne sait pas trop si la DGSPNI a accès aux données sur les vaccins administrés par le gouvernement provincial et les PN ou seulement par ces dernières.	Données soumises par les collectivités sur papier, puis entrées dans une base de données Excel ou IPHIS au bureau de la DGSPNI. Les données reflètent la couverture provinciale et celle des PN. Disponibles depuis 1990.	Fichier Excel des données sur l'immunisation dans les réserves, de 1992 à 1998. Couverture variable de 1992 à 1998.	Données soumises par les collectivités, recueillies de 1993 à 1997 et de 2002 à aujourd'hui. On ne sait pas trop si les données comprennent les vaccins administrés par le gouvernement provincial (couverture partielle possible pour toutes les collectivités non isolées plus particulièrement).	Données recueillies à partir des services dans les réserves depuis 1994, dans le SISPNI. Couverture variable. Les bandes du Nord possèdent des données plus complètes. Les bandes du Sud reçoivent également leurs vaccins par l'intermédiaire des services provinciaux, et les renseignements ne sont pas accessibles à la DGSPNI.	Lotus 1-2-3, depuis 1999, CIM-9. La base de données de la DGSPNI ne contient aucune donnée provinciale, donc les renseignements sont partiels.	Depuis 1998, les données sont recueillies à l'échelle communautaire. Couverture variable. Il est possible que la DGSPNI ne soit pas au courant des vaccins administrés par l'intermédiaire des services provinciaux.
Congés de l'hôpital	Données sommaires seulement, à partir des années 80.	Identificateur des PN par les numéros uniques de carte d'assurance-santé ou les listes de cotisations de santé. Toutefois, la DGSPNI n'a pas accès à ces données.	Données fournies par Santé Saskatchewan; disponibles par collectivité. Adresses et auto-identification des PN.	Données fournies par Santé Manitoba. Identificateur des PN par les numéros uniques de carte d'assurance-santé ou les listes de cotisations de santé. Environ 30 % des membres des PN sont omis.	Données non accessibles.	Aucune donnée. La base de données provinciale ne comprend aucun identificateur des PN.	Aucun identificateur provincial disponible, donc aucune donnée accessible.

Statistiques de l'état civil des PN de la Saskatchewan



On peut tirer certaines conclusions du tableau ci-dessus.

- Malgré le regroupement régional, qui comprend un total de plus de 100 000 PN, le nombre d'événements est trop petit pour tirer des conclusions significatives.
- Le regroupement régional atténue les différences dans le statut du transfert. Si l'on divisait les événements selon les collectivités ayant conclu une entente de transfert et celles n'en ayant pas conclu, il serait encore plus difficile de tirer des conclusions significatives.
- Les collectivités n'ont pas signé leur entente de transfert ou leur entente intégrée en même temps. Sur le plan méthodologique, il faut comparer la mesure dans laquelle les indicateurs de santé se sont améliorés depuis le transfert pour chaque bande. Cela signifie qu'il faut établir une base de référence préalable au transfert et la comparer à une mesure postérieure au transfert, établie une fois que les systèmes auront été mis en place et que les services seront bien établis (p. ex. cinq ans). Comme les statistiques de l'état civil sont habituellement disponibles 18 mois après la fin d'une année civile (dans le cas des rapports de la Saskatchewan, ci-dessus), l'échantillon comprendrait des collectivités qui ont pris le contrôle avant 1997, soit, dans ce cas, 228 collectivités canadiennes ayant conclu une entente de transfert et 63 autres ayant conclu une entente intégrée. Selon les données du SATC pour 2001-2002 du Système de gestion et de planification des communautés (SGPC), la population de ces 228 collectivités totalise 170 891 habitants, alors que celle des collectivités ayant conclu une entente intégrée est de 39 654. Selon l'exemple susmentionné, toute analyse des issues prénatales et postnatales pour ces populations regroupées ne serait pas statistiquement concluante.

Les issues prénatales et postnatales peuvent être assez précises pour être concluantes, mais le nombre d'événements est trop petit pour soutenir une analyse statistique. Pour

que les indicateurs soient appropriés, il faut que le nombre d'événements soit assez grand pour permettre une analyse statistique. Cela pourrait être le cas pour deux indicateurs : immunisation et hospitalisation. Dans le cas de l'immunisation, l'absence d'harmonisation entre les protocoles d'immunisation de la DGSPNI et des provinces, ainsi que d'une province à l'autre, vient nuire à l'analyse. Les PN qui administrent des vaccins peuvent suivre n'importe quel protocole. De plus, les membres des collectivités des PN non isolées peuvent recevoir leurs vaccins des autorités provinciales de santé publique ou d'omnipraticiens, et il est possible que la DSGPNI et le centre de santé dans les réserves ne soient pas au courant de ces chiffres. Tel qu'illustré dans le tableau A5, la collecte de données au sein des régions de la DGSPNI et la couverture sont variables.

L'hospitalisation est un indicateur très précis de l'efficacité des soins de santé primaires. Le suivi des tendances en matière d'hospitalisation (diagnostic à l'admission et durée du séjour) avant et après la conclusion d'une entente donnerait probablement un aperçu global. Tel que le montre le tableau A5, les pratiques provinciales de collecte de données nuisent à l'accès à ces données, qui restent en effet inaccessibles. Si l'on ne peut pas accéder aux données provinciales, il ne vaut pas la peine d'essayer de procéder à une évaluation empirique de la capacité de la PTSS d'améliorer la santé des PN/I. La DGSPNI est au courant du problème et a investi temps et ressources dans la mise en œuvre du SISPNI. Il a toutefois fallu prolonger le délai de mise en œuvre avec le temps. On ne sait pas trop comment le système prévu fonctionnera par rapport aux systèmes provinciaux d'information sur la santé.

Annexe VI – Exemples tirés d'études de cas

Treize analyses locales distinctes ont été menées auprès des collectivités des PN/I qui ont opté pour le transfert. Ensemble, ces organisations représentent 76 collectivités des PN/I partout au Canada. L'expérience de transfert de ces organisations fournit un contexte et des exemples précis tout au long du document.

1. La Commission des services de santé des Inuits du Labrador (CSSIL), Terre-Neuve-et-Labrador

La CSSIL est située dans la collectivité de Northwest River, 40 km à l'est de Goose Bay (Terre-Neuve-et-Labrador). La CSSIL est une division de la Commission des Inuits du Labrador (CIL), qui a été mise sur pied en 1973 pour représenter les intérêts des 5 000 Inuits vivant au Labrador. La CIL et la CSSIL servent les membres des collectivités de Northwest River et de Happy Valley-Goose Bay, dans la région continentale du Labrador, ainsi que dans les collectivités côtières de Nain, de Hopedale, de Postville, de Makkovik et de Rigolet.

La CSSIL a conclu son entente de transfert en 1996 et a pris en charge les services dans les domaines de la promotion et de la prévention de la santé, de même que de la santé publique. Comme les services thérapeutiques dans ces collectivités sont fournis par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador pour des raisons historiques, tous les services offerts par la CSSIL étaient nouveaux, et on ne possédait pas d'installations pour les dispenser. La DGSPNI fournit des fonds pour louer des locaux à bureaux, mais on ne trouve pas d'installations convenables à louer. Le logement est aussi restreint. Par conséquent, les bureaux de la CSSIL sont largement inférieurs à la norme. La région de l'Atlantique de la DGSPNI a documenté le problème en détail dans le milieu des années 90, mais on ne l'a toujours pas réglé.

Les objectifs énoncés de la CSSIL consistent [traduction] « non seulement à aider les Inuits du Labrador à jouir d'un état de santé comparable à celui des autres Canadiens, mais, plus généralement, à promouvoir la sensibilisation, la consultation et la participation des collectivités, ainsi que le contrôle par ces dernières, relativement à toutes les questions de santé, y compris la création et la prestation de programmes » (Terence Hickey Associates Inc. 2001). Des services de deuxième niveau sont offerts à Goose Bay, à St. Anthony et à Corner Brook. Quant aux soins tertiaires, la plupart sont offerts à St. John's, mais il est possible que des gens nécessitant des soins spécialisés doivent se rendre à Halifax ou à Montréal, selon la spécialité. Par conséquent, les frais de déplacement ont augmenté.

2. Première nation d'Oromocto (PNO), Nouveau-Brunswick

La PNO comprend 500 membres, dont la moitié vivent dans la réserve. Celle-ci est située au sein de la municipalité d'Oromocto, une collectivité de 8 800 résidents qui sert la base militaire de Gagetown.

L'hôpital public d'Oromocto offre des soins primaires et secondaires aux malades hospitalisés ou externes, dont un service d'urgence de jour, des centres de chirurgie d'un jour et de dépistage du cancer du sein, ainsi qu'une unité de surveillance étroite. Quinze médecins de famille, un radiologue, des chirurgiens itinérants, des infirmières, ainsi que du personnel professionnel et de soutien travaillent dans ces installations. L'hôpital possède un total de 45 lits, dont 17 sont situés dans l'unité de gériatrie et de

réadaptation. Le centre de soins secondaires et tertiaires le plus près est à Fredericton (20 km au nord).

La bande a conclu en mai 1997 une entente de transfert quinquennale. Cette entente prévoyait des fonds pour les services communautaires et le transfert d'une partie des postes régionaux d'éducateurs en matière de santé, de diététistes, d'infirmières, de dentistes et d'agents du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA).

3. Première nation de Wemotaci (PNW), Québec

La collectivité de Wemotaci (Weymontachie) est située dans la région Mauricie-Bois-Franc, à 120 km au nord-ouest de La Tuque, collectivité de 13 300 habitants où se trouve le centre spécialisé le plus près⁶. La route reliant Wemotaci à La Tuque est accessible toute l'année, bien qu'elle soit non asphaltée et empruntée par les grumiers, ce qui crée des dangers routiers été comme hiver. Au printemps et à l'automne, l'exploitation forestière est interrompue par le gel et le dégel. La route devient par le fait même moins dangereuse, mais elle peut aussi être moins praticable. Un train dessert également cette collectivité, à raison de trois allers-retours par semaine pour La Tuque.

Wemotaci est considérée comme une collectivité isolée et servie par un poste de soins infirmiers. La bande compte 1 427 membres (données du SATC pour 2001-2002) vivant dans la réserve. La majorité parle attikamek et français. La croissance démographique exerce des pressions sur le secteur du logement et amène les habitants à occuper des maisons en mauvais état. Le surpeuplement pose problème.

Le transfert a été mis en œuvre en 1994. La supervision des soins infirmiers était initialement assurée par le Conseil de la Nation attikamek, un conseil tribal qui regroupe trois collectivités attikamek. Chaque collectivité est en train de prendre en charge ce service. En 1994, les services offerts à La Tuque comprenaient un hôpital (25 lits, des services de deuxième niveau, des services de psychiatrie et des spécialistes itinérants) et des omnipraticiens exerçant en cabinet privé. Depuis le virage ambulatoire provincial et en raison de la rareté des médecins et des spécialistes, l'hôpital a été transformé en centre de santé. Les cabinets privés à La Tuque sont bondés et ne peuvent plus accepter de nouveaux clients. La population doit de plus en plus souvent se rendre à Shawinigan, à deux heures de La Tuque, pour accéder à des services auparavant offerts à La Tuque. Quant aux soins tertiaires, la population doit se rendre à Trois-Rivières ou à Québec pour y accéder.

4. Première nation de Kitigan Zibi (PNKZ), Québec

La PNKZ compte 2 500 membres, dont 1 500 qui vivent dans la réserve. Cette dernière est située juste à l'extérieur de Maniwaki, une collectivité de 8 000 résidants. Dans la collectivité de Kitigan Zibi, on parle essentiellement anglais et algonquin. Certains membres parlent aussi français. La collectivité a conclu une entente de transfert en 1989, en application d'une entente des PN du Canada.

⁶ La construction d'un pont traversant la rivière Saint-Maurice en 1999 a réduit le temps nécessaire pour se rendre à La Tuque, celui-ci passant de quatre heures à une heure et demie ou deux heures, selon la saison.

La ville de Maniwaki compte un CLSC⁷, installation provinciale qui fournit des soins de santé primaires complets, des services sociaux et des soins à domicile : ces services sont offerts essentiellement en français. Elle compte aussi un petit hôpital local, qui a récemment été transformé en centre de santé, à la suite d'un déficit et d'une réduction des services provinciaux.

Le centre de soins secondaires le plus près est situé à Mont-Laurier (105 km au nord, services en français). La population peut aussi se rendre à Gatineau pour recevoir des soins secondaires et tertiaires (150 km au sud, services bilingues). Auparavant, les résidents fréquentaient l'Hôpital général d'Ottawa pour des raisons de langue et de confiance, mais ils trouvent de plus en plus difficile d'y recevoir des soins depuis les réductions budgétaires ontariennes dans le domaine de la santé. Les responsables de l'hôpital leur ont dit de se faire soigner au Québec.

La bande exploite deux écoles, un service de police, une garderie, une maison des jeunes, un centre récréatif, un centre pour personnes âgées, un foyer de groupe et un foyer pour personnes âgées, un centre pour les personnes ayant un handicap, un refuge, une station de radio, ainsi qu'un centre culturel et éducatif (éducation des adultes), en plus d'offrir diverses activités sportives (Call of the Loon (Kitigan Zibi Anishinabeg with New Economy Development Group Inc 2001). La collectivité de Kitigan Zibi compte 37 entreprises, dont 2 épicerie, un centre récréatif, un centre de conditionnement physique et une quincaillerie Rona.

5. Dilico Ojibway Child and Family Services, Ontario

Les Dilico Ojibway Child and Family Services sont une organisation régie par les PN. Ils ont été mis en place en janvier 1987 pour créer et mettre en œuvre un système de prestation de services sociaux et de santé autochtone. Leur objectif premier consistait et consiste toujours à mettre en place un « système » de services de grande qualité, régi par les collectivités et adapté aux différentes cultures, qui renforce, maintient et soutient la santé et le mieux-être des familles et des enfants autochtones dans le district de Thunder Bay et une partie du district d'Algoma.

L'organisation a été constituée en société en 1995, en vertu de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, afin d'offrir des services à l'enfance et à la famille. Les Dilico Ojibway Child and Family Services ont signé leur entente de transfert des services de santé en 1997. On a embauché une infirmière praticienne pour ce programme en 1999. On y a ajouté les programmes provinciaux de soins à domicile et en milieu communautaire en 1998. Ces services ont été intégrés au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire de la DGSPNI en 1999.

Les Dilico Ojibway Child and Family Services mettent en œuvre un modèle décentralisé de prestation des services. Les centres de services sont situés stratégiquement partout dans le district de Thunder Bay, soit dans cinq villes principales : Nipigon, Long Lac, Armstrong, Pic Mobert et Thunder Bay. À Thunder Bay, le siège social des Dilico Ojibway Child and Family Services est situé dans la collectivité de la PN de Fort William et exploite des centres de services primaires à divers endroits dans la ville.

⁷ Le centre local de santé communautaire offre des soins de santé primaires complets, essentiellement en français.

Depuis trois ans, on s'efforce d'offrir tous les services internes d'une manière intégrée, tant au sein de l'organisation qu'en consultation avec les PN. On y parvient grâce à la mise en œuvre d'une approche de gestion collaborative des cas. En 2002, le Conseil canadien d'agrément des services de santé a agréé les Dilico Ojibway Child and Family Services.

6. Première nation de Naotkamegwaning (PNN) [baie du Poisson blanc], Ontario

La PNN est située sur la rive est du lac des Bois, dans le Sud-Ouest de l'Ontario. Elle compte 1 002 habitants dans la réserve et environ 400 hors réserve. La PNN est signataire du traité de l'Angle Nord-Ouest de 1873, mieux connu sous le nom de « Traité n° 3 ». La majorité de la main-d'œuvre travaille dans le secteur des services, le secteur gouvernemental employant près de 80 % de la population active. Parmi les autres secteurs d'emploi, mentionnons la pêche commerciale, l'exploitation forestière et la moisson du riz sauvage. Les entreprises locales comprennent des magasins généraux, des arcades et centres récréatifs privés, des entreprises de fabrication et de commercialisation de produits artisanaux, ainsi qu'une marina. Les habitants de la collectivité parlent ojibway et anglais.

La collectivité compte un centre de santé, une caserne de pompiers (avec de l'équipement et une équipe de pompiers bénévoles), une salle communautaire, des terrains de soccer, un aréna, une piste de curling, un terrain de baseball, un centre communautaire et récréatif, un centre pour les jeunes et les personnes âgées, une garderie, un édifice administratif et commercial, ainsi que l'école BaiBomBeh Anishinabe, pour les enfants de la maternelle à la 12^e année. L'école offre aussi un programme d'éducation alternative. Un agent de police de la PN et le détachement de la Police provinciale de l'Ontario de Sioux Narrows assurent les services de police dans la collectivité. Les membres qui souhaitent accéder à d'autres services de santé à l'extérieur de la collectivité doivent se rendre à Kenora, collectivité située à une heure de route (100 km) qui manque de services adaptés à leur culture. Pour des soins plus spécialisés, la population doit se rendre à Winnipeg, à 4 heures de route (321 km et à l'extérieur de la province). Une route en gravier de 4 km mène à la route 71, qui conduit à son tour aux autoroutes 11 et 17. Les services ambulanciers sont assurés par Sioux Narrows (12 km).

On trouve deux collectivités des PN à proximité, soit Northwest Angle 33 et Northwest Angle 37, à Regina Bay. Cette proximité a des répercussions sur l'utilisation des services de santé, étant donné que les membres de ces collectivités utilisent le cabinet du médecin et le centre des jeunes et des personnes âgées de Naotkamegwaning, de même que les services de santé et d'intervention en cas de crise fournis à l'école. Par conséquent, la population de base utilisée comme référence pour le financement du transfert des services de santé (842) est inférieure à la population totale utilisant les services de santé. Il n'existe aucune façon claire de composer avec ces coûts supplémentaires, vu les relations communautaires et familiales entre les trois PN.

7. Première nation Anishinabe de Roseau River (PNARR), Manitoba

La PNARR est située dans le Sud-Est du Manitoba et composée de deux réserves. La deuxième réserve, située à environ 17 km au sud de la ville de Morris et à environ 90 km au sud de la ville de Winnipeg, est la plus peuplée. Roseau Rapids se situe à 22 km à l'est de la deuxième réserve. Roseau River possède beaucoup de

connaissances sur les traités. Elle s'intéresse grandement à la conservation de sa culture et à son patrimoine culturel. Plus de 90 % de la population maîtrise l'oïjibway, et la collectivité est reconnue pour son pow-wow annuel, qui met en vedette certains des meilleurs danseurs de l'Amérique du Nord.

La PNARR est signataire du Traité n° 1 et des modifications aux promesses hors traité de 1875. On n'a toutefois pas tenu la promesse relative au territoire énoncée dans ce traité. En février 1995, 17 ans après qu'on eut soulevé la question, la Commission des revendications des Indiens a enfin convenu d'appuyer la revendication des droits fonciers en vertu du traité des Anishinabe de Roseau River, et une entente finale a été ratifiée par les membres de la collectivité à la fin de l'automne. La même année, on a créé la fiducie de la PNARR pour acquérir les terres supplémentaires auxquelles la collectivité avait droit aux termes du traité. Elles totalisent maintenant 7 576 acres d'un sol de la meilleure qualité au monde.

L'année de la signature de cette entente, la PNARR a entrepris un projet de deux ans préalable au transfert pour étudier et mettre en œuvre le transfert des services de santé. Afin de faciliter ce transfert, la PNARR a formé un comité de santé pour offrir des conseils et des directives pendant la période préalable au transfert. Ce comité existe toujours à titre d'organe décisionnaire intégral qui administre indépendamment tous les services de santé.

En 1998, la collectivité a signé sa première entente de transfert.

8. Conseil tribal de Keewatin (CTK), Manitoba

Le CTK est une organisation sans but lucratif qui agit à titre de conseiller auprès d'un regroupement de onze collectivités des PN, y compris la PN de Barrenlands, à Brochet; la PN de Fox Lake, à Bird; la PN de God's Lake, à God's Lake Narrows; la PN de Manito Sipi, à God's River; la PN de Northlands, à Lac Brochet; la PN de Bonnibunnee, à Oxford House; la PN de Sayisi Dene, à Tadoule Lake; la PN de Shamattawa, à Shamattawa; la PN de Split Lake, à Split Lake; la PN de War Lake, à Ilford; et la PN de York Factory, à York Landing.

Le CTK a été formé en 1979 pour faciliter le transfert des responsabilités et des programmes du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC). Le rôle du CTK a depuis évolué vers les aspects de l'autonomie gouvernementale qui ont trait au développement, mais consiste encore largement à aider les membres des PN par l'intermédiaire de processus administratifs et de programmes, notamment le développement du leadership. Le CTK est établi à Thompson, au Manitoba, à environ 750 km au nord de Winnipeg par la route. Thompson, qui compte 15 000 habitants, est devenue un centre de services gouvernementaux, de transport, de communication, d'éducation et de soins de santé pour de nombreuses collectivités du Nord du Manitoba.

Le CTK, qui comptait 4 employés en 1979, en emploie maintenant 53 et offre divers programmes liés, entre autres, à l'administration locale, à l'éducation, à la santé, au logement, au développement social et au développement économique. Le nombre total de membres représentés par le CTK est d'environ 12 000.

Le CTK a commencé à planifier le transfert en 1994. Son intention était d'offrir des services à ses onze membres, qui comprennent deux collectivités régies en vertu de l'entente du Manitoba de 1964, transférant la responsabilité de leurs services de santé au gouvernement provincial. Le processus de planification et de négociation a duré cinq ans, mais aucune entente n'a été signée.

9. Conseil tribal de Battleford (CTB), Saskatchewan

Le CTB regroupe les sept collectivités des PN de Little Pine, Lucky Man, Moosomin, Mosquito, Poundmaker, Red Pheasant et Sweetgrass. Parmi les cultures représentées, mentionnons principalement les Cris, mais aussi les Assiniboines et les Saulteux. Les 7 collectivités comptent un total de 8 639 habitants, dont 4 319 vivent en réserve (Battlefords Tribal Council 1992). Selon la documentation sur les ententes de transfert de 2003, la majorité des foyers dans les collectivités du CTB ont l'eau courante. Bien que les logements soient en bon état, ils sont toujours trop peu nombreux (Indian and Northern Affairs Canada 2004). Les services d'éducation primaire et secondaire sont fournis dans les collectivités. Toutes les collectivités sont considérées comme non isolées; elle sont situées à environ 145 km de North Battleford, qui sert de point central pour la coordination de la prestation des services de santé par les Battleford Tribal Council Indian Health Services (BTCIHS).

Les discussions sur la création de services de santé pour la région du CTB remontent au début des années 70, lorsque le gouvernement fédéral a unilatéralement décidé de fermer l'hôpital fédéral autochtone. Après des années marquées par un dialogue de sourds et une planification largement unilatérale qui ont alimenté la frustration des dirigeants et des collectivités autochtones, le rapport Clarkson a été déposé. Ce rapport énonce trois options pour continuer d'offrir les services aux collectivités des PN, dont la construction d'un hôpital autochtone; l'agrandissement du Battleford Union Hospital; et l'ouverture d'un centre de santé autochtone.

La sélection de la dernière option a entraîné la création du centre de santé autochtone de Battleford. Il s'agissait du premier centre au Canada à être régi par un conseil d'administration composé uniquement d'Autochtones. Le centre de santé autochtone de Battleford a fourni des services aux dix PN entourant Battleford grâce au financement obtenu de la DGSM par l'intermédiaire d'une entente de contribution. À ce moment, la DGSM avait un siège social, ainsi que des bureaux de zone, de district et de région et, au fur et à mesure que les postes devenaient vacants dans le bureau de la zone, ceux-ci étaient transférés au centre de santé autochtone de Battleford. Ce dernier a été opérationnel de 1978 à 1992, année où des divergences entre les dix collectivités initialement concernées ont entraîné la division du centre de santé en deux entités : la Confederation of Tribal Nations (CTN) et le CTB. Cette période fut difficile mais la prestation des services de santé par le centre de santé autochtone de Battleford ne s'en est pas ressenti.

Les BTCIHS, qui étaient initialement composés de quatre collectivités, ont été constitués en société en 1992. Le premier transfert des BTCIHS est survenu en 1993, après un processus de négociation préalable au transfert qui a duré huit mois. On raconte que ce rythme accéléré ne pouvait être attribuable qu'à la vaste expérience, de 23 ans, que le CTB possédait dans la prestation de services de santé à ses membres, ainsi qu'à la crédibilité professionnelle du personnel.

10. Northern Intertribal Health Authority (NITHA), Saskatchewan

La NITHA regroupe deux grandes bandes multicommunautaires, soit la Nation crie de Peter Ballantyne (NCPB) et la Bande indienne de Lac La Ronge (BILLR), ainsi que deux conseils tribaux, soit le Grand conseil de Prince Albert (GCPA) et le Conseil tribal de Meadow Lake (CTML). Les bureaux de la NITHA sont situés à Prince Albert. Le GCPA est l'un des conseils tribaux les plus importants au Canada, comptant 12 chefs distincts travaillant ensemble sur les plans politique et économique. La NCPB et la

BILLR sont les deux bandes multicommunautaires indépendantes les plus importantes au Canada. Le CTML est composé de neuf réserves distinctes des PN. Chaque partenaire de la NITHA a conclu une entente de transfert pour des services de premier et de deuxième niveaux au début des années 90 : le CTML en 1990 et le GCPA en 1991. La BILLR et la NCPB avaient initialement opté pour le transfert sous l'organisme cadre du GCPA, mais ont décidé de signer leur propre entente en 1995.

Des préoccupations par rapport à la mise en œuvre du système de l'enveloppe, et des données indiquant la diminution de la prestation par la DGSPNI des services de troisième niveau définis dans les ententes, ont mené à la formation de la First Nation Community Health Status and Surveillance Unit de la NITHA en 1996. Ce mandat a par la suite été élargi afin de comprendre tous les services de troisième niveau.

En tant que groupement, la NITHA offre des services à environ 42 000 membres de 33 collectivités distinctes des PN, s'étendant sur plus de la moitié du territoire provincial. Cela représente environ 47 % de la population des PN de la Saskatchewan vivant dans des réserves. La NITHA englobe cinq autorités sanitaires régionales.

Tous les partenaires ont continué de fournir des services de santé de premier et de deuxième niveaux à leur collectivité. Le GCPA offre des services de premier niveau à six collectivités et certains services de deuxième niveau à toutes les collectivités. Parmi les collectivités qui ont signé une entente individuelle de transfert des services de santé de premier niveau, mentionnons Shoal Lake (centre de santé, 1996), Sturgeon Lake (centre de santé, 1994) et Montreal Lake (poste de soins infirmiers, 1989).

11. Nunee Health Authority (NHA), Alberta

Fort Chipewyan est en quelque sorte unique en ce sens qu'elle reçoit depuis longtemps des services de plusieurs ordres de gouvernement. La communauté des Métis en particulier représente une partie importante de l'histoire de la collectivité, et les deux bandes des PN occupent conjointement la ville. Bien que les deux bandes possèdent des réserves dans les environs, seuls quelques membres de la PN crie Mikisew habitent dans la réserve, située à côté de la ville, et dans un petit village situé à environ 12 km de la ville la plus proche. Les membres de la PN Athabasca Chipewyan vivent dans des maisons placées çà et là dans la collectivité, tout comme les membres des Métis et de la PN crie Mikisew.

Santé Canada et le gouvernement de l'Alberta ont signé, en 1962, une entente autorisant la première partie à assumer la responsabilité de la prestation de services de santé à toute la collectivité. Par contre, depuis le début des années 60, l'éducation est assurée par le gouvernement de l'Alberta par l'intermédiaire de la division scolaire de Northlands. Même si chaque bande des PN reçoit des fonds du gouvernement fédéral pour offrir des services précis, comme des logements aux membres des bandes, les bandes et la communauté des Métis collaborent depuis un certain temps afin d'intégrer autant que possible les services de santé. Les quelques frictions sont liées à la taille des collectivités et à l'éventail de ressources accessibles à ces dernières. Comme la PN crie de Mikisew est environ trois fois plus grande que la PN Athabasca Chipewyan, et dix fois plus grande que la communauté des Métis, la PN crie de Mikisew se sent parfois exagérément responsable de la prestation des services communautaires. Ce problème nuit parfois au processus de transfert.

12. Première nation de Cowichan (PNC), Colombie-Britannique

La bande indienne des Cowichan, qui habite à côté de la ville de Duncan et de la municipalité de North Cowichan, occupe 2 493 hectares et sert 9 réserves. Les terres traditionnelles de la PNC sont situées dans un delta entre les rivières Cowichan et Koksilah, le nom Cowichan signifiant « entre les ruisseaux ». La bande fait partie du groupe linguistique des Salish du littoral. Environ 2 000 membres habitent dans les réserves, alors que 1 700 autres vivent hors réserve, principalement à Duncan et dans les environs. La PNC possède l'une des populations dans les réserves et hors réserve les plus élevées en Colombie-Britannique.

Les tribus Cowichan ont opté pour le transfert en 1992, année où leur population s'élevait à 2 700 membres. Elles en comptent maintenant plus de 3 800. Le centre de santé Tsewultun possède plus de 5 000 dossiers de clients actifs, qui comprennent d'autres membres inscrits des PN qui accèdent aux services de santé dans la réserve des Cowichan. Bon nombre des membres inscrits vivant hors réserve et qui accèdent à ces services sont des membres de la PNC qui habitent Duncan. Beaucoup de membres inscrits provenant des îles ou habitant dans les environs ont également choisi d'accéder aux services dans un milieu sûr.

Le chef et le conseil ont le pouvoir de nommer des membres au comité consultatif sur la santé. Ce comité est composé de deux anciens, de trois conseillers, de deux jeunes, de trois membres de la collectivité et d'un représentant de l'autorité sanitaire de Vancouver. Le mandat de ce comité consiste à approuver le budget des centres de santé et à en assurer le suivi, à superviser les programmes de santé, à contribuer à la détermination des problèmes et des besoins en matière de santé de la collectivité et à formuler des recommandations au chef et au conseil.

Le nombre d'employés a augmenté considérablement depuis 1992, passant d'environ 20 membres à quelque 75, dont des employés occasionnels, contractuels et nommés pour une période déterminée. Un fort pourcentage d'employés fait partie de la bande des Cowichan. Le centre emploie aussi des travailleurs et des professionnels de la santé non autochtones qui sont respectueux de l'intégrité, de la dignité et de la culture des Cowichan. Il applique depuis toujours un programme de recrutement, d'éducation et de mentorat pour accroître le nombre de membres des Cowichan au sein du personnel.

13. Première nation Skidegate (PNS), Colombie-Britannique

Les îles de la Reine-Charlotte et les Haida Gwaii constituent la collectivité côtière la plus isolée de la Colombie-Britannique. Les Haida Gwaii sont composées de 150 îles et ont une superficie d'environ 9 940 km². Les deux îles principales sont Graham et Morseby. Les Haida Gwaii comptent sept collectivités, qui sont, du nord au sud, Old Massett, Masset, Port Clements, Tlell, Skidegate, Queen Charlotte City et Sandspit. Toutes ces collectivités, sauf Sandspit, sont situées sur l'île Graham. Old Massett et Skidegate sont des collectivités haïda. Skidegate est située le long de la côte ouest de l'île Graham, à 6 km de Queen Charlotte City. L'enclave méridionale de l'Alaska est située à 75 km à l'est, l'île de Vancouver, à 240 km au sud, et l'océan Pacifique Nord, à l'ouest.

En 1997, la PNS s'est engagée dans le processus préalable au transfert et a commandé un plan de santé communautaire pour transférer les services de premier niveau à la PNS. Le plan visait à accroître les services déjà offerts et à augmenter le nombre d'employés requis pour fournir ces services. Le plan de santé communautaire a relevé les services suivants à la lumière d'une évaluation des besoins menée dans la

collectivité : lutte contre les maladies transmissibles, cliniques de puériculture, services prénatals et postnatals, services des représentants en santé communautaire, promotion de modes de vie sains, traitement de l'alcoolisme et des toxicomanies, counselling auprès des jeunes, développement du jeune enfant, prévention de la violence, nutrition et soins à domicile.

Le Conseil de bande de Skidegate a opté pour le transfert, et le rapport annuel de 1998 comprenait une longue liste d'activités et de programmes entrepris au cours de la première année du transfert, de même que d'autres projets d'activités pour l'année suivante. Le fait que la bande venait juste d'être syndiquée et que les répercussions de ce changement étaient encore inconnues a mené celle-ci à opter pour le transfert. La première entente n'a pas été renouvelée, car le Conseil de bande a envisagé de retransférer les services transférés à la DGSPNI. Le Conseil a toutefois décidé de les conserver après que la DGSPNI eut indiqué que, s'il avait de la difficulté à gérer ses services, la DGSPNI devrait envisager la gestion par une tierce partie. En 2001, la PNS a conclu une autre entente de transfert couvrant la période entre octobre 2001 et mars 2002. Les services qui demeuraient sous le contrôle de la DGSPNI étaient ceux offerts par le médecin hygiéniste, les services d'hygiène du milieu et la supervision des soins de santé primaires par l'agent de zone des soins infirmiers existant. En avril 2002, la collectivité a renouvelé son entente pour cinq ans.

Annexe VII – Questions de l'évaluation, étapes I et II

Tel que décrit dans la demande de propositions (DP), l'Évaluation nationale de la politique de transfert des services de santé devait se réaliser en deux étapes.

Le but de la première étape de l'évaluation est d'en définir les points importants à approfondir, et de mettre au point une méthodologie. La DP exige du Centre de recherche sur la santé des Autochtones (CRSA) qu'il entreprenne les entrevues et les discussions préliminaires avec les principaux membres de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) à l'échelle nationale et régionale, ainsi qu'avec les représentants des Premières Nations et des Inuits. La deuxième étape constitue l'évaluation elle-même.

On a composé deux séries de questions en vue de mener à bien les deux étapes. Les résultats des entrevues menées à l'étape n° 1 ont servi à élaborer les questions de l'étape n° 2.

Étape n° 1 – Questions

Les questions au sens large suivantes servaient de guide général d'entrevues.

- D'après vous, quels sont les aspects à approfondir dans le cadre de cette évaluation? Indices : les nouveaux problèmes soulevés depuis la dernière évaluation, les succès, les difficultés rencontrées, les projets d'avenir, les ressources de la DGSPNI, les provinces.
- Qu'est-ce qui fait le succès d'un transfert?
- Quels sont les problèmes qui risquent de se présenter dans la prochaine décennie? Indices : La capacité de la DGSPNI à conserver une masse critique d'employés en vue d'offrir les services aux collectivités qui ne font pas l'objet du transfert; les changements d'orientation des politiques provinciales, pour les collectivités, Corbière, etc.
- À votre connaissance, combien de collectivités ont éprouvé de graves difficultés financières qui ont nécessité l'intervention de la DGSPNI? Quelles en étaient les causes?
- Existe-t-il des différences régionales que nous devrions connaître au chapitre de l'accès aux ressources au sein de la DGSPNI?
- Jusqu'à quel point les ressources financières allouées aux collectivités qui font l'objet du transfert sont-elles appropriées? Le calcul est-il équitable? Quels sont les autres choix? Indices : les droits fonciers issus de traités, les Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, les Indiens non-inscrits vivant dans les réserves, la croissance de la population, etc.
- Quelles sont les exigences mensuelles ou annuelles en matière de déclaration aux fins des statistiques sur la santé des collectivités qui font l'objet du transfert, et des autres? Indices : main courante, système d'augmentation des tâches communautaires (SATC), déclarations mensuelles, maladies transmissibles, maladies chroniques, déclarations annuelles.
- Qu'arrive-t-il à ces statistiques? Indices : elles sont entrées dans une base de données, vérifiées dans le cadre d'un programme de surveillance, intégrées aux déclarations, etc.

- Quelles sont les ressources de votre région qui peuvent aider à évaluer jusqu'à quel point le transfert contribue à la santé des collectivités?

On a composé des questions supplémentaires qui traitent spécifiquement des problèmes relatifs au champ d'application, un sujet soulevé par plusieurs participants.

Adaptation propre au programme

- Sur le plan du transfert, quelles sont, à votre avis, les répercussions sur les services infirmiers qu'il faudrait approfondir lors de cette évaluation?
- Quels sont les mécanismes qui assureraient le succès de la transition des services infirmiers aux collectivités?
- Existe-t-il des différences régionales que nous devrions connaître en rapport avec le champ d'application?
- À quel point les ressources en services infirmiers allouées aux collectivités qui font l'objet du transfert sont-elles adéquates? Quels sont les facteurs à prendre en considération?
- Connaissez-vous des sources de données qui nous permettraient d'examiner une analyse comparative portant sur le champ d'application des soins infirmiers?

On prévoit aussi des séries d'entrevues avec des médecins-hygiénistes. On utilisera probablement les mêmes séries de questions en vue de faire la lumière sur les points principaux avant d'aller plus loin.

Étape n° 2 – Questionnaires

Les résultats des entrevues préliminaires ont fourni les renseignements nécessaires à la rédaction des questionnaires de l'étape n° 2.

Questionnaire n° 1 : Entrevues en profondeur avec les employés de l'administration centrale de la DGSPNI

- Quel est votre rôle au sein de l'administration centrale de la DGSPNI?
- Quel est votre rôle auprès des bureaux régionaux de la DGSPNI, quels sont vos rapports avec ceux-ci? Indices : consultation, conseils, réglementation, à quels sujets?
- Quel est votre rôle en ce qui a trait aux collectivités qui font l'objet du transfert ou non? Indices : consultation, conseils, réglementation, à quels sujets?
- Quelles sont les procédures de mise en place ou de modification des projets et des programmes dans votre région? Indices : participation de la DGSPNI ou de la région, tentatives de mises à l'essai avant la mise en oeuvre.
- Quel a été l'impact du transfert sur votre travail? Quels renseignements avez-vous reçus?
- Quel devrait être le rôle global de l'administration centrale en ce qui a trait aux collectivités qui font l'objet du transfert, et aux autres? Indices :
- La politique de transfert des programmes de santé est-elle une bonne chose? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?
- À votre avis, quels ont pu être les aspects positifs du transfert?

- Quels pourraient être les obstacles à surmonter?
- Qu'est-ce qui assure le succès d'un transfert?
- Avez-vous des recommandations à formuler?

Questionnaire n° 2 : Entrevues en profondeur avec les employés des bureaux régionaux de la DGSPNI

- Quel est votre rôle au sein de la DGSPNI?
- Quels sont vos rapports avec l'administration centrale de la DGSPNI? Où vous situez-vous par rapport à elle? Indices : consultation, conseils, réglementation, à quels sujets?
- Quel est votre rôle en ce qui a trait aux collectivités qui font l'objet du transfert, et aux autres? Indices : consultation, conseils, réglementation, à quels sujets?
- Quels sont les procédures de mise en place ou de modification de projets et de programmes dans votre région? Indices : participation de la DGSPNI ou de la région, tentatives de mise à l'essai avant la mise en oeuvre.
- Quel a été l'impact du transfert sur votre travail? Quels renseignements avez-vous reçu?
- Quel devrait être le rôle global de l'administration centrale en ce qui a trait aux collectivités qui font l'objet du transfert, et aux autres? Indices :
- La politique de transfert des programmes de santé est-elle une bonne chose? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?
- À votre avis, quels ont pu être les aspects positifs du transfert?
- Quels pourraient être les obstacles à surmonter?
- Croyez-vous que le transfert devrait se poursuivre?
- Avez-vous des recommandations à formuler?

Questionnaire n° 3 : Guide d'entrevue avec les gestionnaires de santé des Premières Nations et des Inuits, les membres du comité de santé ainsi que le chef et le conseil

- Comment votre collectivité a-t-elle vécu le processus de transfert? Indices : À quel moment la collectivité a-t-elle été invitée à participer, processus, importance de l'appui apporté, inquiétudes, attentes de la collectivité par rapport à la réalité, passages d'un modèle à un autre.
- Parlez-moi du processus de négociation. Indices : son évolution, points en litige, flexibilité.
- Quels ont été les plus gros changements depuis le transfert? Indices : davantage d'outils de mise en oeuvre, habilitation, rapports avec la DGSPNI, meilleure santé, viabilité.
- Quels ont été les principaux bienfaits du transfert? Indices : meilleure santé, meilleur accès aux services, davantage de ressources dans la collectivité même, plus de possibilités d'emploi, meilleure conservation du personnel, services maintenant offerts par la collectivité, renforcement des capacités, meilleurs liens avec les autres programmes, autre.

- Quels ont été les principaux obstacles à surmonter? Indices : l'embauche et la conservation du personnel, les changements d'orientation de la politique provinciale, pour les collectivités, Corbière, les droits fonciers issus de traités, l'effritement des ressources financières, les questions d'assurance, la syndicalisation, les attentes des collectivités versus les contraintes, les capacités, le rôle résiduel de la DGSPNI, la viabilité, la population vivant à l'extérieur des réserves qui utilise les services.
- Dans quelle mesure fonctionnez-vous conformément au plan de santé de votre collectivité? Est-ce ce que vous aviez espéré au moment du transfert? Votre plan change-t-il à chaque année?
- Avez-vous vu souvent des employés partir depuis le début du transfert? Où sont-ils allés? Indices : capacité de déplacement, coût relié à la conservation du personnel.
- Pouvez-vous obtenir les services d'un médecin pour la réserve?
- Vous êtes-vous déjà retrouvés sans infirmière? Indice : la fermeture du centre de santé en raison d'un R et R?
- Profitez-vous actuellement des services offerts par le bureau régional de la DGSPNI? Quels sont-ils? Comment cela fonctionne-t-il? Indices : le rôle résiduel de la DGSPNI est-il compris? l'accessibilité aux services, les lacunes.
- Recevez-vous des services ou du financement de la province? Quels sont-ils? Comment cela fonctionne-t-il? Remarquez-vous des lacunes dans les services?
- Combien d'ententes avez-vous actuellement? Les exigences en matière de déclaration sont-elles harmonisées? Est-ce un problème? Indices : temps requis par les tâches administratives, utilité des renseignements fournis, duplication.
- Jusqu'à quel point la collectivité participe-t-elle à l'élaboration du programme? Quels sont les mécanismes en place? À quelle fréquence faites-vous un rapport à la collectivité? Indices : comité de santé, AGA, bénévoles, autres.
- Appuyez-vous la poursuite de la politique de transfert des services de santé? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi?
- Avez-vous des recommandations en vue d'améliorer le système en faveur de votre collectivité?

Si applicable :

- Quels ont été les bienfaits retirés de la syndicalisation et les problèmes qu'elle a occasionnés?
- Quels ont été les bienfaits retirés de l'accréditation et les problèmes qu'elle a occasionnés?

Annexe VIII – Enquête téléphonique

Les enquêtes téléphoniques constituent une façon économique de joindre un grand nombre de personnes et d'obtenir rapidement des réponses. Dans le cadre de la présente étude, où les enquêtes papier auraient été peu efficaces et où les délais étaient serrés, nous considérons le recours à ce type d'enquête comme une stratégie productive. Toutefois, les enquêtes téléphoniques nécessitent des compromis quant à la façon dont les questions sont posées et aux réponses. Par exemple, les échelles à cinq points du type de Likert (fortement d'accord, d'accord, ni en accord ni en désaccord, en désaccord, fortement en désaccord) permettent d'obtenir des réponses nuancées et sont largement utilisées pour les enquêtes directes ou sous forme de questionnaires envoyés par la poste, où un repère visuel ou une affichette peut servir de rappel. La fiabilité semble décroître lorsque les échelles de Likert sont utilisées sans affichette (Sykes & Collins 1988). Cette option ne s'applique pas aux enquêtes téléphoniques. Nous avons plutôt opté pour une échelle à trois points (d'accord, incertain et en désaccord). Lorsque les répondants hésitaient à répondre, on offrait d'autres réponses, comme « sans objet » ou « refus de répondre ».

L'outil a été mis à l'essai en français et en anglais afin d'en assurer la clarté et la pertinence. Les chercheurs qui ont mené les entrevues (trois anglophones et un francophone) ont entré toutes les données dans une base de données Excel. Nous avons procédé à l'analyse au moyen du Statistical package for Social Sciences (SPSS).

En général, le pourcentage correspondant aux réponses « incertain », « refus de répondre » ou « sans objet » est négligeable. Le tableau A6 illustre 14 variables pour lesquelles le taux de non-réponse excédait 10 %. Dans certains cas, le pourcentage de non-réponse indique un manque de renseignements (n^{os} 1 et 2). Dans d'autres, et selon les commentaires formulés par les directeurs de la santé, le pourcentage de non-réponse reflète une réticence à répondre à des questions complexes au moyen d'un seul mot. Nous avons recueilli les commentaires, qui ont ensuite été analysés séparément. Les commentaires, de même que les analyses locales, les entrevues et les évaluations quinquennales, ont été utilisés pour faciliter l'interprétation des résultats de l'enquête téléphonique.

	Accord	Désaccord	Incertain / refus / S.O.
1. Meilleur état de santé	59,9	16,8	23,3
2. Agrément	33,6	22,6	43,8
3. Règlement efficace des différends	21,2	46,7	32,1
4. Clarté des rôles et responsabilités de la DGSPNI	41,6	48,2	10,2
5. Fonds pour la population hors réserve	2,9	83,9	13,1
6. Fonds pour les clients non inscrits	2,9	84,7	12,4
7. Plus difficile d'accumuler des surplus	79,6	8,8	11,6
8. Assurance-responsabilité	16,8	62,8	20,5
9. Lois provinciales créant des obstacles juridiques	57,7	21,9	20,4
10. Même niveau de service que les provinces	15,3	73,7	11,0
11. Fonds de mise en œuvre du nouveau système de rapport	25,5	64,2	10,2
12. Répartition des ressources selon les priorités locales	60,6	29,2	10,2
13. Période suffisante de planification avant le transfert	53,3	31,4	14,6
14. Conseil tribal bénéfique aux petites collectivités	35,8	20,4	43,8

Enquête téléphonique auprès des directeurs de la santé – Modèle

Introduction

Bonjour, je m'appelle _____ et je vous téléphone du Centre de recherche sur la santé des Autochtones, un centre de recherche issu d'un projet conjoint de l'*Assembly of Manitoba Chiefs* et de l'Université du Manitoba. Nous avons été embauchés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits en vue d'évaluer la politique canadienne de transfert en matière de santé. Cette évaluation comprend une enquête téléphonique que nous effectuons en vue de connaître les opinions des directeurs de la santé sur la politique fédérale de transfert en matière de santé et sur son impact sur les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Avez-vous reçu une lettre concernant cette évaluation?

Oui Non

[Si « oui », passez au deuxième paragraphe.]

Nous utilisons un échantillonnage constitué de 50 % de tous les directeurs de la santé des collectivités dont les soins de santé ont été transférés ou intégrés. Ce sondage ne prendra qu'environ 20 minutes. Votre participation nous est très précieuse et procurera une perspective de fond sur l'impact du transfert en matière de santé sur les collectivités des Premières nations et des Inuits. J'aimerais vous assurer que l'équipe chargée de l'étude gardera tous les renseignements que vous nous donnerez strictement confidentiels, et que ces renseignements ne serviront qu'à obtenir une vue d'ensemble de l'opinion des directeurs de la santé sur la politique fédérale de transfert en matière de santé.

Aimeriez-vous participer à l'enquête?

Oui Non

SI NON, dressez la liste de toutes les raisons mentionnées :

Si la personne ne veut pas participer à l'enquête, mettez fin à l'appel téléphonique avec l'énoncé suivant :

Je vous remercie au nom du Centre de recherche sur la santé des Autochtones. Vous pourrez vous procurer un exemplaire du rapport final préliminaire dès septembre 2004, et vous pourrez le télécharger à partir de la page Web du Centre, à www.umanitoba.ca/centres/cahr.

Participants consentants

Caractéristiques de la personne interrogée :

Type d'accord

Transfert ____ Intégration ____ Autogestion ____

Représentez-vous une ou plusieurs collectivités? [p. ex. conseil tribal, autorité en matière de santé].

- Une seule collectivité Conseil tribal
 Autorité en matière de santé des Premières nations et des Inuits

Au sein de cette organisation, depuis combien de temps êtes-vous directeur de la santé?

- Moins de six mois De six mois à deux ans Plus de deux ans

Au total, depuis combien de temps travaillez-vous dans le contexte du transfert en matière de santé (visé par le transfert ou l'intégration)?

- Moins d'un an De un an à trois ans
 Depuis plus de trois ans

Pour le reste de l'entrevue, je vous demanderai de répondre à une série d'énoncés portant sur les forces, les faiblesses et les répercussions du modèle de transfert ou intégré des services de santé, selon celui qui s'applique à l'organisation pour laquelle vous travaillez. Pour chaque énoncé que je vous lirai, j'aimerais que vous me disiez si vous êtes **d'accord** ou **en désaccord**. Il est possible que vous ne soyez pas en mesure de répondre à certains énoncés, parce que vous serez « incertain » ou que ceux-ci ne s'appliquent pas à votre organisation. Si vous souhaitez que je répète un énoncé, n'hésitez pas à me le dire. Si vous préférez ne pas répondre à un énoncé en particulier, vous pouvez refuser de le faire.

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
1	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de mettre en place des services qui répondent aux besoins des membres de sa collectivité.					
2	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de s'assurer du maintien de la santé publique dans l'application des programmes obligatoires.					
3	Le modèle [de transfert ou intégré] a procuré à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de la flexibilité dans l'application des programmes et la prestation des services de santé. [Flexibilité : capacité de déplacer le budget ou de réaffecter des fonds.]					
4	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de prendre en charge ses programmes et ses services de santé.					
5	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'élaborer et de maintenir un système de production de rapports sur l'application des programmes et la prestation des services de santé qui est utile à votre collectivité.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
6	Depuis [le transfert ou l'intégration] entrepris par votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé], l'état de santé des membres de la collectivité ou des collectivités que vous desservez s'est amélioré.					
7	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'établir des liens avec la province dans le domaine de la santé publique.					
8	Le modèle [de transfert ou intégré] a permis à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de considérer l'agrément des services de santé.					
9	Votre organisation devrait avoir l'option de continuer d'exercer le contrôle sur les services de santé dans la réserve.					
10	La DGSPNI aide votre organisation à renforcer ou à améliorer les compétences de son personnel dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation des services et des programmes.					
11	Selon votre expérience, il existe un processus de règlement des différends efficace entre la DGSPNI et les collectivités ayant conclu une entente de transfert ou intégrée.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
12	Les rôles et les responsabilités de la DGSPNI en ce qui a trait au modèle [de transfert ou intégré] sont clairs.					
13	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] suffit à répondre aux besoins de votre collectivité en matière de santé.					
14	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] prend en considération l'accroissement de la population.					
15	Le financement de votre entente [de transfert ou intégrée] prend en considération la clientèle hors réserve qui utilise les services offerts dans la réserve.					
16	La prestation des services à des clients non inscrits vivant dans la réserve est financée adéquatement en vertu de votre entente [de transfert ou intégrée].					
17	Il devient de plus en plus difficile pour votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] d'accumuler un surplus sur les programmes transférés, ce qui limite la flexibilité.					
18	Les points en litige non résolus entre les Premières nations, la DGSPNI et les provinces continuent de miner la capacité des particuliers des Premières nations d'accéder aux services de façon acceptable.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
19	La DGSPNI ne compense pas de façon adéquate votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] pour les augmentations de coûts de l'assurance-responsabilité.					
20	Les lois et règlements provinciaux ont créé des barrières légales qui empêchent votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] de fournir des services de façon acceptable (p. ex. le champ d'activité des services infirmiers, dentaires et ambulanciers).					
21	Les gouvernements provinciaux fournissent le même niveau de services aux PN/I qu'au reste de la population.					
22	Le recrutement et le maintien en poste d'infirmières qualifiées et d'autres professionnels de la santé est une lutte constante pour votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé].					
23	Les fonds que vous recevez en vertu de votre entente [de transfert ou intégrée] ne suffisent pas à la création et au maintien d'un système viable qui tient compte du coût, du volume, de l'accroissement de la population ou d'autres circonstances imprévues.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
24	Le manque d'équité des salaires et bénéfices entre votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé], la DGSPNI et les provinces a une influence sur la stabilité de la main-d'œuvre au sein de votre organisation.					
25	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] reçoit suffisamment de fonds pour gérer les programmes ciblés.					
26	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] est financé pour répondre aux nouvelles exigences relatives à la production de rapports fiscaux et de vérifications établies par la DGSPNI en vue d'améliorer la responsabilisation.					
27	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu renforcer ou améliorer les compétences de son personnel dans les domaines de l'administration, de la gestion, de la prestation de services et de l'application des programmes.					
28	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu exercer son autonomie et la prise en charge des programmes et services de santé transférables.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
29	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu exercer une certaine autonomie et la prise en charge des programmes et services ciblés (p. ex. soins à domicile et en milieu communautaire, initiative sur le diabète).					
30	Votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu réaffecter ses ressources selon les priorités de santé locales.					
31	Dans les dernières années, votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a pu accumuler un surplus d'argent dans ces programmes transférés, assurant une certaine flexibilité.					
32	Rétrospectivement, votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] a eu le temps nécessaire, dans la période de planification qui a précédé le transfert, pour mettre en place une structure de gestion en matière de santé, évaluer les besoins en termes de santé et entreprendre un plan de santé communautaire.					
33	Le transfert aux autorités tribales en matière de santé a été bénéfique aux petites collectivités qui ne peuvent ou ne veulent pas s'engager envers un modèle de transfert ou intégré.					

		D'accord	En désaccord	Incertain	Refus	Ne s'applique pas
34	La signature de l'entente [de transfert ou intégrée] par votre organisation a accru les possibilités pour les particuliers des Premières nations (et des Inuits) de travailler à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé].					
35	La signature de l'entente [de transfert ou intégrée] par votre organisation a créé une main-d'œuvre plus stable à votre [centre de santé, conseil tribal ou autorité en matière de santé] (p. ex. le personnel est moins susceptible de chercher du travail ailleurs).					

Y a-t-il des commentaires que vous aimeriez ajouter à l'un ou l'autre des énoncés précédents, c'est-à-dire sur les points forts ou les faiblesses?

Nous vous remercions d'avoir participé à ce sondage. Votre participation nous est très précieuse et procurera une perspective de fond sur l'impact du transfert en matière de santé sur les collectivités des Premières nations et des Inuits. J'aimerais vous assurer encore une fois que l'équipe chargée de l'étude gardera tous les renseignements que vous nous avez donnés strictement confidentiels, et que ces renseignements ne serviront qu'à obtenir une vue d'ensemble de l'opinion des directeurs de la santé sur la politique fédérale du transfert en matière de santé. Vous pourrez vous procurer un exemplaire du rapport final préliminaire dès septembre 2004, et vous pourrez le télécharger à partir de la page Web du Centre de recherche sur la santé des Autochtones, à www.umanitoba.ca/centres/cahr.

Annexe IX – Modèle pour les mémoires rédigés par les directeurs de la santé des Premières nations et des Inuits, les membres des comités sur la santé, le chef et le conseil, ainsi que les membres des Premières nations

Directives : Nous fournissons les questions suivantes à titre de guide seulement. Vous pouvez répondre directement à ces questions dans votre mémoire ou aborder toute autre question qui vous semble pertinente.

Le CRSA veillera à ce que l'auteur et la collectivité demeurent confidentiels, à moins que la collectivité ne donne d'autres directives à cet égard par écrit.

Nous vous invitons à nous soumettre tout renseignement qui pourrait nous aider à mieux comprendre votre collectivité et le contexte du transfert.

1. Contexte – Votre collectivité :
 - a conclu une entente de transfert.*
 - a conclu une entente intégrée.*
 - jouit d'une autonomie gouvernementale.*
 - n'a pas conclu d'entente.*
2. Votre collectivité est-elle autonome ou recevez-vous les services transférés par l'intermédiaire d'un conseil tribal?
3. Parlez-nous de votre collectivité (p. ex. emplacement, accès à d'autres sources de soins de santé et défis particuliers).
4. Si vous avez conclu une entente de transfert complet ou une entente intégrée, le transfert s'est-il avéré une bonne expérience pour votre collectivité ou les collectivités que vous représentez? Dans la négative, pourquoi?
5. Si vous n'avez pas conclu d'entente de transfert, pouvez-vous nous expliquer pourquoi le transfert n'a pas été considéré comme une option viable pour votre collectivité?
6. Quels ont été les principaux avantages pour votre collectivité ou encore les collectivités ou les organisations que vous représentez?
7. Le transfert a-t-il entraîné des changements importants dans votre collectivité ou les collectivités que vous représentez? Pouvez-vous donner des exemples?
8. Quels ont été les principaux défis pour votre collectivité ou encore pour les collectivités ou les organisations que vous représentez?
9. Quels services et soutien la DGSPNI vous offre-t-elle toujours? Comment cela fonctionne-t-il?
10. Quelles options vous ont été offertes pendant le processus de transfert, depuis l'étape préalable au transfert?

11. À quels principaux problèmes votre collectivité ou organisation a-t-elle été confrontée pendant et après le transfert?
12. Selon vous, le transfert devrait-il se poursuivre?
13. Avez-vous des recommandations à formuler pour améliorer le processus de transfert?

Annexe X – Acquisition de compétences avancées en soins infirmiers

Les infirmières travaillant dans des postes de soins infirmiers doivent fournir des soins à un niveau qui peut dépasser celui de la formation et de l'expérience usuelles. Des programmes de formation avancée en soins infirmiers sont offerts, en anglais, depuis les années 70, pour aider les infirmières travaillant dans un cadre de pratique élargi à acquérir les compétences et les techniques dont elles ont besoin pour assumer leur rôle. Ce genre de formation a d'abord été offert aux infirmières anglophones, à l'Université Dalhousie. Le certificat est maintenant offert à l'Université McMaster et à la First Nations University of Canada.

Tableau A7 – Programme universitaire appuyant l'acquisition de compétences avancées en soins infirmiers⁸

Université	Nom du programme	Entrée en vigueur	Langue	Caractéristiques
Université Dalhousie, à Halifax	Programme d'infirmière praticienne (s'appelait auparavant Programme des soins infirmiers pour les régions éloignées)	1974	Anglais	Après baccalauréat en sciences : programme de 12 mois, 2 semestres sur le campus, plus stage de 15 semaines en clinique communautaire. Après diplôme : programme de 24 mois, 3 semestres sur le campus, plus stage de 15 semaines en clinique communautaire.
Université McMaster, à Hamilton	Programme d'infirmière praticienne	Milieu des années 90	Anglais	5 cours universitaires offerts partiellement à distance.
Université du Québec à Trois-Rivières	Soins infirmiers de dispensaire	2002	Français	Programme de 6 crédits axé sur les soins infirmiers pour les régions éloignées. Autres cours offerts sur demande. Ce cours était offert dans les années 70, puis a été annulé.
First Nations University of Canada	Programme de soins infirmiers pour les PN	1998	Anglais	Programme de 18 crédits menant à l'obtention d'un certificat en santé communautaire et d'un certificat en soins infirmiers primaires.

Pendant de nombreuses années, aucun cours équivalent n'était offert pour les infirmières francophones. L'Université du Québec à Trois-Rivières vient de commencer à offrir un programme court pour répondre essentiellement aux besoins des infirmières travaillant dans des postes de soins infirmiers provinciaux. On nous a dit qu'il est possible que la DGSPNI paie pour des places supplémentaires si le programme n'est

⁸ Source : www.dal.ca (en anglais seulement); registrar.mcmaster.ca (en anglais seulement); oraprdnt.uqtr.quebec.ca; www.firstnationsuniversity.ca (en anglais seulement).

pas en mesure de le faire. Bien que cette formation ne soit pas équivalente à celle offerte à l'Université Dalhousie ou à la First Nations University of Canada, il s'agit d'une amélioration.

Les possibilités de formation universitaire ne sont pas du ressort de la DGSPNI. Toutefois, l'accessibilité à une formation reconnue influe sur le recrutement, ainsi que la responsabilité. À l'heure actuelle, les compétences avancées en soins infirmiers s'acquièrent essentiellement en milieu de travail par l'intermédiaire de la formation entre pairs. Cette formation est plus coûteuse et n'assure pas nécessairement une couverture provinciale. Les Premières nations n'ont reçu aucune somme supplémentaire à cet effet.

Annexe XI – Questions liées aux rôles résiduels

Une étude de cas sur les ententes de transfert menée auprès de 27 organisations distinctes indique que le rôle qu'a conservé la DGSPNI (« rôle résiduel ») est décrit dans les ententes de transfert comme un rôle de consultation et de soutien. Au début des années 90, cette disposition pouvait se lire comme suit :

[TRADUCTION]

SERVICES CONSULTATIFS Le ministre continuera d'offrir des services consultatifs et de soutien au conseil, tel que convenu par les parties et décrit dans le plan de santé communautaire de juin 1991, y compris l'accès continu pour le personnel médical de la collectivité aux programmes de formation de la DGSM destinés aux travailleurs de la santé, notamment aux infirmières, aux conseillers du PNLAADA et aux représentants en santé communautaire (région de l'Atlantique, 1991)⁹.

Parmi les rôles résiduels par la DGSPNI, celui le plus courant consistait à fournir les services de médecins hygiénistes, d'agents d'hygiène du milieu et d'infirmières surveillantes. D'autres postes des zones et des régions étaient aussi courants. À la suite du transfert, on a redéfini les rôles de supervision des programmes et des infirmières des zones et des régions n'ayant pas conclu d'entente de transfert afin de les transformer en rôles de consultation. Cette transformation visait à respecter l'autonomie des PN/I, mais aussi à éviter que les employés de la DGSPNI n'aient besoin d'établir des relations employeur-employé avec le personnel des organisations ayant conclu une entente de transfert, car cela aurait pu valider les déclarations à l'effet que la DGSPNI était chargée d'assurer constamment l'équité salariale entre le personnel des organisations ayant conclu une entente de transfert et celui des organisations n'en ayant pas conclu.

Dans le contexte suivant le transfert, le rôle de la DGSPNI devait compléter les fonctions désormais assumées par la collectivité des PN/I et il était défini dans l'entente. Au milieu des années 90, des restrictions ont commencé à apparaître dans les dispositions, par exemple :

[TRADUCTION]

- *Le ministre inclura, sous réserve des critères du programme, l'admissibilité et les politiques (Manitoba, 1996).*
- *Distribution de ressources pour les programmes permanents si possible (Ontario, 1996).*

Depuis 1999, toutes les mentions d'un rôle résiduel par la DGSPNI ont toutefois disparu des ententes. Ce changement correspond à l'introduction du nouvel accord de contribution unifié (ACU), aussi appelé communément « accord type or proforma ».

L'introduction de ce modèle d'entente visait à simplifier l'administration des ententes de la DGSM/DGSPNI. Jusque-là, les écarts considérables entre les ententes au sein des régions et entre celles-ci peuvent avoir compliqué la reconnaissance et le respect des caractéristiques des ententes, étant donné que chaque entente pouvait

⁹ Les dispositions des autres accords ou régions ne se rapportaient peut-être pas au plan de santé communautaire.

nécessiter que la DGSM/DGSPNI assume un rôle légèrement différent. Toutefois, ces différences reflétaient peut-être une relation de travail plus étroite entre les régions de la DGSPNI et les organisations des PN/I, et la possibilité que des différences régionales soient reconnues.

La simplification de cette entente correspond probablement à une tendance au sein du gouvernement national vers la normalisation à l'échelle nationale. L'élimination de toute mention d'un rôle résiduel par la DGSPNI relativement aux services que les bandes ou les conseils tribaux ont décidé de ne pas assumer soulève toutefois plusieurs questions.

- D'abord, la DGSPNI est-elle toujours contrainte de fournir les services de deuxième et de troisième niveaux aux organisations des PN/I qui ont choisi de ne pas les transférer? Dans l'affirmative, pourquoi cela n'est-il plus indiqué dans les ententes?
- Ensuite, si, comme on peut le croire, la DGSPNI n'est plus contrainte de fournir les services qui ne sont pas décrits dans les ententes juridiques, l'introduction de l'entente type était-elle associée à une révision du financement afin de veiller à ce que les PN, les organisations des Inuits ou les conseils tribaux reçoivent des fonds pour offrir tous les services qui ne sont plus jugés « résiduels » dans les ententes.

L'analyse menée indique que, à moins que les collectivités n'aient négocié le transfert de postes supplémentaires, il n'y avait aucun ajustement systématique du financement après la signature de l'ACU. En voici deux exemples.

La collectivité A est une petite collectivité située dans la région de l'Atlantique. Elle a conclu une entente de transfert au début des années 90 et a pris en charge les services communautaires (soins infirmiers, PNLAADA et représentants en santé communautaire). Sa première entente de transfert indiquait que la DGSM avait conservé le rôle suivant :

Le ministre continuera de fournir des services consultatifs et de soutien au conseil, tel que convenu par les parties et décrit dans le plan de santé communautaire, y compris l'accès continu pour le personnel médical de la collectivité aux programmes de formation de la DGSM destinés aux travailleurs de la santé, notamment aux infirmières, aux conseillers du PNLAADA et aux représentants en santé communautaire.

La collectivité a obtenu des fonds pour les programmes suivants :

	Première entente	Deuxième entente	Accord type
Grandir ensemble	√	√	√
Pour des collectivités en bonne santé – Services de soins infirmiers à domicile	√	√	√
Pour des collectivités en bonne santé – Santé mentale	√	√	
Pour des collectivités en bonne santé – Abus de solvants	√	√	
Services de santé communautaires – Représentants en santé communautaire	√	√	√
Services de santé communautaires – Soutien administratif	√	√	Non indiqué
Services de santé communautaires – Dentothérapie	√	√	Non indiqué
Services de santé communautaires – Éducation en matière de santé	√	√	RÉG-ÉS
Services de santé communautaires – Services infirmiers de santé communautaire	√	√	√
Services de santé communautaires – Nutrition	√	√	RÉG-NUT
Services de santé communautaires – Exploitation et entretien des installations	√	√	Non indiqué
Programme canadien de nutrition prénatale	√	√	√
Services d'hygiène du milieu	√	√	Non indiqué
PNLAADA	√	√	√
Poste régional du PNLAADA	Non indiqué	Non indiqué	√

La troisième entente qu'a signé la collectivité A était un ACU. À ce moment, la collectivité a décidé de ne plus se charger des services d'hygiène du milieu, et ces services ont probablement été retransférés à la DGSPNI. Toutefois, l'ACU ne définit pas l'accès continu à ces services.

La collectivité B est une très petite collectivité située dans la région de l'Ontario. Elle a opté pour le transfert au milieu des années 90 et a pris en charge les services communautaires (soins infirmiers, PNLAADA et représentants en santé communautaire). Sa première entente de transfert indiquait que la DGSM avait conservé le rôle suivant :

Le ministre continuera de fournir des services consultatifs et de soutien au conseil, tel que convenu par les parties. 1) Communication de renseignements sur les programmes communautaires à une réunion annuelle. 2) Distribution de ressources pour les programmes permanents, si possible et selon les besoins des PN, afin d'appuyer l'offre de programmes de santé aux membres des PN. 3) Aide aux PN pour trouver des services professionnels et participation aux conseils d'embauche, sur demande. 4) Orientation du personnel médical nouveau et existant quant aux programmes de la DGSM. 5) Accès aux programmes de formation administrés centralement, comme ceux destinés aux travailleurs du PNLAADA, aux représentants en santé communautaire et aux infirmières. 6) Maintien de la supervision professionnelle des programmes de santé obligatoires par l'intermédiaire du médecin du programme, situé dans la zone de Thunder Bay. 7) Prestation d'une formation sur le programme des services de santé non assurés du ministère de la Santé. Les frais de cette formation seront assumés par la DGSM. 8) Accès à la formation sur le transport de marchandises dangereuses. 9) Accès à des services de gestion du stress à la suite d'un incident pour les infirmières employées par les PN en vertu de cette entente de transfert. 10) Prestation d'une formation sur la certification liée à

l'immunisation pour le programme de soins infirmiers au sein de la région de l'Ontario.

Le ministre demeurera directement responsable de la prestation des services de santé suivants après l'entrée en vigueur de la présente entente : 1) hygiène du milieu; 2) programme sur le sida; 3) programme sur les services de santé non assurés; 4) carrières dans le secteur de la santé; 5) transport des malades; et 6) programme sur la tuberculose.

	Première entente (CT)	Deuxième entente en tant que collectivité autonome	Troisième entente en tant que collectivité autonome
Grandir ensemble	√	√	√
Pour des collectivités en bonne santé	√	√	√
Services de santé communautaires – Représentants en santé communautaire	√	√	√
Services de santé communautaires – Soutien administratif	√	√	√
PNLAADA	√	√	√

Une fois de plus, comme cela a été le cas avec la collectivité A, toutes les mentions d'un rôle conservé par la DGSPNI ont disparu des ententes à la signature de l'ACU.

Les exemples précédents doivent être interprétés avec prudence. Nous ne voulons pas insinuer que les régions de la DGSPNI n'offrent plus de services essentiels et convenus par les parties aux collectivités des PN/I. Toutefois, des changements apportés au libellé des ententes semblent indiquer que les régions de la DGSPNI ne sont plus tenues de le faire. La prestation de services par la DGSPNI n'est plus un engagement défini par la loi, mais une question de bonne volonté. Par conséquent, la DGSPNI ne peut plus être déclarée coupable d'infraction si elle n'offre plus les services conservés. Il s'agit peut-être d'une mesure juridique prudente à prendre, mais elle soulève des questions quant à la cohérence globale du système.

Annexe XII – Santé publique

Tableau A10 – Autorité du médecin-hygiéniste et de l'agent d'hygiène du milieu de la DGSPNI pour agir dans les réserves

	Autorité du médecin-hygiéniste de la DGSPNI	DGSPNI et collectivités ayant conclu une entente de transfert avisées des maladies transmissibles par l'autorité provinciale	Hygiène du milieu de la DGSPNI
Pacifique	Services d'un médecin hygiéniste fournis dans les réserves sans autorité officielle. Lorsque des mesures d'exécution sont nécessaires, on peut faire appel aux médecins-hygiénistes provinciaux au besoin.	Oui.	Les services d'un agent d'hygiène du milieu sont fournis dans les réserves sans autorité officielle. Lorsque des mesures d'exécution sont nécessaires, on peut faire appel aux agents provinciaux d'hygiène du milieu au besoin.
Alberta	Le médecin-hygiéniste de la DGSPNI est désigné en vertu de la <i>Public Health Act of Alberta</i> .	La DGSPNI et les PN ayant conclu ou non une entente de transfert sont avisées des maladies transmissibles par les autorités et les laboratoires provinciaux.	Les services d'hygiène du milieu en Alberta sont offerts sous la direction du médecin-hygiéniste de la DGSPNI; ils sont fournis par la DGSPNI à toutes les PN ayant conclu ou non une entente de transfert. On suit les directives provinciales, en plus des directives fédérales.
Saskatchewan	Médecin-hygiéniste transféré autorisé à exercer dans la province. Le médecin-hygiéniste de la DGSPNI est désigné en vertu de la loi provinciale. Relations de travail étroites entre les deux.	Oui.	Vide juridique; on ne sait pas trop si les agents d'hygiène du milieu employés par la DGSPNI ont autorité pour agir dans les réserves. Services d'hygiène du milieu transférés en vertu de la loi provinciale.
Manitoba	Le médecin-hygiéniste de la DGSPNI n'a aucune autorité en matière de santé publique dans les réserves et n'est pas reconnu par le gouvernement du Manitoba.	Le ministère de la Santé du Manitoba avise la DGSPNI des cas de maladies transmissibles, et le bureau régional avise les fournisseurs de soins dans les réserves. La recherche des contacts incombe au gouvernement provincial.	L'agent d'hygiène du milieu de la DGSPNI n'a aucune autorité en matière de santé publique dans les réserves et n'est pas reconnu par le gouvernement du Manitoba.
Ontario	Cela dépend de la région, selon la loi provinciale.	Cela dépend de l'autorité sanitaire régionale, selon la loi provinciale.	Cela dépend de l'autorité sanitaire régionale, selon la loi provinciale.
Québec	La <i>Loi sur la santé publique</i> de la province s'applique aux réserves; le gouvernement provincial fournit de l'aide, au besoin.	Relations de collaboration entre les autorités provinciales de santé publique et les PN ayant conclu une entente de transfert. Les relations avec la DGSPNI ne sont pas connues.	La <i>Loi sur la santé publique</i> de la province s'applique aux réserves; le gouvernement provincial fournit de l'aide, au besoin. Le rôle d'agent d'hygiène du milieu est réparti entre de nombreuses professions.
Nouveau-Brunswick	Selon le gouvernement provincial, tous les services dans les réserves, y compris la santé publique, relèvent du gouvernement fédéral.	Aucune intégration. Collaboration basée sur les relations individuelles entre les infirmières dans les réserves et le personnel provincial. Aucune déclaration des cas de maladies transmissibles dans les réserves.	Selon le gouvernement provincial, tous les services dans les réserves, y compris la santé publique, relèvent du gouvernement fédéral.
Nouvelle-Écosse	On considère que les PN relèvent du gouvernement provincial.	Cela dépend largement du district.	Les services de réglementation sont largement offerts par le gouvernement provincial. Tout service manquant est offert par la DGSPNI.
Île-du-Prince-Édouard	On considère que les PN relèvent du gouvernement provincial.	Tous les services liés aux maladies transmissibles sont offerts par le gouvernement provincial. Déclaration des cas de maladies transmissibles dans les réserves.	La plupart des services de réglementation sont offerts par le gouvernement provincial. Tout service manquant est offert par la DGSPNI.
Terre-Neuve-et-Labrador	Depuis toujours, le ministère de la Santé de Terre-Neuve-et-Labrador assume toutes les responsabilités liées à la santé publique.	Tous les services liés aux maladies transmissibles sont offerts par le gouvernement provincial. La déclaration des cas de maladies transmissibles aux organisations des PN/I à des fins de suivi est sporadique.	La plupart des services de réglementation sont offerts par le gouvernement provincial. Tout service manquant est offert par la DGSPNI. Tous les services aux Inuits sont offerts par le gouvernement provincial.

Annexe XIII – Calculs d'allocation pour transfert illustrant les différences

Tableau A11 – Calculs de l'admissibilité au transfert dans 15 centres de santé des diverses régions, en dollars indexés en fonction des niveaux de 1992, nouveaux programmes transférables exclus (DGSPNI, données non publiées, 2004)															
Année du transfert	Avant l'enveloppe						Après l'enveloppe								
	Entre 300 et 600					Entre 1 000 et 1 500	Entre 300 et 600					Entre 1 000 et 1 500			
Population selon le SATC au moment du calcul															
Région	Sask.	Atl.	Sask.	Man.	Pac.	Ont.	Ont.	Atl.	Qc	Qc	Pac.	Man.	Alb.	Man.	Alb.
SERVICES COMMUNAUTAIRES															
Infirmières (avantages inclus)	63 794 \$	23 189 \$	40 129 \$	110 460 \$	23 617 \$	33 937 \$	36 720 \$	48 892 \$	56 162 \$	57 866 \$	46 582 \$	95 217 \$	50 091 \$	89 459 \$	52 741 \$
Dentothérapeutes	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	805 \$	0 \$	0 \$	1 151 \$	0 \$	0 \$	29 002 \$
Représentants en santé communautaire	31 991 \$	27 429 \$	33 098 \$	61 152 \$	25 567 \$	31 376 \$	33 082 \$	35 683 \$	36 962 \$	38 405 \$	42 027 \$	25 956 \$	50 747 \$	46 428 \$	54 627 \$
PNLAADA	54 556 \$	68 517 \$	58 487 \$	62 569 \$	28 768 \$	33 031 \$	49 597 \$	56 998 \$	0 \$	36 293 \$	34 661 \$	119 932 \$	111 946 \$	75 241 \$	99 073 \$
Secrétaire/commiss-comptable	13 954 \$	0 \$	7 882 \$	34 391 \$	6 787 \$	7 679 \$	17 429 \$	2 769 \$	14 286 \$	26 429 \$	13 032 \$	21 035 \$	17 863 \$	60 286 \$	1 314 \$
Conciergerie et entretien	0 \$	0 \$	0 \$	34 323 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	18 441 \$	11 765 \$	6 973 \$	0 \$	735 \$	14 046 \$
Sous-total	164 295 \$	119 135 \$	139 597 \$	287 130 \$	87 023 \$	108 880 \$	136 828 \$	144 342 \$	108 215 \$	177 433 \$	152 057 \$	270 266 \$	243 294 \$	287 072 \$	257 563 \$
POSTES DES ZONES ET DES RÉGIONS															
Services de soutien des zones et des régions	0 \$	0 \$	0 \$	16 570 \$	0 \$	669 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	12 083 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Consultant des représentants en santé communautaire	0 \$	0 \$	0 \$	786 \$	0 \$	0 \$	0 \$	3 344 \$	0 \$	0 \$	0 \$	388 \$	5 050 \$	745 \$	726 \$
Consultant du PNLAADA	0 \$	3 099 \$	0 \$	1 186 \$	0 \$	0 \$	12 937 \$	2 403 \$	6 229 \$	11 594 \$	0 \$	1 128 \$	6 050 \$	1 087 \$	4 435 \$
Agente régionale des soins infirmiers	0 \$	2 463 \$	0 \$	633 \$	0 \$	0 \$	844 \$	1 984 \$	0 \$	0 \$	0 \$	6 491 \$	4 994 \$	676 \$	0 \$
Agent des services dentaires	0 \$	3 133 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	2 361 \$	1 948 \$	8 328 \$	0 \$	1 224 \$	5 944 \$	1 003 \$	721 \$
Agent d'hygiène du milieu	0 \$	1 122 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	7 667 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Agente des soins infirmiers de la zone	0 \$	5 924 \$	0 \$	3 686 \$	0 \$	0 \$	3 083 \$	0 \$	3 402 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$
Dietétiste régionale	0 \$	0 \$	0 \$	621 \$	0 \$	0 \$	0 \$	1 785 \$	1 062 \$	1 255 \$	0 \$	216 \$	3 592 \$	527 \$	931 \$
Éducation en matière de santé, promotion de la santé et développement communautaire	0 \$	2 154 \$	0 \$	2 167 \$	0 \$	0 \$	2 042 \$	1 774 \$	42 906 \$	3 217 \$	0 \$	430 \$	4 468 \$	2 318 \$	2 529 \$
Liaison en santé	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	9 540 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	8 091 \$	0 \$	0 \$
Conseiller médical régional et conseiller en programmes de santé communautaire	0 \$	3 763 \$	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	9 509 \$	0 \$	1 269 \$	0 \$	0 \$	0 \$	6 534 \$	2 265 \$	895 \$
Avantages des employés	0 \$	3 465 \$	0 \$	1 535 \$	0 \$	0 \$	1 132 \$	1 649 \$	3 670 \$	2 653 \$	0 \$	1 995 \$	5 053 \$	1 838 \$	14 575 \$
Sous-total	0 \$	25 124 \$	0 \$	27 184 \$	0 \$	669 \$	29 548 \$	24 839 \$	68 153 \$	27 046 \$	12 083 \$	11 873 \$	49 776 \$	10 459 \$	15 470 \$
DÉPENSES D'EXPLOITATION	23 263 \$	18 537 \$	15 769 \$	5 738 \$	30 411 \$	31 888 \$	25 975 \$	2 618 \$	91 918 \$	17 631 \$	60 970 \$	11 217 \$	30 989 \$	68 909 \$	27 651 \$
SOUTIEN DE LA GESTION	68 640 \$	61 416 \$	65 215 \$	144 641 \$	50 516 \$	52 435 \$	58 557 \$	56 736 \$	55 901 \$	57 328 \$	84 820 \$	75 857 \$	75 670 \$	79 221 \$	68 866 \$

Tableau A11 – Calculs de l'admissibilité au transfert dans 15 centres de santé des diverses régions, en dollars indexés en fonction des niveaux de 1992, nouveaux programmes transférables exclus (DGSPNI, données non publiées, 2004)

Année du transfert	Avant l'enveloppe						Après l'enveloppe								
	Entre 300 et 600					Entre 1 000 et 1 500	Entre 300 et 600					Entre 1 000 et 1 500			
Population selon le SATC au moment du calcul	Sask.	Atl.	Sask.	Man.	Pac.	Ont.	Ont.	Atl.	Qc	Qc	Pac.	Man.	Alb.	Man.	Alb.
SOUTIEN ADMINISTRATIF															
Frais généraux	25 063 \$	9 318 \$	16 381 \$	15 538 \$	6 721 \$	4 346 \$	5 745 \$	8 039 \$	17 955 \$	13 859 \$	13 915 \$	10 404 \$	16 495 \$	19 056 \$	21 494 \$
Locaux à bureaux	0 \$	18 348 \$	14 381 \$	1 279 \$	531 \$	49 \$	337 \$	999 \$	0 \$	6 442 \$	3 607 \$	1 362 \$	3 574 \$	10 893 \$	1 525 \$
Vérification	1 407 \$	1 259 \$	1 257 \$	2 039 \$	874 \$	1 900 \$	1 416 \$	1 188 \$	1 770 \$	1 496 \$	1 050 \$	1 696 \$	2 036 \$	2 078 \$	2 310 \$
Sous-total	26 470 \$	28 925 \$	32 020 \$	18 857 \$	8 127 \$	6 295 \$	7 499 \$	10 226 \$	19 725 \$	21 797 \$	18 572 \$	13 462 \$	22 106 \$	32 026 \$	25 329 \$
AUTRES ÉLÉMENTS															
Assurances	2 947 \$	0 \$	3 088 \$	5 004 \$	4 525 \$	1 535 \$	8 924 \$	708 \$	4 760 \$	5 350 \$	4 525 \$	10 037 \$	1 938 \$	2 026 \$	4 525 \$
Marge de manœuvre	0 \$	24 765 \$	25 445 \$	0 \$	19 024 \$	22 048 \$	27 961 \$	24 488 \$	37 119 \$	23 540 \$	33 851 \$	36 461 \$	42 663 \$	0 \$	0 \$
Recrutement et relocalisation	1 965 \$	0 \$	1 961 \$	2 941 \$	1 019 \$	1 068 \$	1 039 \$	1 133 \$	1 859 \$	1 889 \$	1 571 \$	1 859 \$	0 \$	2 819 \$	1 810 \$
Formation	10 786 \$	0 \$	9 210 \$	14 375 \$	5 153 \$	3 758 \$	7 074 \$	4 281 \$	8 987 \$	8 507 \$	10 874 \$	6 318 \$	15 501 \$	11 013 \$	21 413 \$
Équipement de moins de 1 000 \$	888 \$	0 \$	1 174 \$	5 344 \$	22 102 \$	15 228 \$	14 346 \$	1 560 \$	2 999 \$	1 574 \$	9 972 \$	1 764 \$	0 \$	3 200 \$	0 \$
Réserve pour biens mobiliers	625 \$	0 \$	620 \$	13 167 \$	12 928 \$	36 999 \$	11 972 \$	3 475 \$	5 245 \$	4 701 \$	25 773 \$	7 401 \$	5 790 \$	7 111 \$	0 \$
Plus de 1 000 \$															
Frais de démarrage	0 \$	0 \$	0 \$	0 \$	13 749 \$	14 390 \$	15 309 \$	0 \$	0 \$	0 \$	16 356 \$	14 778 \$	0 \$	0 \$	47 964 \$
Autre	14 918 \$	21 507 \$	0 \$	0 \$	12 670 \$	0 \$	0 \$	8 659 \$	0 \$	0 \$	214 080 \$	0 \$	0 \$	0 \$	133 025 \$
Sous-total	32 129 \$	46 272 \$	41 497 \$	40 830 \$	91 169 \$	95 026 \$	86 623 \$	44 305 \$	60 969 \$	45 561 \$	317 001 \$	78 617 \$	65 893 \$	26 170 \$	208 737 \$
BUDGET D'EXPLOITATION TOTAL	314 797 \$	299 409 \$	294 097 \$	524 381 \$	267 246 \$	295 193 \$	345 030 \$	283 065 \$	404 881 \$	346 796 \$	645 503 \$	461 292 \$	487 727 \$	503 858 \$	603 615 \$
TOTAL PAR PERSONNE	533 \$	503 \$	700 \$	345 \$	800 \$	794 \$	810 \$	567 \$	808 \$	669 \$	1 050 \$	434 \$	461 \$	449 \$	499 \$
TOTAL PAR PERSONNE moins les services communautaires (infirmière, représentant en santé communautaire, PNLAADA)	255 \$	303 \$	368 \$	151 \$	544 \$	506 \$	489 \$	278 \$	592 \$	327 \$	808 \$	181 \$	237 \$	199 \$	293 \$

Annexe XIV – Exigences en matière de rapports

Tableau A12 – Exigences actuelles en matière de rapports, selon les ententes de contribution (Health Canada (FNIHB) 2003)							
ABR.	Nom	Fréquence des rapports				Total	Rapport final (exemples d'attentes)
		Bisannuelle	Trimestrielle	Annuelle	Autre		
TRANSFÉRABLE							
SS	Lutte contre les maladies transmissibles	Rapport sur les écarts des dépenses		Rapport final	Événements indésirables, s'il y a lieu	2	Population par groupe d'âge, prévalence, recherche des contacts, exposé sur la façon dont les programmes sont offerts et dont les épidémies sont prises en charge, entre autres.
	Traitement			Rapport d'activité		1	Plan de travail et critères de réussite, exposé sur les programmes obligatoires : maladies transmissibles et programme d'intervention en cas d'urgence; programmes discrétionnaires, nombre de clients vus, nombre d'activités et de séances éducatives.
	Immunisation		Rapport sur l'immunisation	Rapport final sur tous les vaccins		4	Tous les vaccins, selon le calendrier fédéral. Les exigences en matière de rapports ne sont pas harmonisées avec le calendrier d'immunisation provincial adopté par les PN/I. Il est possible que le rapport ne reflète pas les vaccins administrés hors réserve.
	Soins infirmiers communautaires		Rapports d'activité	Rapport final		4	Plan de travail et critères de réussite, exposé sur les programmes obligatoires : maladies transmissibles et programme d'intervention en cas d'urgence; programmes discrétionnaires, nombre de clients vus, nombre d'activités et de séances éducatives.
	Représentant en santé communautaire		Rapports d'activité	Rapport final		4	Plan de travail et critères de réussite, exposé sur la réussite et l'échec, et nombre de groupes cibles, entre autres.
	Rapports financiers pour tous		Rapport financier	Rapport financier		4	On estime à 19 le nombre total de rapports.
GE	Grandir ensemble		Rapport financier Rapports d'activité	Rapport financier Rapport final		6	Nombre d'activités, groupe cible, tâches, critères de réussite et progrès à ce jour, entre autres.
PCBS – SM, SSD ou AS	Pour des collectivités en bonne santé – santé mentale, soins de santé à domicile ou abus de solvants		Rapport financier Rapports d'activité	Rapport financier Rapport final		6	Nombre de clients vus, tâches, critères de réussite, progrès à ce jour et nombre de personnes formées, entre autres.
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale		Rapport financier Rapports	Rapport financier Rapport final		6	Programme, objectif, groupe cible, nombre de personnes dans le groupe cible, tâches, critères de réussite, nombre de collectivités servies, nombre de femmes enceintes, nombre de femmes enceintes et de nouvelles mamans

Tableau A12 – Exigences actuelles en matière de rapports, selon les ententes de contribution (Health Canada (FNIHB) 2003)

ABR.	Nom	Fréquence des rapports				Total	Rapport final (exemples d'attentes)	
		Bisannuelle	Trimestrielle d'activité	Annuelle	Autre			
							participant au programme et nombre de femmes à risque élevé, entre autres.	
SNHB	Stratégie nationale d'hygiène buccale	Renseignements non fournis						
HM SPE	Hygiène du milieu – surveillance de la pollution de l'eau			Rapport financier Rapport final		2	Certaines régions exigent la production plus fréquente de rapports. Profil communautaire, fréquence des activités de surveillance de la pollution de l'eau, résultats, mesures prises.	
SHM	Services d'hygiène du milieu		Rapport d'activité	Rapport final		4	Nombre d'activités par catégorie : sécurité nautique, déchets solides et salubrité des aliments, entre autres.	
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones		Rapport financier Rapports d'activité	Rapport financier Rapport final		6	Plan de travail et critères de réussite, exposé sur la réussite et l'échec, et nombre de groupes cibles, entre autres.	
Nombre total de rapports en vertu des ententes de contribution						49		
PROGRAMMES NON TRANSFÉRABLES								
IDA	Initiative sur le diabète chez les Autochtones		Rapport financier Rapports d'activité	Rapport financier Rapport final		6	Exposé sur l'état du projet, activités entreprises, nombre de clients servis, partenariats et liens.	
PAPA	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones			Proposition ou demande de renouvellement de la proposition Rapport financier Rapport final	Âge et besoins des enfants soumis avec la proposition à des fins d'approbation ou de renouvellement	3	Nombre d'enfants participant au programme selon le sexe et l'âge, nombre d'enfants ayant des besoins spéciaux, nombre de parents participant au programme, nombre de membres du personnel, nombre d'enfants sur la liste d'attente, nombre de visites d'infirmières ou d'autres membres du personnel médical et nombre de visites de personnes âgées, entre autres.	
HM CE	Hygiène du milieu – contaminants de l'environnement	Rapport sur la prestation de services		Rapport final		3	Nombre d'activités, partenaires externes et leurs rôles, rapport et études, et pourcentage de réalisation.	
HM TMD	Hygiène du milieu – transport de marchandises dangereuses	Rapport sur la prestation de services		Rapport final		3	Nombre d'activités de formation et d'employés formés, types de marchandises dangereuses et types de documents juridiques conservés, entre autres.	

Tableau A12 – Exigences actuelles en matière de rapports, selon les ententes de contribution (Health Canada (FNIHB) 2003)

ABR.	Nom	Fréquence des rapports				Total	Rapport final (exemples d'attentes)
		Bisannuelle	Trimestrielle	Annuelle	Autre		
EAF	Effets de l'alcool sur le fœtus (EAF)		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Programme, objectif, groupe cible, nombre de personnes dans le groupe cible, tâches, critères de réussite, progrès à ce jour, nombre de collectivités géographiques servies, activités entreprises, nombre d'hommes et de femmes participant au projet, nombre de femmes enceintes participant au projet et nombre de participants au projet atteints du syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) ou souffrant des EAF, entre autres.
IPNSRT	Initiative des PN sur la stratégie de renoncement au tabac			Rapport statistique Fréquence non indiquée; on présume qu'il s'agit d'un rapport annuel		1	Toutes les formations sur le renoncement au tabac, nombre d'édifices publics sans fumée, règlements municipaux relatifs à l'interdiction de fumer, nombre de foyers sans fumée, dirigeants communautaires faisant de la lutte contre le tabagisme une grande priorité, nombre de séances de sensibilisation communautaire, nombre de membres du personnel médical ayant reçu une formation sur le renoncement au tabac.
Soins des pieds	Soins des pieds		Services offerts, fournisseurs et clients servis			4	
HCC	Soins de santé à domicile et en milieu communautaire	Rapport sur les écarts des dépenses	Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		8	Nombre de clients servis selon l'âge et le type, nombre de personnes admises par mois ou trimestre, nombre de clients selon le type, nombre d'heures de service selon le type et profil de la main-d'œuvre, entre autres.
VIH/sida	VIH/sida		Rapport d'activité	Rapport final		3	(Certaines différences régionales) Groupe cible, nombre de personnes dans le groupe cible, tâches et critères de réussite.
SSNA TM	Services de santé non assurés – transport médical		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Nombre total de demandeurs, nombre total de demandeurs par service et coût par service, entre autres.
SSNA SD	SSNA – soins dentaires		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Nombre total de demandeurs, nombre total de demandeurs par service et coût par service, entre autres.
SSNA ÉFM	SSNA – équipement et fournitures médicales		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Nombre total de demandeurs, nombre total de demandeurs par service et coût par service, entre autres.

Tableau A12 – Exigences actuelles en matière de rapports, selon les ententes de contribution (Health Canada (FNIHB) 2003)

ABR.	Nom	Fréquence des rapports				Total	Rapport final (exemples d'attentes)
		Bisannuelle	Trimestrielle	Annuelle	Autre		
SSNA SV	SSNA – soins de la vue		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Nombre total de demandeurs, nombre total de demandeurs par service et coût par service, entre autres.
SSNA SM	SSNA – santé mentale		Rapport financier Rapport sur la prestation des services	Rapport financier Rapport final		6	Nombre total de demandeurs, nombre total de demandeurs par service et coût par service, entre autres.
SÉT	Stratégie d'élimination de la tuberculose	Renseignements non fournis					
Nombre total de rapports par année						67	

Références

- Battlefords Tribal Council. 1992. *Health Transfer Proposal and Funding Request, Submitted to Medical Services Branch, Health and Welfare Canada*. Battlefords Tribal Council, North Battleford
- Call of the Loon (Kitigan Zibi Anishinabeg with New Economy Development Group Inc. 2001. *Health Profile 2000 - A Focus Towards the New Millennium*.
- Health Canada (FNIHB Saskatchewan Region). 2000. *1998 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Health Canada (FNIHB Saskatchewan Region). 2001. *1999 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Health Canada (FNIHB Saskatchewan Region). 2002. *2000 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Health Canada (FNIHB). 2003. *Assessment of the current and required reporting requirements for First Nation and Inuit communities*. Health Canada (FNIHB), Ottawa
- Health Canada (MSB Saskatchewan Region). 1997. *1995 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Health Canada (MSB Saskatchewan Region). 1998. *1996 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Health Canada (MSB Saskatchewan Region). 1999. *1997 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- Indian and Northern Affairs Canada. 2004. *2004 Statistics*. Ottawa
- National Health and Welfare. 1989. *1987 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- National Health and Welfare. 1990. *1988 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- National Health and Welfare. 1991. *1989 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.
- National Health and Welfare (MSB Saskatchewan Region). 1992. *1990 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population*.

National Health and Welfare (MSB Saskatchewan Region). 1993. *1991 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population.*

National Health and Welfare (MSB Saskatchewan Region). 1994. *1992 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population.*

National Health and Welfare (MSB Saskatchewan Region). 1995. *1993 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population.*

National Health and Welfare (MSB Saskatchewan Region). 1996. *1994 Vital Statistics of the Saskatchewan Registered Indian Population.*

Sykes W, Collins M. 1988. Effect of mode of interview: experiments in the UK. In *Telephone surveys methodology*, ed. Groves RM, Biemer PP, Lyberg LE, Massey JT, Nicholls II WL, Waksberg J, 19:301-320 pp. New York: John Wiley & Sons. 301-320 pp.

Terence Hickey Associates Inc. 2001. *Labrador Inuit Health Commission Community Health Program Evaluation Final Report.*