



Évaluation du rôle de Santé Canada à l'appui de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique à titre de partenaire de gouvernance

Préparé par
Bureau de l'audit et de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du
Canada

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Octobre 2017



Table des matières

Sommaire	i
1. But de l'évaluation	1
2. Description de l'initiative	1
2.1 Contexte	1
2.2 Profil	2
2.3 Audits et évaluations précédents	4
2.4 Description du programme	5
2.5 Alignement des programmes et ressources	6
3. Description de l'évaluation	7
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	7
3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation	8
4. Conclusions	8
4.1 Dans quelle mesure Santé Canada a-t-il appuyé efficacement le cadre de gouvernance?	8
4.2 Dans quelle mesure les diverses parties sont-elles satisfaites du soutien offert par la DGSPNI et de sa réactivité?	10
4.3 Dans quelle mesure Santé Canada a-t-il été efficace pour donner suite aux décisions prises aux tables de gouvernance qui exigeaient son intervention?	12
4.4 Santé Canada a-t-il évolué efficacement dans son nouveau rôle de bailleur de fonds et de partenaire de gouvernance?	14
5. Conclusions	16
6. Pratiques exemplaires	17
Annexe 1 – Comités de gouvernance visés par l'évaluation	18
Annexe 2 – Modèle de gouvernance tripartite en matière de santé de la Colombie-Britannique	20
 Liste des tableaux	
Tableau 1 : Ressources de Santé Canada depuis le transfert (octobre 2013, en M\$)	12
Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation	14

Liste des acronymes

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AFC	Accord de financement du Canada
ASPN	Autorité sanitaire des Premières Nations
BVG	Bureau du vérificateur général
CMO	Comité de mise en œuvre
CTSPN	Comité tripartite sur la santé des Premières Nations
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
DPSP	Direction de la politique stratégique, de la planification et de l'information
PDG	Président-directeur général
SMAP	Sous-ministre adjoint principal
SSNA	Services de santé non assurés

Sommaire

But et portée de l'évaluation

La présente évaluation vise à remplir l'engagement pris envers le Secrétariat du Conseil du Trésor d'évaluer le nouveau rôle de Santé Canada à l'appui de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la Colombie-Britannique à titre de partenaire de gouvernance et de bailleur de fonds.

Cette évaluation est distincte de l'évaluation tripartite exigée par l'article 10 de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations* (l'Accord) qui est en cours et devrait être terminée en 2018-2019. Compte tenu de la possibilité d'un grand chevauchement avec l'évaluation tripartite (menée par l'ASPN), la portée de la présente évaluation interne a été réduite afin d'éviter la duplication des efforts ou la surcharge des intervenants concernés.

Ainsi, l'objectif de l'évaluation était d'examiner le rôle de gouvernance de Santé Canada en ce qui concerne l'Accord pour la période de 2013-2014 à 2015-2016, ainsi que de souligner les pratiques exemplaires. Cette évaluation n'a pas examiné ce qui a déjà été couvert par la vérification interne de la gestion de l'administration de l'Accord par Santé Canada de 2016.

Description

En 2011, les ministres de la Santé fédéral et de la Colombie-Britannique et l'ASPN ont signé l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations, un document obligatoire en droit comprenant neuf sous-accords connexes. Santé Canada s'est engagé à verser jusqu'à 4,7 milliards de dollars à l'ASPN sur une période de 10 ans pour cette initiative. L'Accord est le premier en son genre et il habilite l'ASPN à assumer la responsabilité de la conception, de la gestion, de la prestation et du financement des programmes de santé pour les Premières Nations en Colombie-Britannique. L'ASPN est contrôlée et dirigée par les Premières Nations, et collabore avec la province pour faire en sorte qu'il y ait une forte coordination entre l'ASPN et les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique pour les programmes de santé.

Les programmes de santé destinés aux Premières Nations en Colombie-Britannique sont désormais offerts par l'ASPN. L'admissibilité au Programme de prestations de maladie de l'ASPN comprend tous les membres des Premières Nations qui sont résidents de la Colombie-Britannique et inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens*. Les membres des Premières Nations qui reçoivent des prestations de maladie d'une

autre organisation, dans le cadre d'un accord d'autonomie gouvernementale, ne sont pas admissibles aux programmes et aux services de l'ASPN. Au total, l'Accord couvre environ 150 000 personnes dans plus de 200 collectivités des Premières Nations en Colombie-Britannique.

Conclusion – Soutien de Santé Canada pour le cadre de gouvernance

Santé Canada soutient la gouvernance de l'Accord en participant activement à des forums de gouvernance, en favorisant l'établissement de nouvelles relations entre les partenaires tripartites et d'autres ministères fédéraux et intervenants, et en ayant de plus en plus recours à des moyens informels lorsque les relations ont mûri.

Conclusion – Satisfaction des partenaires

Les partenaires de l'Accord ont exprimé un niveau élevé de satisfaction à l'égard de Santé Canada en ce qui concerne le soutien de l'ASPN, en particulier pour la préparation d'intervention en cas d'urgence et pour son aide à assurer la prestation continue et adéquate des services aux Premières Nations nouvellement autonomes. Les partenaires ont également indiqué qu'ils aimeraient que les expériences de collaboration soient davantage développées et renforcées, en particulier en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de programmes, ainsi que l'échange d'information et de pratiques exemplaires aux échelons supérieurs.

Conclusion – Mesures de suivi efficaces

Santé Canada a efficacement donné suite à ses engagements en observant une reddition de comptes réciproque et en créant des processus et des outils appropriés. La réactivité de Santé Canada a contribué à la transition harmonieuse au nouveau modèle de prestation des services tel qu'il est défini dans l'Accord-cadre tripartite.

Conclusion – Évolution de Santé Canada dans son nouveau rôle

Le rôle de Santé Canada après le transfert a considérablement évolué comparativement à ce qu'on prévoyait. Bien que l'une des clés du succès était de documenter et de suivre des processus officiels, les partenaires reconnaissent maintenant qu'un certain niveau de flexibilité est nécessaire pour veiller à ce que l'ASPN puisse continuer d'offrir des services de qualité à ses collectivités membres.

Pratiques exemplaires

Compte tenu des observations et des conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, il est juste d'affirmer que certaines pratiques exemplaires pourraient être utiles à l'avenir dans le cadre d'initiatives similaires. Ceux-ci comprennent les suivantes:

- Établir et honorer des relations de travail fondées sur la reddition de comptes réciproque;
- Travailler en partenariat pour créer des processus et des outils qui répondent aux besoins uniques et aux situations imprévues d'une nouvelle initiative;
- Documenter officiellement tous les processus afin de faciliter l'établissement de relations, de démontrer l'efficacité du modèle de prestation des services au fil du temps et de donner la possibilité aux parties intéressées des autres administrations d'accéder aux outils, aux instruments et aux pratiques exemplaires qui ont soutenu l'Accord en Colombie-Britannique;
- Créer des processus en prévoyant suffisamment de flexibilité pour permettre l'innovation et l'évolution au fil du temps, malgré la nécessité d'établir des processus officiels dès le départ afin d'établir la confiance chez les partenaires.

1. But de l'évaluation

La présente évaluation vise à remplir l'engagement pris envers le Secrétariat du Conseil du Trésor d'évaluer le nouveau rôle de Santé Canada à l'appui de l'ASPN de la Colombie-Britannique à titre de partenaire de gouvernance et de bailleur de fonds.

Cette évaluation est distincte de l'évaluation tripartite exigée par l'article 10 de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* (l'Accord) en cours qui devrait être terminée en 2019. Compte tenu de la possibilité d'un grand chevauchement avec l'évaluation tripartite (menée par le Comité de mise en œuvre tripartite), la portée de la présente évaluation interne a été réduite afin d'éviter la duplication des efforts ou la surcharge des intervenants concernés.

Ainsi, l'objectif de l'évaluation était d'examiner le rôle de gouvernance de Santé Canada en ce qui concerne l'Accord, et de souligner les pratiques exemplaires. Cette évaluation n'a pas examiné ce qui a déjà été couvert par la vérification interne de la gestion de l'administration de l'Accord par Santé Canada de 2016.

2. Description de l'initiative

2.1 Contexte

En réponse au rapport historique de 2001 sur la santé et le bien-être des peuples autochtones rédigé par l'agent de santé provincial de Colombie-Britannique qui signalait d'importantes lacunes de résultats en matière de santé entre les Autochtones et les autres résidents de la Colombie-Britannique, la province de la Colombie-Britannique, le First Nations Leadership Council et le gouvernement du Canada ont signé le Transformative Change Accord (Accord sur le changement transformationnel) en 2005. Cet accord reconnaissait la nécessité de renforcer les relations de gouvernement à gouvernement et confirmait les engagements des parties à combler les lacunes en matière d'éducation, de santé, de logement et de possibilités économiques sur une période de dix ans.

En 2007, Santé Canada, l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) et le gouvernement de la Colombie-Britannique ont signé le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations afin de créer des changements fondamentaux dans l'objectif d'améliorer l'état de santé des Premières Nations. Ces changements comprennent la collaboration sur 39 projets d'intervention en santé, la définition de principes pour concevoir un nouveau système de gouvernance et l'établissement de buts pour la mise

en œuvre. En 2008, les négociations sur la gouvernance de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique ont commencé.

En 2011, les ministres de la Santé du gouvernement fédéral et de la Colombie-Britannique et l'ASPN ont signé l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations, un document obligatoire en droit comprenant neuf sous-accords connexes. Santé Canada s'est engagé à verser jusqu'à 4,7 milliards de dollars à l'ASPN sur une période de 10 ans pour cette initiative par l'intermédiaire de l'accord de financement du Canada (AFC).

L'Accord est le premier en son genre, et il encourage l'ASPN à assumer la responsabilité de la conception, de la gestion et de la prestation ou du financement des programmes de santé pour les Premières Nations en Colombie-Britannique. L'ASPN est contrôlée et gérée par des Premières Nations qui collaborent avec la province pour faire en sorte qu'il y ait une forte coordination entre l'ASPN et les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique pour l'élaboration de programmes de santé.

Les programmes de santé destinés aux Premières Nations en Colombie-Britannique sont désormais offerts par l'ASPN. L'admissibilité au Programme de prestations de maladie de l'ASPN comprend tous les membres des Premières Nations qui sont résidents de la Colombie-Britannique et inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens*. Les membres des Premières Nations qui reçoivent des prestations de maladie d'une autre organisation dans le cadre d'un accord d'autonomie gouvernementale ne sont pas admissibles aux programmes et aux services de l'ASPN. Au total, l'Accord couvre environ 150 000 personnes dans plus de 200 collectivités des Premières Nations en Colombie-Britannique.

2.2 Profil

Traditionnellement, les services de santé publique et de promotion de la santé destinés aux Indiens inscrits vivant dans les réserves étaient administrés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. En Colombie-Britannique, le personnel de la DGSPNI au bureau régional administrait les programmes et les services, tandis que l'administration centrale de la DGSPNI établissait l'orientation stratégique et offrait un éventail de services pour mettre en œuvre cette orientation. En 2013, Santé Canada a officiellement transféré la conception, la gestion et la prestation de programmes de santé destinés aux Premières Nations en Colombie-Britannique à l'ASPN. À partir d'octobre 2013, l'ASPN a assumé l'entière responsabilité des fonctions opérationnelles du bureau régional de la DGSPNI et les fonctions stratégiques de l'administration centrale de la DGSPNI.

À l'heure actuelle, les employés de Santé Canada qui travaillent sur l'initiative tripartite de la Colombie-Britannique se trouvent dans l'Unité des relations tripartites de la Colombie-Britannique de la DGSPNI. Depuis le transfert à l'ASPN, il n'y a plus de membres du personnel de la DGSPNI au bureau régional de la Colombie-Britannique.

Bien que la majorité des rôles et des responsabilités de la DGSPNI en Colombie-Britannique aient été transférés à l'ASPN, Santé Canada continue de jouer un rôle important dans la mise en œuvre et le bon fonctionnement des ententes juridiques et de financement, ainsi que des régimes de santé, à titre de bailleur de fonds et de partenaire de gouvernance avec l'ASPN et les Premières Nations de la Colombie-Britannique. Le Ministère facilite également l'accès aux autres ministères et organismes fédéraux, et l'établissement de relations avec ceux-ci, afin de veiller à ce que les Premières Nations de la Colombie-Britannique soient incluses dans les rapports nationaux.

Pour faciliter la transition, Santé Canada continue d'administrer le Programme des services de santé non assurés (PSSNA) selon le principe de recouvrement des coûts pendant que l'ASPN développe l'infrastructure et la capacité nécessaires pour administrer le programme. Dans cet arrangement, Santé Canada s'occupe du traitement des demandes et de certains services d'adjudication pour la couverture de catégories de prestations pour l'équipement, les produits pharmaceutiques, les fournitures dentaires et les fournitures médicaux.

À titre de partenaire de gouvernance, Santé Canada participe aux comités bilatéraux et trilatéraux pour : 1) partager des connaissances; 2) discuter des plans, des priorités et des politiques liées à l'Accord; 3) examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre; 4) contribuer à l'orientation stratégique de l'Accord par l'entremise des comités suivants :

- Comité des responsables de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique
- Comité de mise en œuvre (CMO)
- Comité tripartite sur la santé des Premières Nations (CTSPN)
- Comité du sous-ministre adjoint principal et du président-directeur général (SMA principal-PDG)
- Comité des vice-présidents et des directeurs généraux (VP-DG)

De plus amples renseignements sur ces comités, y compris leur raison d'être, leurs participants et la fréquence de leurs réunions se trouvent à l'annexe 1. Un schéma de processus des structures qui appuient la mise en œuvre des accords et des plans tripartites pour la santé en Colombie-Britannique se trouve à l'annexe 2.

2.3 Audits et évaluations précédents

Le Bureau de l'audit et de l'évaluation a récemment effectué un audit sur la gestion de l'administration de l'Accord par Santé Canada. L'audit a révélé que la DGSPNI respecte l'Accord et ses sous-accords connexes, et que le transfert de huit sous-accords sur les neuf est terminé. Santé Canada conserve la responsabilité de la prestation de certains aspects du sous-accord sur les services de santé (c.-à-d. le PSSNA) qui n'ont pas encore été transférés. L'audit a également indiqué que les comités de gouvernance travaillent comme prévu, mais qu'un de ces comités n'a pas encore de mandat officiel. Par conséquent, l'audit a recommandé au comité des vice-présidents et des directeurs généraux (VP-DG) de rédiger un mandat officiel, ainsi que de créer et de mettre en place une stratégie à long terme qui appuiera la continuité des services lorsque l'entente de services de santé actuelle prendra fin. Le mandat du comité des vice-présidents et des directeurs généraux a depuis été rédigé et les travaux pour élaborer une stratégie à long terme de prestations en santé sont en cours.

À l'automne 2015, un rapport du Bureau du vérificateur général (BVG) du Canada intitulé « La création de la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique » a été publié. Dans ce rapport, le BVG mentionne qu'un engagement soutenu des dirigeants des Premières Nations de Colombie-Britannique, du gouvernement du Canada et du gouvernement de la Colombie-Britannique était important pour la création de l'ASPN, tout comme la désignation d'un seul interlocuteur pour les Premières Nations dans les négociations avec les gouvernements fédéral et provinciaux. Le rapport recommandait que Santé Canada travaille avec l'ASPN pour s'assurer qu'un cadre de responsabilisation et de gouvernance solide soit établi et mis en place, conformément aux exigences de l'Accord.

Finalement, une évaluation des *Accords tripartites de contribution des Premières Nations de la Colombie-Britannique* de 2007-2008 à 2011-2012 a été achevée en 2013. L'évaluation a révélé que le financement offert par Santé Canada sous forme de contribution à l'ASPN a permis à celle-ci de s'engager dans des activités tripartites et de développer sa capacité à assurer la conception, la gestion et la prestation de programmes de santé pour les Premières Nations en Colombie-Britannique. De plus, l'évaluation a montré que l'ASPN a progressé dans l'établissement des cadres pertinents, des structures opérationnelles et des processus de planification en ce qui a trait à sa transition et à sa mise en œuvre, bien que certaines difficultés opérationnelles n'ont pas encore été résolues. Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de conclure que les accords de contribution révélaient une saine stratégie d'investissement à l'appui de la participation réussie du récipiendaire à l'initiative tripartite. L'évaluation a fait ressortir un certain nombre de leçons à tirer de ce processus, notamment les suivantes :

- l'amélioration de la gestion d'urgence et de la planification en cas de pandémie à l'échelle communautaire;
- la fourniture de ressources et de temps suffisants pour participer à des consultations constructives avec plusieurs intervenants;
- la formation du personnel pour faciliter l'intégration des programmes de santé provinciaux et des réserves;
- la circulation régulière et libre d'information entre les partenaires;
- la prise en considération des processus de prise de décisions et des échéanciers de chaque partie;
- l'appui du développement précoce des fonctions de planification et de gestion des risques des Premières Nations;
- la réalisation d'efforts de collaboration pour intégrer la prestation de services, y compris la modification de façons de faire établies concernant la prestation des soins de santé, la communication et la participation dans une manière culturellement adaptée, ainsi que l'établissement des priorités.

2.4 Description du programme

Selon le modèle de gouvernance tripartite en matière de santé de la Colombie-Britannique (2012), le principal objectif de l'Accord est d'appuyer la nouvelle structure de gouvernance en matière de santé en Colombie-Britannique. Pour atteindre cet objectif, les partenaires de gouvernance associés aux Premières Nations de la Colombie-Britannique doivent contribuer aux activités suivantes :

- la prestation des services;
- le renforcement des capacités;
- la participation des intervenants et la collaboration;
- la collecte des données, la recherche et la surveillance;
- l'élaboration de politiques et le partage de connaissances.

En ce qui concerne les résultats, le résultat attendu de l'activité de 'prestation des services' est la gestion de l'AFC et des sous-accords connexes. Pour ce qui est des 'activités de renforcement des capacités' et de 'participation des intervenants et collaboration', les résultats attendus sont le financement et le soutien soutenus de l'ASPN de la Colombie-Britannique, le transfert à l'ASPN de la responsabilité des programmes de santé destinés aux Premières Nations ainsi qu'un engagement continu dans les relations de gouvernance tripartite. Finalement, pour les activités de 'collecte des données, de recherche et de surveillance', ainsi que les activités 'd'élaboration de politiques et de partage de connaissances', les résultats attendus sont l'évaluation et la production de rapports continus et l'établissement d'ententes et de processus continus de partage de connaissances, ainsi que des processus visant à soutenir la gouvernance de la santé.

Tous ces résultats devraient avoir pour **conséquence immédiate** d'appuyer l'entière gestion des programmes de santé de l'ASPN, suivi par la **conséquence intermédiaire** d'établir une responsabilisation réciproque entre les partenaires de gouvernance tripartite, et finalement suivi par la **conséquence à long terme** d'harmoniser les politiques et les processus ministériels afin d'appuyer des relations de gouvernance tripartite intégrées, innovatrices et efficaces.

2.5 Alignement des programmes et ressources

L'initiative tripartite de la Colombie-Britannique s'inscrit dans l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) du Ministère : Sous-programme 3.3.3 : Gouvernance tripartite en matière de santé.

Santé Canada est le principal bailleur de fonds de l'ASPN, et a contribué 433,1 M\$ durant l'exercice financier 2015-2016. Il y a quatre (4,15) équivalents temps plein (ETP) au sein de la Direction générale de l'autonomie gouvernementale et des relations tripartites de la Colombie-Britannique de Santé Canada qui travaillent sur l'initiative tripartite de la Colombie-Britannique, ce qui représente 438 000 \$ en salaires et environ 46 000 \$ en coûts de fonctionnement. Cette équipe soutient les activités de gouvernance et de financement, conformément à l'Accord de financement du Canada (AFC). La contribution annuelle fédérale, livrée au sein de l'AFC, offre une indexation annuelle pour le deuxième au cinquième exercice financier de l'Accord. Le Canada et l'ASPN se sont engagés à renégocier l'indexation annuelle pour les cinq exercices financiers restants de l'Accord.

Santé Canada a également un deuxième accord de contribution avec l'ASPN, l'Accord de contribution unifié visant le financement en matière de santé, qui permet à l'ASPN d'assurer la prestation des programmes et des services de santé ou de la déléguer.

Les données pour les exercices financiers depuis la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique (de 2013-2014 à 2015-2016) sont présentées dans le tableau 1 ci-dessous. Dans l'ensemble, le programme disposait d'un budget total de 1,1 milliard de dollars sur trois ans depuis la mise en œuvre.

Tableau 1 : Ressources de Santé Canada depuis le transfert (octobre 2013, en M\$)^a

Année	S et C	F et E	Salaires	Total
2013-2014	240,31	0,56	0,89	241,76
2014-2015	410,61	0,10	0,01	410,72
2015-2016	432,64	0,05	0,44	433,12
Total	1 083,56	0,70	1,33	1 085,60

^a Source des données : Direction générale du dirigeant principal des finances

3. Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

La portée de la présente évaluation a été considérablement réduite, afin d'éviter la duplication des efforts ou la surcharge des intervenants qui participent en même temps à l'évaluation tripartite mandatée par l'Accord. Par conséquent, une démarche fondée sur les résultats n'a pas été utilisée pour cette évaluation. L'évaluation examine plutôt le rôle de gouvernance de Santé Canada en ce qui concerne l'Accord, et souligne les pratiques exemplaires. L'évaluation n'a pas examiné ce qui a déjà été couvert par la vérification interne de la gestion de l'administration de l'Accord par Santé Canada de 2016. Dans la mesure du possible, les évaluateurs ont veillé à ce que les questions posées soient complémentaires aux questions posées dans le cadre de l'évaluation tripartite.

L'évaluation porte sur la période allant d'octobre 2013 à mars 2016, et comprend quatre secteurs clés :

- Soutien de Santé Canada pour le cadre de gouvernance;
- Satisfaction des partenaires;
- Mesures de suivi efficaces;
- Évolution dans son nouveau rôle.

Les données pour l'évaluation ont été recueillies au moyen d'un document d'examen et de quatre entrevues auprès d'informateurs clés (l'ASPN, le gouvernement de la Colombie-Britannique et Santé Canada [2]). Les données ont été analysées par la triangulation de l'information recueillie selon ces deux méthodes. On a recouru à diverses sources de données et à la triangulation pour veiller à ce que les constatations et les conclusions découlant de l'évaluation soient aussi fiables et crédibles que possible.

3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations font face à des contraintes qui pourront avoir un impact sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau ci-dessous décrit les contraintes rencontrées lors de la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour cette évaluation. On a aussi souligné des stratégies d'atténuation mises en œuvre afin d'assurer que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 2 : Contraintes et stratégies d'atténuation

Contrainte	Incidence	Stratégie d'atténuation
La portée et la collecte de données limitées ont empêché les évaluateurs de mener une évaluation en profondeur.	Des résultats plus complets sur la gouvernance et la mise en œuvre de l'Accord ne seront disponibles qu'une fois l'évaluation tripartite terminée.	Les évaluateurs ont utilisé certaines données d'évaluation obtenues dans le cadre de l'évaluation tripartite et ont défini des pratiques exemplaires plutôt que des recommandations.

4. Conclusions

4.1 Dans quelle mesure Santé Canada a-t-il appuyé efficacement le cadre de gouvernance?

Santé Canada soutient la gouvernance de l'Accord en participant activement à des forums de gouvernance, en favorisant l'établissement de nouvelles relations entre les partenaires tripartites et d'autres ministères fédéraux et intervenants, et en ayant de plus en plus recours à des moyens informels lorsque les relations ont mûri.

Santé Canada participe à la gouvernance de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique par l'entremise de nombreux comités trilatéraux et bilatéraux, notamment le Comité des responsables de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique, le Comité de mise en œuvre (CMO), le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations (CTSPN), le Comité du sous-ministre adjoint principal et du président-directeur général (SMA principal-PDG) et le Comité des vice-présidents et des directeurs généraux¹. Les informateurs clés ont indiqué que Santé Canada

¹De plus amples renseignements sur ces comités, y compris leur raison d'être, leurs participants et la fréquence de leurs réunions se trouvent à l'annexe 1.

demeure un participant actif et visible dans les réunions de tous ces comités et que le personnel de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) est disponible pour appuyer les comités relativement aux questions actuelles et nouvelles à mesure qu'elles font leur apparition, au-delà des mécanismes officiels prévus par l'Accord.

Santé Canada soutient aussi activement la structure de gouvernance tripartite de la Colombie-Britannique en fournissant des ressources à la fonction de secrétariat partagée pour le CMO. Le secrétariat est responsable de la coordination des besoins administratifs du CMO et de ses sous-comités. Les informateurs clés ont fait remarquer que la collaboration entre les partenaires sur les affaires liés au secrétariat a favorisé une étroite relation de soutien depuis le début, car les membres de chacune des organisations tripartites ont collaboré à l'exécution des fonctions administratives du secrétariat.

Après le transfert des responsabilités en matière de prestation de services en 2013, le rôle de Santé Canada en ce qui concerne la mise en œuvre de *l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique* était en grande partie axé sur le soutien des buts et des objectifs de travail de l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la Colombie-Britannique. Sous le régime de l'Accord, l'ASPN joue un rôle de leadership, tandis que Santé Canada a un rôle de facilitateur, visant à établir des relations avec des partenaires externes et d'autres ministères selon les besoins. Des documents internes indiquent que le rôle de facilitateur de Santé Canada à l'appui de l'Accord a été ajouté dans les plans de travail des partenaires de l'Accord. Ce rôle consiste à organiser les activités avec les autres ministères fédéraux à l'appui de l'ASPN et du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, ainsi qu'à favoriser l'intégration, le partenariat et les relations de travail positives².

Un exemple de ceci se trouve dans le *Plan de travail commun 2015-2016* de l'ASPN et la DGSPNI, qui décrit le rôle de facilitateur de la DGSPNI entre l'ASPN et les autres ministères du gouvernement dans les questions telles que la santé environnementale et les soins à domicile et en milieu communautaire³. L'efficacité de Santé Canada dans son rôle de facilitateur s'est également illustrée lors d'un déversement de diesel sur la côte nord de la Colombie-Britannique. Lorsque d'autres organismes d'intervention ont posé des questions sur la présence de l'ASPN sur le site, Santé Canada a été capable de favoriser une conversation utile et d'assurer à l'ASPN une place au sein de l'équipe d'intervention.

² ASPN, 2016. *Collaborer pour un mieux-être collectif : Comité tripartite sur la santé des Premières Nations : Rapport annuel 2015-2016*, octobre 2015-2016. Accessible à l'emplacement suivant : <http://www.fnha.ca/Documents/2015-2016-Together-In-Wellness.pdf> (version anglaise)

³ DGSPNI et ASPN, 2015, *FNHA – FNIHB Joint Work Plan 2015-16*.

Les données indiquent que le rôle de facilitateur de Santé Canada est jugé approprié par les partenaires tripartites. Un sondage récemment effectué auprès des partenaires de l'Accord a révélé que le leadership et le soutien interpersonnel de Santé Canada dans leur forme actuelle étaient des facteurs clés de la mise en œuvre réussie de l'Accord-cadre.

En ce qui concerne la structure de gouvernance pour l'Accord, les informateurs clés ont fait remarquer qu'il pourrait parfois y avoir du chevauchement entre les membres et les mandats du CMO et du CTSPN. Les personnes interviewées ont indiqué que les partenaires de l'Accord s'emploient actuellement à différencier les rôles et les responsabilités des deux comités. Les informateurs clés ont également ajouté que, au fur et à mesure que les relations entre les partenaires mûrissent, les relations directes et informelles entre la DGSPNI, l'ASPN et le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique gagnent en importance et servent de complément aux mécanismes de gouvernance officiels.

4.2 Dans quelle mesure les diverses parties sont-elles satisfaites du soutien offert par la DGSPNI et de sa réactivité?

Les partenaires de l'Accord ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de Santé Canada en ce qui concerne le soutien de l'ASPN, en particulier pour la préparation de l'intervention en cas d'urgence et pour son aide à assurer la prestation continue et adéquate des services aux Premières Nations nouvellement autonomes. Les partenaires ont également indiqué qu'ils aimeraient que les expériences de collaboration soient davantage développées et renforcées, en particulier en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de programmes, ainsi que l'échange d'information et de pratiques exemplaires aux échelons supérieurs.

Les partenaires de l'Accord ont exprimé un degré de satisfaction élevé à l'égard du soutien offert par Santé Canada et de sa réactivité en tant que partenaire de gouvernance. En particulier, les informateurs clés ont cerné deux domaines où la réactivité et le soutien constants de Santé Canada ont démontrés son engagement envers la mise en œuvre réussie de l'Accord : 1) la préparation d'intervention en cas d'urgence; 2) les Premières Nations autonomes.

En ce qui concerne la préparation d'interventions en cas d'urgence, pendant l'épidémie d'Ebola en 2014, Santé Canada, en consultation avec l'ASPN, a adopté une approche proactive en fournissant du financement, de la formation et du matériel aux collectivités des Premières Nations de la Colombie-Britannique en prévision de possibles éclosions du virus. Selon la documentation interne, la formation a été perçue de façon positive par

les travailleurs de la santé dans la province et on a affirmé qu'elle a permis de relier les Premières Nations de la Colombie-Britannique avec les stratégies et les interventions conçues à l'échelon national⁴. Les répondants ont cité l'exemple de l'épidémie d'Ebola, car il démontre la capacité du ministère à intervenir de façon réussie en cas d'événements imprévus, tout en continuant de mettre l'accent sur une vision commune et les mesures qui reposent sur le partenariat avec l'ASPN.

En ce qui concerne les Premières Nations autonomes de la Colombie-Britannique, la majorité ont la pleine compétence en matière santé et prennent donc leurs propres dispositions pour les services de santé. Toutefois, lorsqu'il s'agit de prestations en santé, la majorité de ces Premières Nations ont des accords avec l'ASPN, qui possède actuellement un accord de recouvrement des coûts avec Santé Canada pour l'administration du programme des SSNA. Les informateurs clés ont décrit des situations dans lesquelles le soutien offert par Santé Canada a contribué à maintenir la prestation de services appropriée dans les collectivités qui sont devenues autonomes depuis le transfert des services de santé à l'ASPN.

Dans un cas en particulier, une Première Nation récemment autonome souhaitait continuer de recevoir des services de santé par l'entremise de l'ASPN. Les Premières Nations autonomes reçoivent habituellement un financement global d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) pour un vaste éventail de services qui étaient auparavant offerts par l'entremise du gouvernement du Canada, y compris les services de santé. Santé Canada a appuyé le souhait de cette Première Nation en récupérant des fonds qui avaient été transférés à l'ASPN pour les donner à AANC, qui a leur tour ont placé les fonds dans l'accord de financement budgétaire de la Première Nation, de sorte qu'elle puisse racheter ces services de l'ASPN à titre de Première Nation autonome.

Dans un autre exemple de soutien, Santé Canada avait alloué des ressources à une Première Nation pour la construction d'un nouvel établissement médical dans le cadre d'un programme d'immobilisations, qui avait des exigences de surveillance et des mécanismes de contrôle rigoureux. Lorsque la Première Nation est devenue autonome, l'ASPN a demandé d'autres options à Santé Canada, car elle jugeait que l'imposition d'un tel niveau de surveillance ne convenait pas à une collectivité autonome. Santé Canada a travaillé en collaboration avec l'ASPN pour faire venir un vérificateur indépendant avec l'objectif de répondre aux exigences de surveillance du programme, tout en respectant l'autonomie de la Première Nation.

⁴ ASPN, 2015. *Collaborer pour un mieux-être collectif : Rapport d'étape annuel de 2014-2015 du Comité tripartite sur la santé des Premières Nations*. Accessible à l'emplacement suivant : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/services-soins-sante/collaborer-mieux-etre-collectif-rapport-etape-annuel-2014-2015-comite-tripartite-sante-premieres-nations.html>.

Au fur et à mesure que la relation entre les parties de l'Accord continuait de se développer, des échanges de communications formelles et informelles ont été utilisés afin de déterminer les questions pour lesquelles le soutien de Santé Canada est nécessaire. Les procès-verbaux des réunions entre l'ASPN et la DGSPNI démontrent que ces tribunes sont utilisées pour trouver des solutions aux défis à mesure qu'ils surviennent. De façon générale, les personnes interviewées ont décrit une forte confiance qui s'est développée au fil du temps et affirment que le personnel de Santé Canada est toujours disponible et prêt à offrir de l'aide là où elle est nécessaire.

À l'avenir, les informateurs clés font remarquer que cette relation pourrait continuer à se développer en ce qui concerne la résolution de problèmes et de questions. Les partenaires tripartites ont exprimé l'intérêt de faire appel à l'expérience stratégique de Santé Canada à l'étape de planification des projets. De plus, les partenaires tripartites ont également proposé l'approfondissement de la relation à l'échelon des vice-présidents et des directeurs généraux pour favoriser l'établissement de liens entre les homologues dans le but de partager des renseignements et de discuter des pratiques exemplaires concernant les initiatives nationales et provinciales, selon le cas. À leur avis, cela serait particulièrement utile pour l'accord de rachat avec Santé Canada pour les prestations en santé.

4.3 Dans quelle mesure Santé Canada a-t-il été efficace pour donner suite aux décisions prises aux tables de gouvernance qui exigeaient son intervention?

Santé Canada a efficacement donné suite à ses engagements en observant une responsabilisation réciproque et en créant des processus et des outils appropriés. La réactivité de Santé Canada a contribué à la transition en douceur au nouveau modèle de prestation des services tel qu'il est défini dans l'Accord-cadre tripartite.

La relation entre les parties de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique repose entièrement sur la responsabilisation réciproque. Le concept de responsabilisation réciproque est inscrit de l'Accord lui-même, ainsi que dans plusieurs documents de gouvernance et de reddition de comptes connexes. Selon l'ASPN, les systèmes sociaux traditionnels des Premières Nations reposaient sur le concept de responsabilisation réciproque, ce qui signifie que « chaque membre de la collectivité était responsable de ses décisions, de ses gestes et de sa contribution à la collectivité dans son ensemble⁵. » L'Accord définit ce concept en relation au partenariat, en

⁵ ASPN, (s.d.). *First Nations Health Governance Placemat*. Accessible à l'emplacement suivant : <http://www.fnha.ca/about/governance-and-accountability>.

stipulant que « les parties travailleront ensemble dans un esprit de collaboration pour atteindre les objectifs énoncés [dans l'Accord], tout en respectant la lettre et l'esprit de l'Accord ainsi que leurs obligations respectives⁶. » Les parties de l'Accord utilisent ce concept pour définir la façon dont chaque membre s'acquittera de ses rôles et de ses responsabilités, et peut se fier sur les autres pour faire de même.

Bien que les rôles et les responsabilités des partenaires tripartites aient changé depuis la signature de l'Accord en 2011, Santé Canada a démontré sa capacité de respecter ses engagements à l'appui d'une transition harmonieuse. Même si les informateurs clés font remarquer qu'il y a moins d'occasions où la participation de Santé Canada est nécessaire depuis le transfert, les documents et les entrevues révèlent que Santé Canada est resté un partenaire fiable pour les autres membres tripartites au besoin.

Par exemple, Santé Canada a offert du soutien en Gestion de l'information Technologie de l'information (GI-TI) résiduel à l'ASPN dans le cadre de leur Accord de continuité des services en 2013. Pendant cette période, le ministère a travaillé avec l'ASPN pour élaborer et mettre en œuvre un système informatique qui permettrait à l'ASPN de devenir complètement indépendante du système informatique de Santé Canada d'ici 2014⁷. Les comptes rendus de réunions du CTSPN et des entrevues auprès d'informateurs clés démontrent que Santé Canada a offert des ressources humaines et de l'expertise stratégique et technique commune à l'appui du plan de transition informatique et que la « relation de travail positive entre [Santé Canada] et l'ASPN a contribué à faire avancer ce projet⁸. »

Depuis la signature de l'Accord, les partenaires tripartites ont élaborés de nouveaux outils visant à assurer une vision commune pour l'avenir et des objectifs partagés, tout à l'appui d'une relation hautement fonctionnelle et collaborative. L'un de ces outils est le document intitulé *Shared Vision and Common Understanding* rédigé en 2014 et mis à jour chaque année, qui établit les priorités et les livrables conjoints pour le travail partagé du vice-président de l'ASPN et le directeur général de la Direction de la politique stratégique, de la planification et de l'information (DPSP) de la DGSPNI. L'ASPN et Santé Canada ont également établi un Programme stratégique conjoint, dans lequel les deux organismes conviennent d'élaborer des documents stratégiques conjoints sur des questions d'intérêt commun. Les documents stratégiques conjoints planifiés portent sur des sujets tels que l'échange de renseignements et la production de rapports nationaux, le financement de nouveaux programmes et de services non

⁶ ASPN, 2011. *British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health Governance*. Accessible à l'emplacement suivant : <http://www.fnha.ca/Documents/framework-accord-cadre.pdf>

⁷ ASPN, 2015. *Collaborer pour un mieux-être collectif : Rapport d'étape annuel de 2014-2015 du Comité tripartite sur la santé des Premières Nations*. Accessible à l'emplacement suivant : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/services-soins-sante/collaborer-mieux-etre-collectif-rapport-etape-annuel-2014-2015-comite-tripartite-sante-premieres-nations.html>.

⁸ Santé Canada, 2014. *Réunion du CTSPN, 12 octobre 2014*.

transférés à l'ASPN et les exigences de gouvernance organisationnelle de l'ASPN⁹. De plus, les activités bilatérales du vice-président de l'ASPN et du directeur général de la DPSPNI sont décrites dans le plan de travail des VP-DG et la grille de collaboration. Selon les informateurs clés, cet outil offre une structure efficace aux cadres supérieurs de l'ASPN et de la DGSPNI pour collaborer et faire progresser l'exécution de leur mandat commun.

De plus, des mécanismes officiels sont en place pour surveiller le progrès des parties tripartites quant à leurs engagements. En plus des mises à jour régulières de la situation dans les réunions des comités de gouvernance, les partenaires ont élaboré et tenu à jour une « fiche de pointage tripartite », qui montre les progrès réalisés quant à la mise à l'œuvre de l'Accord. La fiche, instaurée en 2014-2015, fait état des progrès réalisés par l'ASPN, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Santé Canada en ce qui concerne leurs engagements communs, tels que définis dans leur Plan de travail commun. Les informateurs clés font remarquer que la grande majorité des suivis sont effectués au niveau bilatéral entre l'ASPN et la DGSPNI, et décrivent de manière positive les personnes qui travaillent au sein de la DGSPNI, ainsi que leur engagement envers la mise en œuvre et la reddition de comptes réciproque.

4.4 Santé Canada a-t-il évolué efficacement dans son nouveau rôle de bailleur de fonds et de partenaire de gouvernance?

Le rôle de Santé Canada après le transfert a considérablement évolué comparativement à ce qu'on prévoyait. Bien que l'une des clés du succès était de documenter et de suivre des processus officiels, les partenaires reconnaissent qu'un certain niveau de flexibilité est nécessaire pour veiller à ce que l'ASPN puisse continuer d'offrir des services de qualité à ses collectivités membres.

En 2009, Santé Canada a préparé un document expliquant le rôle résiduel attendu de la DGSPNI quant à la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique à la suite du transfert à l'ASPN. Bien que le document avait vu juste que le rôle de Santé Canada en Colombie-Britannique passerait de « concepteur et prestataire de services de santé pour les Premières Nations à bailleur de fonds et partenaire de gouvernance »¹⁰, les informateurs clés soulignent que les partenaires n'auraient pas pu prévoir la quantité et la variété de travaux nécessaires pour assurer le transfert et la mise en œuvre réussis de l'Accord, et par conséquent la majorité de ce qui avait été prévu n'était plus pertinent.

⁹ ASPN et DGSPNI, 2017. *Shared Vision and Common Understanding: An Executive Agenda between HC's FNIHB & the FNHA*.

¹⁰ Santé Canada, 2009, [Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique] *Tripartite First Nations Health Plan in British Columbia: Health Canada Residual Role*.

Au début de la relation entre les partenaires tripartites, il était essentiel de bien documenter les processus, car les parties s'appuyaient fortement sur les mécanismes officiels pour collaborer et soutenir le nouveau modèle de prestation de services. Maintenant que la confiance est établie entre les partenaires, il est de plus en plus important de s'assurer une flexibilité suffisante pour permettre à l'ASPN de concevoir et de mettre en œuvre une prestation de services de qualité pour ses collectivités membres. Les informateurs clés soulignent l'importance d'une approche agile et flexible, plutôt que de simplement reproduire les structures de gouvernance actuelles, pour garantir la réussite dans les prochaines étapes.

Dans les années suivant la négociation de l'Accord, les informateurs clés indiquent que Santé Canada a déployé des efforts pour réduire le fardeau de déclaration de l'ASPN et pour rationaliser les processus de déclaration afin de les rendre plus efficaces. Au fur et à mesure que de nouveaux programmes sont lancés par rapport à l'Accord de financement du Canada (AFC), comme le principe de Jordan, des discussions ont lieu entre Santé Canada et l'ASPN pour ajuster le financement et les exigences de déclaration, de manière à éviter le double emploi ou le surplus de travail, dans la mesure du possible. Dans le cas du principe de Jordan, l'ASPN reçoit du financement pour la coordination des services et participe à des téléconférences régionales hebdomadaires.

Considérant l'état futur de la prestation des soins de santé aux Premières Nations de la Colombie-Britannique, les informateurs clés ont également jugé qu'il serait bon de documenter davantage les processus afin de démontrer la force du modèle de prestation de services au fil du temps, si on cherche une option plus formelle pour cette initiative. Les informateurs clés ont exprimé l'importance de codifier des aspects des routines et des processus grâce auxquels on a pu établir la relation de confiance d'aujourd'hui, de sorte que ce modèle puisse continuer de prospérer bien après que les premiers joueurs sont partis et que les contextes politiques ont évolué.

Finalement, l'approche de *l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique* a retenu l'attention aux quatre coins du pays et à l'étranger en sa qualité de modèle de prestations de soins de santé innovateur pour les collectivités des Premières Nations¹¹. Les informateurs clés de Santé Canada ont exprimé de l'intérêt pour l'élaboration d'une meilleure compréhension des facteurs contextuels et des conditions favorables à la réussite de l'initiative en Colombie-Britannique. Ces facteurs favorables seront explorés de façon assez détaillée dans l'évaluation tripartite de la Colombie-Britannique menée par le comité de mise en œuvre tripartite. Bien que Santé Canada ait eu au départ de l'intérêt pour la reproduction du modèle de la Colombie-Britannique dans d'autres

¹¹ ASPN, 2015. *Collaborer pour un mieux-être collectif : Rapport d'étape annuel de 2014-2015 du Comité tripartite sur la santé des Premières Nations*. Accessible à l'emplacement suivant : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/rapports-publications/services-soins-sante/collaborer-mieux-etre-collectif-rapport-etape-annuel-2014-2015-comite-tripartite-sante-premieres-nations.html>.

régions du Canada, les informateurs clés reconnaissent qu'il n'existe pas d'approche unique qui puisse convenir à toutes les régions pour la prestation des soins de santé destinés aux collectivités des Premières Nations au Canada.

Dans cette esprit, les informateurs clés ont exprimé de l'intérêt pour l'exploration d'autres possibilités d'échanger l'expérience et l'expertise acquises dans le partenariat de l'Accord-cadre tripartite. Ils ont aussi exprimé leur intérêt à établir des occasions formelles ou informelles pour que les collectivités de l'ensemble du pays peuvent accéder aux outils, aux instruments et aux pratiques exemplaires qui ont appuyé l'Accord en Colombie-Britannique. Au moyen du partage de connaissances et d'expertise, les partenaires tripartites sont prêts communiquer leurs connaissances et leur expertise pour aider d'autres provinces ou territoires qui voudraient adopter des pratiques de prestation de soins de santé semblables qui répondent à leurs besoins et leurs contextes divers.

5. Conclusions

Soutien de Santé Canada pour le cadre de gouvernance

Santé Canada soutient la gouvernance de l'Accord en participant activement à des forums de gouvernance, en favorisant l'établissement de nouvelles relations entre les partenaires tripartites et d'autres ministères fédéraux et intervenants, et en ayant de plus en plus recours à des moyens informels lorsque les relations ont mûri.

Satisfaction des partenaires

Les partenaires de l'Accord ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de Santé Canada en ce qui concerne le soutien de l'ASPN, en particulier pour la préparation de l'intervention en cas d'urgence et pour son aide à assurer la prestation continue et adéquate des services aux Premières Nations nouvellement autonomes. Les partenaires ont également indiqué qu'ils aimeraient que les expériences de collaboration soient davantage développées et renforcées, en particulier en ce qui concerne l'élaboration de politiques et de programmes, ainsi que le partage d'information et de pratiques exemplaires aux échelons supérieurs.

Respect des engagements

Santé Canada a efficacement donné suite à ses engagements en observant une responsabilisation réciproque et en créant des processus et des outils appropriés. La réactivité de Santé Canada a contribué à la transition harmonieuse au nouveau modèle de prestation des services, tel qu'il est défini dans l'Accord-cadre tripartite.

Évolution dans son nouveau rôle.

Le rôle de Santé Canada après le transfert a considérablement évolué comparativement à ce qu'on prévoyait. Bien que l'une des clés du succès était de documenter et de suivre des processus officiels, les partenaires reconnaissent qu'un certain niveau de flexibilité est nécessaire pour veiller à ce que l'ASPN puisse continuer d'offrir des services de qualité à ses collectivités membres.

6. Pratiques exemplaires

Compte tenu des observations et des conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, il est juste d'affirmer que certaines pratiques exemplaires pourraient être utiles à l'avenir dans le cadre d'initiatives similaires. En voici des exemples :

- Établir et honorer des relations de travail fondées sur la responsabilisation réciproque;
- Travailler en partenariat pour créer des processus et des outils qui répondent aux besoins uniques et aux situations imprévues d'une nouvelle initiative;
- Documenter officiellement tous les processus afin de faciliter l'établissement de relations, de démontrer l'efficacité du modèle de prestation de services au fil du temps et de donner la possibilité aux parties intéressées des autres administrations d'accéder aux outils, aux instruments et aux pratiques exemplaires qui ont soutenu l'Accord en Colombie-Britannique;
- Créer des processus en prévoyant suffisamment de flexibilité pour permettre l'innovation et l'évolution au fil du temps, malgré la nécessité d'établir des processus officiels dès le départ, afin d'établir la confiance au sein des partenaires.

Annexe 1 – Comités de gouvernance visés par l'évaluation

Comité de gouvernance	Objectif	Participants	Fréquence
Comité des responsables de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique	Examiner les progrès et fournir une orientation stratégique globale à toutes les parties participant à l'Accord.	<ul style="list-style-type: none"> - Ministres fédéral et provinciaux de la Santé - Dirigeants des Premières Nations de la Colombie-Britannique - Sous-ministre adjoint principal (SMAP) de la DGSPNI - Présidé par le grand chef du Conseil de la santé des Premières nations 	Tous les 2 ans
Comité de mise en œuvre (CMO)	Discuter des progrès généraux et de la mise en œuvre des accords, et présenter des rapports sur les progrès réalisés au comité des responsables de l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique.	<ul style="list-style-type: none"> - SMAP de la DGSPNI - Directeur général, Politique stratégique et planification - PDG et président du conseil de l'ASPN - SMA du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique - Directeur général, Santé des Autochtones - Grand chef et vice-président du Conseil de la santé des Premières nations - Présidé par le Grand chef du Conseil de la santé des Premières nations 	Deux fois par an
Comité tripartite sur la santé des Premières Nations (CTSPN)	Coordonner la planification, les priorités et la prestation des programmes à l'échelon national entre l'ASPN et la province avec ses autorités sanitaires.	<ul style="list-style-type: none"> - Sous-ministre adjoint délégué du ministère de la Santé de la Colombie-Britannique - SMAP de la DGSPNI - Un représentant de chacune des cinq tables régionales des Premières Nations de la Colombie-Britannique - Président-directeur général (PDG) de l'ASPN - Grand chef du Conseil de la santé des Premières nations - Coprésidé par le sous-ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, le PDG de l'ASPN et le SMAP de la DGSPNI 	Deux fois par an
Comité du sous-ministre adjoint principal et du président-directeur général (SMA principal-PDG)	Discuter des politiques, des priorités et de la planification respectives entre l'ASPN et la DGSPNI afin d'assurer un partenariat solide dans la mise en œuvre de l'Accord pour la durée de l'AFC.	<ul style="list-style-type: none"> - SMAP de la DGSPNI - Principaux analystes de politique pour les relations tripartites de la Colombie-Britannique à la DGSPNI - PDG de l'ASPN - Chef de l'exploitation de l'ASPN - Vice-président de l'ASPN - Coprésidé par - SMAP de la DGSPNI et le PDG de l'ASPN 	Trimestrielle

Comité des vice-présidents et des directeurs généraux	Partager des connaissances et établir des plans de travail précis entre les directeurs généraux de la DGSPNI et les vice-présidents de l'ASPN pour répondre aux priorités énoncées par le comité du SMA principal-PDG.	- Vice-présidents de l'ASPN (p. ex. Ressources humaines, Prestations en santé) - Directeurs généraux de Santé Canada (p. ex. Politique stratégique, Planification et information, Santé de la population et santé publique)	Deux fois par an
---	--	--	------------------

Annexe 2 – Modèle de gouvernance tripartite en matière de santé de la Colombie-Britannique

