



Health Canada and the Public  
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence  
de la Santé publique du Canada

# **Évaluation des accords tripartites de contribution avec la Colombie-Britannique Santé des Premières Nations et des Inuits 2007-2008 à 2011-2012**

## **Rapport final**

Mars 2013

**Canada** 

# TABLE DES MATIÈRES

Sommaire .....	v
1. Objectif de l'évaluation.....	1
2. Description des accords tripartites avec la C.-B. ....	1
2.1. Profil des accords tripartites avec la C.-B. ....	1
2.2. Autorisation de programme et ressources .....	4
3. Description de l'évaluation .....	4
3.1. Portée de l'évaluation .....	4
3.2. Démarche d'évaluation .....	5
3.3. Conception de l'évaluation .....	6
3.4. Méthodes de collecte des données .....	6
3.5. Méthodes d'analyse des données .....	6
3.6. Limites à l'exécution de l'évaluation et stratégies d'atténuation.....	7
4. Principales constatations.....	8
4.1. Pertinence.....	8
4.1.1. Point fondamental 1 : Nécessité des accords tripartites de contribution avec la C.-B.	8
4.1.2. Point fondamental 2 : Conformité aux priorités du gouvernement.....	9
4.1.3. Point fondamental 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.....	11
4.2. Rendement.....	14
4.2.1. Point fondamental 4 : Atteinte des résultats immédiats.....	14
4.2.2. Point fondamental 4 : Atteinte des résultats intermédiaires.....	32
4.2.3. Point fondamental 5 : Évaluation de l'économie et de l'efficacité .....	38
5. Conclusions et conséquences .....	44
5.1. Conclusions .....	44
5.2. Répercussions.....	46
6. Leçons retenues.....	46
Annexe A : Annexe technique .....	48
Annexe B : Références.....	55

# RÉPONSE DE LA DIRECTION

## Évaluation des accords tripartites de contribution avec la Colombie-Britannique Exercice financier terminé : 2012-2013

Aucune recommandation formelle n'est proposée pour cette évaluation, étant donné que les accords de contribution tirent à leur fin et que Santé Canada évoluera dans son rôle de bailleur de fond et de partenaire gouvernemental, suivant les engagements continus énoncés dans l'Accord-cadre et l'Accord de financement du Canada proposé. Les engagements continus de Santé Canada comprennent : la participation à la nouvelle relation de gouvernance et le soutien de celle-ci; favoriser l'intégration entre les Premières Nations et les programmes provinciaux en santé, dans la mesure du possible; soutenir la capacité de développement des Premières Nations de la C.-B. et encourager la production de rapports rigoureux par les trois partenaires.

Étant donné les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère est conscient que de précieuses leçons retenues devront être prises en compte pour les activités tripartites futures.

Conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
1. Pertinence Le financement offert par Santé Canada sous forme de contribution à ce bénéficiaire a permis à celui-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 C.-B.	La direction est d'accord avec les conclusions de cette évaluation, puisque ce financement a largement contribué à l'évolution et la réussite de l'Autorité sanitaire des Premières Nations; l'engagement global des Premières Nations de la C.-B. dans processus tripartite, l'achèvement de projets tripartite de mesures en santé et l'intégration améliorée entre les Premières Nations de la C.-B. et la province de la C.-B.  Ce soutien a donné lieu à la signature et à la mise en œuvre de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. Premier de ce genre, l'Accord-cadre établit une nouvelle structure de gouvernance de la santé pour les Premières Nations en C.-B., transférant la responsabilité relative à la conception, à la gestion, au financement et à la prestation des programmes de santé destinés aux Premières Nations de la C.-B. depuis le gouvernement fédéral à la nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations.	L'investissement et l'engagement du Ministère dans un effort général de collaboration avec les Premières Nations en matière de santé, y compris la collaboration avec les partenaires provinciaux et des Premières Nations, contribuent au développement de la capacité des Premières Nations et demeurent une priorité pour le Ministère.  En ce qui concerne l'Initiative tripartite de la C.-B., la direction a confiance que la capacité de l'Autorité sanitaire des Premières Nations et la force du partenariat tripartite permettront de continuer à surmonter les défis, avant, pendant et après le transfert de même qu'au fur et à mesure que les rôles et les responsabilités évoluent.
2. Rendement : Efficacité 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.		

Conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
<p>3. Rendement : Économie et efficience Les accords de contribution révèlent une saine stratégie d'investissement à l'appui de la participation réussie du bénéficiaire à l'Initiative tripartite.</p>	<p>Il fait également en sorte que la province de la C.-B. s'assure de l'intégration continue des services. Le Ministère est d'avis que la collaboration constante et la solide relation de travail entre les parties ont joué un rôle crucial dans la réussite de l'initiative jusqu'ici, et qu'elles continueront de favoriser une transition harmonieuse, efficace et efficiente.</p> <p>Les partenaires poursuivent ensemble l'identification des défis au fur et à mesure qu'ils se présentent, et déterminent des solutions viables grâce à des mécanismes établis et à des comités permanents. La direction a confiance que la capacité de l'ASPN et la force du partenariat tripartite permettront de continuer à surmonter les défis, avant, pendant et après le transfert de même qu'au fur et à mesure que les rôles et les responsabilités évoluent.</p> <p>La DGSPNI appliquera les nombreuses leçons retenues de ces accords de contribution afin d'étayer le travail de collaboration future avec les provinces et les partenaires des Premières Nations, particulièrement dans la mesure où elles sont liées à son nouveau plan stratégique et à ses nouveaux objectifs visant à établir des démarches de collaboration pour la prestation de services en santé, à soutenir la capacité des Premières Nations et des Inuits et à assurer leur participation à la prise de décisions.</p>	<p>Après le transfert, SC poursuivra son rôle sur le plan de la gouvernance, afin de soutenir l'Autorité sanitaire des Premières Nations. L'Accord-cadre ainsi que d'autres ententes, plans et accords établissent une série de mécanismes, de comités et de rencontres pour faciliter l'engagement continu entre les parties.</p> <p>D'après les constatations et les conclusions énoncées dans ce rapport d'évaluation, le Ministère est conscient qu'il sera pertinent de considérer certaines leçons retenues pour d'éventuelles activités tripartites.</p>

## ACRONYMES

C.-B.	(Colombie-Britannique)
AC	Accord-cadre
ASPN	Autorité sanitaire des Premières Nations
CSPN	Conseil de la santé des Premières Nations
FNHS	First Nations Health Society
SPNI	Santé des Premières Nations et des Inuits (régions)
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
GC	Gouvernement du Canada
SC	Santé Canada
PE	Protocole d'entente
RCN	Région de la capitale nationale
AAP	Architecture d'alignement des programmes
DP	Demande de propositions
ARS	Autorité régionale de la santé (province de la C.-B.)
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
TCA: FNHP	Transformative Change Accord: First Nations Health Plan
PTSPN	Plan tripartite pour la santé des Premières Nations

# SOMMAIRE

## **But de l'évaluation et méthodologie**

Dans le cadre de l'Initiative tripartite de la Colombie-Britannique (C.-B.), Santé Canada a conclu deux accords de contribution avec l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) de la C.-B.<sup>1</sup>. Ces accords (2007-2008 et 2010-2011) totalisaient 56 M\$ et soutenaient les efforts de participation de l'ASPN à l'Initiative tripartite de la C.-B., en tant qu'organisme représentatif de l'ensemble des collectivités des Premières Nations de la C.-B. Ils ont permis à l'ASPN de prendre part aux activités tripartites, de renforcer ses capacités et de développer son fonctionnement.

Cette évaluation a été ajoutée au Plan d'évaluation ministériel (PEM) de Santé Canada à l'exercice 2012-2013, et on prévoit qu'elle sera terminée d'ici mars 2013. Cet ajout fait suite aux conditions du gouvernement concernant l'approbation de l'accès au fonds pour le deuxième accord de contribution (17 M\$ en 2011) et vient assurer la conformité à l'exigence prévue dans la Loi sur la gestion des finances publiques concernant la portée des évaluations des subventions et contributions (tous les cinq ans).

L'évaluation couvre à la fois la pertinence et le rendement des accords de contribution de Santé Canada pour ce bénéficiaire. Plus précisément, l'évaluation a porté sur l'atteinte des résultats immédiats et intermédiaires. En outre, l'évaluation a mis en lumière des défis et des leçons issus de l'expérience vécue dans le cadre de l'Initiative tripartite de la C.-B., lesquels pourraient s'appliquer au rôle de Santé Canada dans une éventuelle collaboration future avec les Premières Nations et les partenaires provinciaux.

## **Accords tripartites de contribution avec la C.-B.**

Les accords tripartites de contribution de Santé Canada avec la C.-B. étaient uniques, en ce sens qu'ils représentaient une « initiative » plutôt qu'un programme traditionnel au sein de Santé Canada – ils étaient le résultat de nombreuses années de négociations et de discussions entre trois partenaires, dont le gouvernement du Canada (GC), le gouvernement provincial de la C.-B. et les Premières Nations de la C.-B.

L'évaluation des accords tripartites de contribution de Santé Canada avec la C.-B. était centrée sur les répercussions du financement sur la capacité des Premières Nations de la C.-B. à réussir la transition vers un partenariat intégral en matière de gouvernance et de prestation de programmes, et à créer une nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations en C.-B. qui s'occuperait de la conception, de la gestion et de la prestation des programmes de santé pour les Premières Nations en lien avec le système de santé provincial.

Le travail concernant l'Initiative a commencé à l'échelle bilatérale entre les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement de la C.-B. en 2005, avant que le gouvernement fédéral se joigne aux discussions en 2006. Les premiers efforts et investissements du fédéral avaient pour but de

---

<sup>1</sup> Aux fins du présent rapport, le nom « Autorité sanitaire des Premières Nations » désignera dans tout le document l'entité opérationnelle ayant reçu les fonds de contribution.

soutenir la participation des Premières Nations au processus tripartite global et de développer une relation entre les parties.

## **Sommaire des constatations, des conclusions et des répercussions de l'évaluation**

### **Constatations : Pertinence**

Il y avait un besoin pertinent de soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B. au moyen de fonds de contribution, afin de permettre aux Premières Nations de la C.-B. de participer à cette initiative et de prendre part à la conception, à la planification et à la mise en œuvre de la prestation de services de santé destinés aux Premières Nations de la C.-B.

Les accords tripartites de contribution avec la C.-B. ont été harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada et ont permis l'exercice des responsabilités et des rôles fédéraux pour soutenir et renforcer la participation des Premières Nations de la C.-B. à l'élaboration de politiques et à la planification de la prestation de services de santé.

### **Constatations : Rendement**

L'évaluation a révélé que les progrès réalisés à ce jour concernant les résultats immédiats attendus comprennent : l'établissement de démarches et de mécanismes de collaboration pour les programmes de santé entre les partenaires de prestation (Premières Nations de la C.-B. ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux, y compris les autorités régionales de la santé de la province); l'augmentation de la capacité des Premières Nations de la C.-B. de collaborer à la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations de la C.-B.; l'établissement de mécanismes pour la participation des Premières Nations de la C.-B. à la prise de décisions sur la planification et la prestation de services en santé qui leurs sont destinés; une relation et un partenariat novateurs et intégrés entre les partenaires tripartites; la définition des priorités, des objectifs et des initiatives des Premières Nations de la C.-B. en matière de santé; et la création de mécanismes pour la participation des Premières Nations de la C.-B. aux processus fédéraux et provinciaux de planification des politiques et des programmes en santé.

Les résultats intermédiaires attendus sont atteints, comme le démontre la signature d'un accord tripartite sur la gouvernance ayant force obligatoire (13 octobre 2011), l'établissement d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. et la preuve confirmant que la transition de la conception, de la gestion et de la prestation des programmes se poursuit comme prévue et sera terminée en 2013.

L'analyse de l'affectation et de l'utilisation des ressources a révélé que les ressources investies dans l'ASPN ont eu une incidence positive sur les progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats attendus.

L'examen de la documentation a permis d'illustrer le fait que les investissements à l'appui du développement des capacités, de la collaboration et des partenariats a tendance à assurer la réussite des partenariats entre les initiatives gouvernementales et communautaires. L'analyse des données financières ministérielles a montré que les accords de contribution assuraient l'injection de fonds dans les bons secteurs, pour soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B.

## **Conclusions**

Le financement offert par Santé Canada sous forme de contribution à ce bénéficiaire a permis à celui-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 C.-B.

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 sur le plan opérationnel n'aient pas encore été résolues.

Les accords de contribution révèlent une saine stratégie d'investissement à l'appui de la participation réussie du bénéficiaire à l'Initiative tripartite.

## **Répercussions**

Aucune recommandation officielle n'est proposée, étant donné que les accords de contribution tirent à leur fin et que Santé Canada évoluera dans son rôle de bailleur de fond et de partenaire gouvernemental, suivant les engagements continus énoncés dans l'Accord-cadre et l'Accord de financement du Canada proposé.

Les engagements continus de Santé Canada comprennent : la participation à la nouvelle relation de gouvernance et le soutien de celle-ci; favoriser l'intégration entre les Premières Nations et les programmes provinciaux en santé, dans la mesure du possible; soutenir la capacité de développement des Premières Nations de la C.-B. et encourager la production de rapports rigoureux par les trois partenaires.

Étant donné les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère est conscient que de précieuses leçons retenues devront être prises en compte pour les activités tripartites futures.

## **Leçons retenues de l'évaluation**

La cohérence sur les plans du partenariat, de l'engagement et de la vision commune de tous les acteurs s'est avérée essentielle aux progrès réalisés à ce jour. L'évaluation a révélé un grand nombre de réalisations positives et de processus novateurs qui sont à la source des réussites et des progrès réalisés à ce jour. Ceux-ci comprennent un processus tripartite qui :

- s'appuie sur des efforts antérieurs visant un partenariat tripartite pour établir des cadres permettant d'aborder la question de la gouvernance de la santé des PN et qui comprend les leçons retenues provenant d'autres compétences;
- établit une vision commune et partagée dès le départ;
- favorise la confiance et le renforcement des relations entre les partenaires grâce à un engagement actif, résolu et passionné de la part des hauts fonctionnaires;
- énonce les rôles et les responsabilités au sein du partenariat dans des accords de collaborations officiels;
- met sur pied un organe de gouvernance et des mécanismes opérationnels permettant d'élaborer et d'appliquer des mesures selon une délégation claire et précise des pouvoirs, tout en assurant la séparation des mandats politiques et opérationnels ainsi qu'une prise de décisions opportune;



- nomme un président indépendant externe tôt dans le processus, ce qui permet d'assurer la transparence et de cultiver des partenariats immuables;
- établit de solides protocoles de communication et des dialogues fréquents;
- assure la participation et la mobilisation d'individus qualifiés et informés, au besoin.

L'évaluation souligne de nombreuses leçons retenues reflétant les diverses étapes de l'initiative tripartite au cours des dernières années. Celles-ci peuvent être appliquées à une éventuelle collaboration avec un partenaire, au développement des capacités et à l'intégration. Les leçons résumées ci-dessous comprennent la nécessité de veiller à :

- l'amélioration de la gestion d'urgence et de la planification en cas de pandémie à l'échelle communautaire;
- l'accès à des ressources et du 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 pour le 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 aux méthodes pertinentes sur le plan culturel de même que l'établissement des priorités.

**Tableau 1 : Constatations, conclusions et répercussions de l'évaluation**

		Constatations	Conclusions	Répercussions
Pertinence		Il y avait un besoin pertinent de soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B. au moyen de fonds de contribution, afin de permettre aux Premières Nations de la C.-B. de participer à cette initiative et de prendre part à la conception, à la planification et à la mise en œuvre de la prestation de services de santé destinés aux Premières Nations de la C.-B.	Le financement offert par Santé Canada sous forme de contribution à ce bénéficiaire a permis à celui-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 C.-B.	Aucune recommandation officielle n'est proposée pour cette évaluation, étant donné que les accords de contribution tirent à leur fin et que Santé Canada évoluera dans son rôle de bailleur de fond et de partenaire gouvernemental, suivant les engagements continus énoncés dans l'Accord-cadre et l'Accord de financement
		Les accords tripartites de contribution avec la C.-B. ont été harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada et ont permis l'exercice des responsabilités et des rôles fédéraux pour soutenir et renforcer la participation des Premières Nations de la C.-B. à l'élaboration de politiques et à la planification de la prestation de services de santé.		

		Constatations	Conclusions	Répercussions
<b>Rendement</b>	<b>Efficacité</b>	<p>L'évaluation a révélé que les progrès réalisés à ce jour concernant les résultats immédiats attendus comprennent : l'établissement de démarches et de mécanismes de collaboration pour les programmes de santé entre les partenaires de prestation (Premières Nations de la C.-B. ainsi que les gouvernements fédéral et provinciaux, y compris les autorités régionales de la santé de la province); l'augmentation de la capacité des Premières Nations de la C.-B. de collaborer à la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations de la C.-B.; l'établissement de mécanismes pour la participation des Premières Nations de la C.-B. à la prise de décisions sur la planification et la prestation de services en santé qui leurs sont destinés; une relation et un partenariat novateurs et intégrés entre les partenaires tripartites; la définition des priorités, des objectifs et des initiatives des Premières Nations de la C.-B. en matière de santé; et la création de mécanismes pour la participation des Premières Nations de la C.-B. aux processus fédéraux et provinciaux de planification des politiques et des programmes en santé.</p> <p>Les résultats intermédiaires attendus sont atteints, comme le démontre la signature d'un accord tripartite sur la gouvernance ayant force obligatoire (13 octobre 2011), l'établissement d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. et la preuve confirmant que la transition de la conception, de la gestion et de la prestation des programmes se poursuit comme prévue et sera terminée en 2013.</p>	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.	<p>du Canada proposé.</p> <p>Les engagements continus de Santé Canada comprennent : la participation à la nouvelle relation de gouvernance et le soutien de celle-ci; favoriser l'intégration entre les Premières Nations et les programmes provinciaux en santé, dans la mesure du possible; soutenir la capacité de développement des Premières Nations de la C.-B. et encourager la production de rapports rigoureux par les trois partenaires.</p> <p>Étant donné les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère est conscient que de précieuses leçons retenues devront être prises en compte pour les activités tripartites futures.</p>
	<b>Efficience et économie</b>	<p>L'analyse de l'affectation et de l'utilisation des ressources a révélé que les ressources investies dans l'ASPN ont eu une incidence positive sur les progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats attendus.</p> <p>L'examen de la documentation a permis d'illustrer le fait que les investissements à l'appui du développement des capacités, de la collaboration et des partenariats a tendance à assurer la réussite des partenariats entre les initiatives gouvernementales et communautaires. L'analyse des données financières ministérielles a montré que les accords de contribution assuraient l'injection de fonds dans les bons secteurs, pour soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B.</p>	Les accords de contribution révèlent une saine stratégie d'investissement à l'appui de la participation réussie du bénéficiaire à l'Initiative tripartite.	

# 1. OBJECTIF DE L'ÉVALUATION

## Objectif

Cette évaluation portait sur la pertinence et le rendement (efficacité, efficience et économie) des activités entreprises et des résultats atteints à la suite des investissements de Santé Canada dans l'Initiative tripartite de la Colombie-Britannique (C.-B.) pour la période de 2007-2008 à 2011-2012. L'évaluation a également permis de relever des écarts, des obstacles à la réussite et des exemples de succès associés aux accords tripartites de contribution avec la C.-B., particulièrement dans le contexte des leçons retenues pour d'éventuelles activités tripartites de collaboration.

L'Initiative tripartite de la C.-B. a été appuyée par Santé Canada, par l'entremise de sa Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), laquelle a versé des fonds de contribution à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.<sup>2</sup>. (29 M\$ en 2007-2008, montant auquel une modification subséquente de 10 M\$ a été apportée, ainsi qu'une autre somme de 17 M\$ approuvée par le gouvernement fédéral en décembre 2011).

Cette évaluation a été demandée en 2011, comme l'une des conditions à l'approbation par le gouvernement du financement de 17 M\$. Conformément au Plan d'évaluation ministériel (PEM) quinquennal de Santé Canada, le calendrier de l'évaluation mentionne les accords tripartites de contribution avec la C.-B. comme une exigence de l'évaluation pour 2012-2013.

## 2. DESCRIPTION DES ACCORDS TRIPARTITES AVEC LA C.-B.

### 2.1. Profil des accords tripartites avec la C.-B.

Les accords tripartites de contribution de Santé Canada avec la C.-B. étaient uniques, en ce sens qu'ils représentaient une « initiative » plutôt qu'un programme traditionnel au sein de Santé Canada. L'initiative était le résultat de nombreuses années de négociations et de discussions entre trois partenaires, dont le gouvernement du Canada (GC), le gouvernement provincial de la C.-B. et les Premières Nations de la C.-B.<sup>3</sup>. C'était la première fois que Santé Canada mettait en place des accords de contribution pour une initiative de cette nature.

Le soutien de Santé Canada pour cette initiative s'est reflété dans deux accords de contribution visant un unique bénéficiaire : l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B. Ces accords

---

<sup>2</sup> La « BC First Nations Health Society » s'est d'abord appelée la « BC First Nations Health Summit Society », puis est devenue la « BC interim First Nations Health Authority (iFNHA) » et subséquemment la « First Nations Health Authority (FNHA) », appelée en français « Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN) ». Pour les besoins du présent rapport, l'organisation sera désignée dans tout le document par « Autorité sanitaire des Premières Nations ».

<sup>3</sup> Idem

de contribution étaient uniques dans le contexte canadien, puisqu'ils étaient centrés sur l'habilitation des Premières Nations de la C.-B. à réussir la transition vers un partenariat intégral en matière de gouvernance et de prestation de programmes. Ces accords ont également permis la création d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé, au sein de laquelle l'ASPN de la C.-B. s'occupera de la conception, de la gestion et de la prestation des programmes de santé destinés aux Premières Nations en C.-B. et intégrera la prestation de programmes au système de santé provincial.

L'Initiative tripartite de la C.-B. évolue depuis de nombreuses années (voir l'annexe A pour obtenir des détails). Le travail a commencé à l'échelle bilatérale entre les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement de la C.-B. en 2005, avant que le gouvernement fédéral se joigne aux discussions en 2006. Les premiers efforts et investissements du fédéral avaient pour but de soutenir la participation des Premières Nations au processus tripartite global et de développer une relation entre les parties. L'objectif ultime de l'Initiative, et du financement de contribution initial connexe, n'allait pas au-delà d'un renforcement global des capacités concernant la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations de la C.-B. 2007.

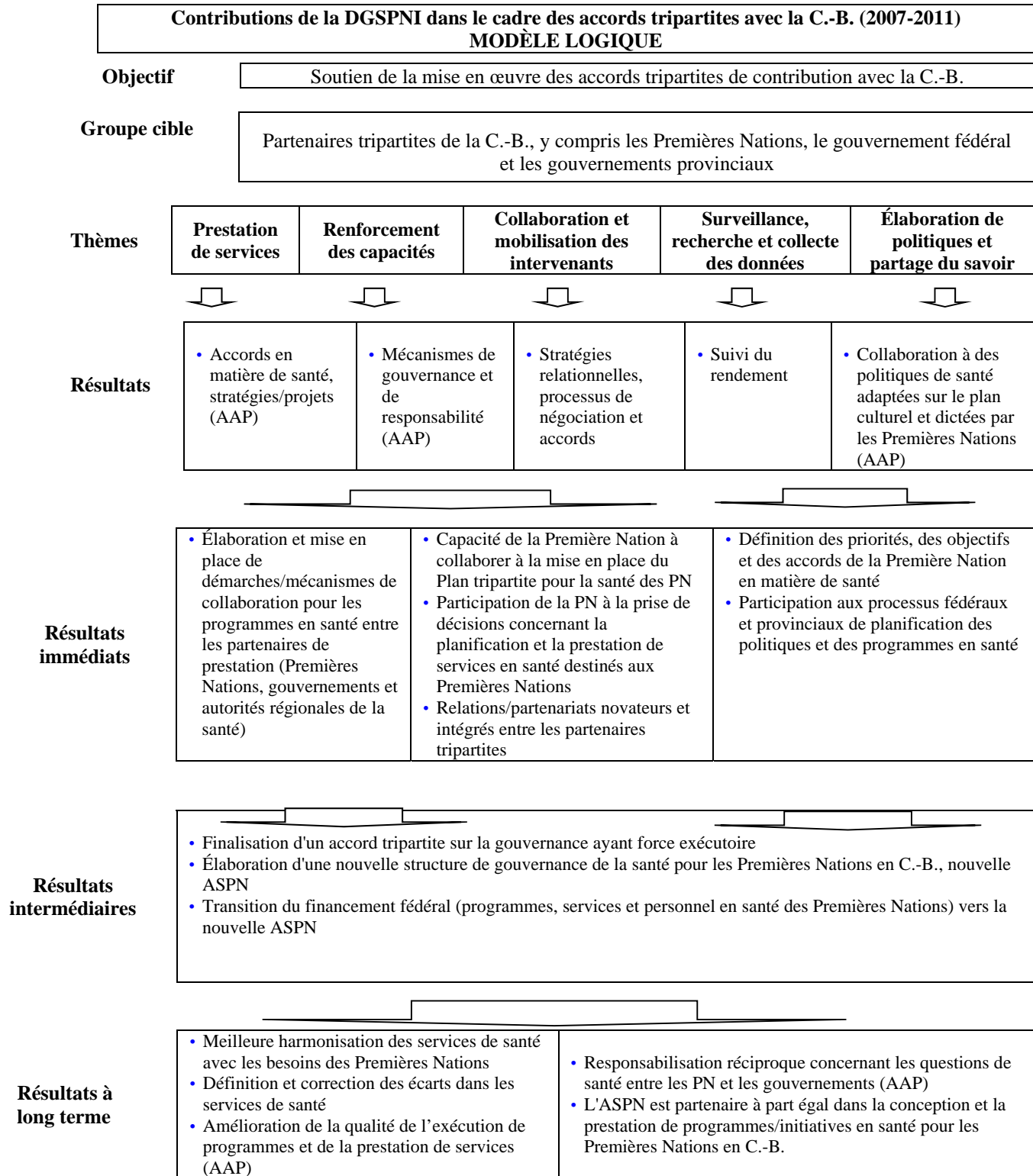
À long terme, la démarche stratégique de Santé Canada consistait à intégrer plus étroitement les services fédéraux et provinciaux en santé destinés aux Premières Nations, ainsi qu'à améliorer l'accès à ces services de santé, à réduire le nombre de chevauchements et de dédoublements dans le service et à accroître l'efficacité, dans la mesure du possible. Les accords de contribution actuels soutiennent cette démarche, y compris le récent Fonds d'intégration des services de santé (FISS) révisé (budget 2010) et le processus tripartite en C.-B. Ces démarches stratégiques sont reflétées dans toute l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) de la DGSPNI et son plan stratégique, en tant qu'objectif clé de la Direction générale (voir la section 2.2).

### **Modèle logique**

Aucun modèle logique précédent ni indicateur de rendement pertinent n'existait pour les contributions dans le cadre des accords tripartites avec la C.-B. Le financement de contribution a été intégré dans le programme de planification en santé de la DGSPNI en tant que « Modèle de financement » ou initiative, plutôt que comme un programme.

À la suite de la demande d'évaluation formulée par le Secrétariat du Conseil du Trésor à la fin de 2011, un modèle logique a été mis au point, en consultation avec des employés clés de Santé Canada de la Région de la capitale nationale (RCN) et du bureau régional de la C.-B. Ce modèle logique indique les extrants et les résultats attendus des contributions dans le cadre des accords tripartites avec la C.-B.

**Figure 1 : Modèle logique des contributions dans le cadre des accords tripartites avec la C.-B.**



## 2.2. Autorisation de programme et ressources

Les fonds de contribution de Santé Canada affectés à l'ASPN de la C.-B. pour l'Initiative tripartite constituent le seul financement inclus dans cette évaluation et sont illustré à la figure 3 ci-dessous.

Le financement de l'Initiative tripartite de la C.-B. en vertu d'un accord de contribution a débuté en 2007-2008. À la suite des changements apportés à l'AAP à cette période, le financement a été fourni à l'ASPN de la C.-B. dans deux secteurs de sous-programmes. Ceux-ci comprennent :

- Le financement couvrant les premiers 29 M\$ et les 10 M\$ subséquents à la suite de la modification du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations est inscrit dans le secteur « planification et gestion de la santé et consultation et liaison en matière de santé » (également dans le secteur « intégration aux systèmes de santé » des autorisations de 2011);
- Le financement couvrant les 17 M\$ pour la mise en œuvre est inscrit dans le secteur « recherche et mobilisation en santé et planification en santé et gestion de la qualité », des composantes des nouvelles autorisations.

Les extraits ou résultats attendus concernant les deux ensembles de mesures de rendement de l'AAP pour les secteurs de sous-programme indiqués ci-dessus ont été intégrés au modèle logique (indiqué par « AAP ») et demeurent cohérents, malgré les changements apportés à la structure de l'AAP.

**Tableau 2 : Financement au moyen de contributions – Santé Canada**

Exercice financier	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total
First Nations Health Society de la C.-B.					10 M\$ (amendement) 17 M\$		56 M\$

## 3. DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION

### 3.1. Portée de l'évaluation

Le point de mire de l'évaluation a été soigneusement établi pour veiller à ce que l'évaluation des accords tripartites de contribution avec la C.-B. reflète les fonds de Santé Canada versés au bénéficiaire et les progrès de ce dernier dans la transition vers la prise en charge de la conception, de la gestion et de la prestation des programmes. À ce titre, la mise en œuvre des accords de contribution (activités et extraits) ainsi que l'atteinte des résultats immédiats et intermédiaires constituent la cible première. La mesure dans laquelle les résultats à long terme ont été atteints n'a pas été incluse dans cette évaluation, car ces résultats visent une période qui ne s'inscrit pas dans la portée des accords de contribution.

Cette évaluation couvre les principaux points de la Politique sur l'évaluation du GC (2009) énoncés ci-dessous et comprend un examen de la pertinence et du rendement des accords tripartites de contribution avec la C.-B., y compris l'économie et l'efficacité. L'évaluation couvre les accords de contributions de 2007-2008 à 2011-2012.

**Tableau 3 : Points fondamentaux de l'évaluation**

Points fondamentaux de l'évaluation et questions	
Pertinence	
Point 1 : Besoin continu du programme	En quoi les accords tripartites de contribution avec la C.-B. sont-ils nécessaires?
Point 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	Les accords tripartites de contribution de la C.-B. sont-ils conformes aux priorités du gouvernement du Canada?
Point 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Les accords tripartites de contribution de la C.-B. sont-ils harmonisés avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
Rendement (efficacité, efficacité et économie)	
Point 4 : Réalisation des résultats escomptés	Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints? Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?
Point 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie	Les accords tripartites de contribution de la C.-B. ont-ils été mis en œuvre de manière efficace et économique?

### Analyse ministérielle de l'évaluation des risques

Une analyse de l'évaluation des risques a été menée afin de définir une démarche d'évaluation et de déterminer le niveau d'effort requis pour réaliser l'évaluation. Le niveau de classement global des risques pour cette évaluation, tel qu'il est défini dans le PEM de Santé Canada 2011-2012, était « moyen ».

Les évaluations qui révèlent un risque moyen peuvent faire l'objet d'un « plan d'étude réduit » au moyen d'au moins deux sources de données et d'un échantillon de taille moyenne (p. ex. examen modéré/ciblé de la documentation et des publications/données, nombre moyen d'entrevues). Cela a été intégré dans la conception de l'évaluation.

## 3.2. Démarche d'évaluation

L'évaluation comprenait une démarche participative, c'est-à-dire l'inclusion d'intervenants internes (RCN et personnel régional) à l'élaboration du cadre d'évaluation, au déroulement de l'évaluation et à l'examen des données techniques de même qu'à l'analyse du rapport d'évaluation.

### **3.3. Conception de l'évaluation**

Cette évaluation est fondée sur un modèle descriptif non expérimental et non axé sur les résultats. Elle a permis d'évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats attendus relativement aux contributions versées à l'ASPN de la C.-B. et comprenait une analyse ciblée de l'affectation et de l'utilisation des ressources.

### **3.4. Méthodes de collecte des données**

Un cadre d'évaluation a été mis au point afin de guider l'évaluation. À l'intérieur de ce cadre d'évaluation, une matrice de collecte de données a été préparée afin d'orienter la stratégie de collecte de données.

Les méthodes utilisées pour la collecte de données, dans le cadre de cette évaluation, comprenaient (d'autres détails sont fournis à l'annexe A) :

- Examen de la documentation et des publications (référence fournie à l'annexe B);
- Entrevues d'informateurs clés (n=23) avec les intervenants internes et externes.

Des preuves ont été recueillies à même les différentes sources de données et ont été analysées à l'aide des méthodes décrites ci-dessous pour permettre la comparaison des données et pour étayer les conclusions fondées sur des preuves.

### **3.5. Méthodes d'analyse des données**

Les données recueillies ont été analysées au moyen des méthodes qui suivent.

- Examen systématique des données extraites des documents, création de tableaux sommaires et formulation de conclusions en fonction des données sommaires.
- Analyse statistique des données quantitatives et création de graphiques pertinents.
- Analyses des tendances (financières), méthode d'analyse de données chronologiques (information recueillie en séquence sur une période donnée) – cette analyse consiste à comparer des données pour le même indicateur, en vue de déterminer si une relation existe entre les variables relatives à cet indicateur précis.
- Analyse des données quantitatives issues des questions d'entrevues auprès des informateurs clés, au moyen d'une technique d'analyse thématique, selon laquelle les réponses sont examinées systématiquement et les thèmes émergents sont définis et classés.
- Comparaison des données provenant de l'examen de périodiques et des sondages menés auprès des intervenants afin de résumer les données issues de sources disparates et de valider les tendances à même les constatations tirées à la suite de cette évaluation.



### 3.6. Limites à l'exécution de l'évaluation et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. La présente section aborde les limites liées à la conception et aux méthodes de l'évaluation en question. Il est aussi question des stratégies d'atténuation mises en œuvre pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

**Tableau 4 : Limites**

Limite	Défi	Stratégie d'atténuation
<p><b>Données sur le rendement</b> Absence d'un cadre de mesure du rendement préexistant</p> <p>Disponibilité limitée des données financières ministérielles</p>	<p>Insuffisance des données continues sur la mesure du rendement à l'appui de l'évaluation</p> <p>Le manque de données financières sur l'établissement du coût de revient empêche l'évaluation complète de l'économie et de l'efficacité</p>	<p>Le personnel ministériel, y compris les représentants régionaux de la DGSPNI, ont conçu un cadre de mesure du rendement avant que l'évaluation soit menée, afin de faciliter l'identification et la collecte d'information pertinente sur le rendement, au moyen de trois sources de données</p> <p>Une analyse ciblée de l'affectation et de l'utilisation des ressources a été incluse dans l'évaluation, de même qu'un examen de la documentation, afin de soutenir la nature efficace et efficiente de la méthode théorique de développement des capacités</p>
<p><b>Entrevues auprès d'informateurs clés</b> Entrevues de nature rétrospective</p> <p>Échantillon petit mais utile</p> <p>Les personnes choisies pour une entrevue ne faisaient pas partie de l'initiative au début</p>	<p>Les entrevues de nature rétrospective offrent une perspective récente sur les événements passés; elles peuvent avoir une incidence sur la validité des activités d'évaluation ou sur les résultats liés aux améliorations apportées à l'initiative</p> <p>Étant donné la petite taille de l'échantillon, les perspectives communautaires n'ont pas été incluses</p> <p>La capacité de certaines personnes externes interrogées à parler des premières étapes du développement était limitée</p>	<p>L'examen de la documentation alimente le savoir collectif</p> <p>Un échantillon équivalent, composé d'intervenants externes et d'intervenants internes du gouvernement interrogés, a été choisi pour fournir une perspective équilibrée, le chef de l'ASPN ayant été identifié représentant les perspectives communautaires</p> <p>Les questions d'entrevue ont été ajustées afin de veiller à ce que toutes les étapes de l'initiative soient couvertes, dans toutes les entrevues.</p>

## 4. PRINCIPALES CONSTATATIONS

### 4.1. Pertinence

#### 4.1.1. Point fondamental 1 : Nécessité des accords tripartites de contribution avec la C.-B.

**Il y avait un besoin pertinent de soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B. au moyen de fonds de contribution, afin de permettre aux Premières Nations de la C.-B. de participer à cette initiative et de prendre part à la conception, à la planification et à la mise en œuvre de la prestation de services de santé destinés aux Premières Nations de la C.-B.**

Les accords fédéraux de contribution ont appuyé les Premières Nations de la C.-B. dans le développement de l'infrastructure organisationnelle, laquelle leur permettra « [d'améliorer] leur capacité de concevoir, de gérer et d'offrir des programmes et des services de santé de qualité et d'évaluer ces derniers ». Dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) 2012-2013 de Santé Canada, on indique que les fonds issus des accords de contribution sont utilisés à des fins comme « la planification et la gestion de la prestation de services de santé de qualité » et « l'intégration et l'harmonisation de la gouvernance des services de santé existants »<sup>4</sup>.

Dans leur rapport d'étape de 2007-2010, le Conseil de la santé des Premières Nations indique ceci : « [traduction] De toutes les stratégies et de tous les objectifs que contient notre plan, l'obtention de financement constitue probablement l'objectif le plus crucial pour la First Nation Health Society... Notre capacité à planifier les investissements pour la mise en œuvre du *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* de la C.-B. (PTSPN) et à affecter nos ressources humaines et financières est plus grande maintenant que les Premières Nations ont une idée plus sûre des revenus qui serviront à la mise en œuvre du PTSPN »<sup>5</sup>.

Les bases ont été jetées pour l'accord de contribution tripartite avec la C.-B. à la suite de la signature du *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations 2007*. Santé Canada s'est engagé à fournir 29 M\$ sur quatre ans (2007-2008 à 2010-2011) « [traduction] pour soutenir les Premières Nations de la C.-B. dans l'application de 29 mesures de suivi définies dans le Plan tripartite pour la santé »<sup>6</sup>. L'accord de contribution de 2007-2008 sur le financement de la santé indiquait que, « [traduction] aux fins de cet accord, l'accent est mis sur la gouvernance des programmes et des services en santé »<sup>7</sup>.

En 2010, au moment de conclure une entente de principe (à savoir, *Basis for a Framework Agreement on Health Governance*), Santé Canada a versé 10 M\$ de plus en fonds internes, sur une période de deux exercices (2011-2012 et 2012-2013), au bénéficiaire. Ce financement a été

---

<sup>4</sup> Santé Canada, 2012-2013, Rapport sur les plans et les priorités, p. 37-38

<sup>5</sup> Conseil de la santé des Premières Nations, 3 Years of Progress 2007-2010, p. 97

<sup>6</sup> Santé Canada, Tripartite Initiative Health Canada Transition Plan, janvier 2012

<sup>7</sup> Accord de contribution unifié visant le financement en matière de santé (2008-02-101-00010), p. 1

ajouté à la contribution de 29 M\$ déjà versée en 2007-2008, afin de soutenir le travail en cours relativement aux 29 mesures de suivi en santé et aux 10 autres qui s'y sont ajoutées ultérieurement, ainsi que pour appuyer les discussions tripartites continues sur la gouvernance.

La nécessité d'une nouvelle ASPN a été exprimée dans le document tripartite intitulé « Mise en œuvre de la vision »<sup>8</sup>, dans lequel on indique que le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, qui a été signé par le First Nations Leadership Council (FNLC), le gouvernement du Canada et le gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) le 11 juin 2007, engageait les parties à mettre en place une nouvelle structure de gouvernance qui « favorisera une responsabilisation accrue et une plus grande prise en charge des services de santé par les Premières Nations. » Alors que ce travail se poursuivait, Santé Canada a signé l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* (2011) et, grâce à un accord de contribution, a fourni 17 M\$ en tant que contribution fédérale aux frais de mise en œuvre et de transition, afin que les Premières Nations de la C.-B. puissent implanter l'*Accord-cadre*. En partie, cela a favorisé l'évolution de la First Nations Health Society afin qu'elle devienne la nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN)<sup>9</sup>.

Une fois la transition finale à l'ASPN terminée, l'Accord-cadre exige du Ministère qu'il « [traduction] s'éloigne de son rôle de prestataire et se concentre sur le travail lié au financement et à la responsabilisation et sur son rôle de partenaire de gouvernance »<sup>10</sup>.

#### **4.1.2. Point fondamental 2 : Conformité aux priorités du gouvernement**

##### **Les accords tripartites de contribution avec la C.-B. ont été harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada.**

L'examen de la documentation a révélé certaines preuves indiquant que les accords tripartites de contribution avec la C.-B. sont soutenus publiquement par le gouvernement fédéral. Aucune référence précise n'a été relevée dans les discours du Trône ou dans les présentations du budget au Parlement. Toutefois, des engagements politiques particuliers de la part du ministre fédéral de la Santé, au moment où la ministre a signé des documents clés avec les Premières Nations de la C.-B. et la province de la C.-B., ont été observés. Plus spécifiquement, la ministre a signé le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* en 2007-2008, s'engageant à prendre des mesures en santé et à amorcer des discussions sur la gouvernance. Cet engagement incluait le premier accord de contribution de 29 M\$.

Dans le budget de 2008, la DGSPNI a reçu un financement pour les négociations tripartites<sup>11</sup>. Le document du budget de 2008 (présentation) fait référence à ce financement, combiné à d'autres fonds de la DGSPNI.

---

<sup>8</sup> Mise en œuvre de la vision : Gouvernance des services de santé des Premières Nations en Colombie-Britannique [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt\\_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf)

<sup>9</sup> Mise en œuvre de la vision : Gouvernance des services de santé des Premières Nations en Colombie-Britannique [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt\\_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf)

<sup>10</sup> Santé Canada, Tripartite Initiative Health Canada Transition Plan, janvier 2012, p. 13

<sup>11</sup> Au total, 17 M\$ sur 5 ans, bien que rien n'a été versé cette année-là à l'ASPN.

L'examen de la documentation a révélé que les accords tripartites de contribution avec la C.-B. étaient harmonisés avec les résultats stratégiques de Santé Canada ainsi qu'avec le mandat et les objectifs de la DGSPNI.

Sur le plan des résultats stratégiques de Santé Canada, les accords tripartites de contribution avec la C.-B. rejoignent plus étroitement le résultat stratégique 3 : « Santé Canada joue un rôle important en soutenant la prestation de programmes et de services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ainsi que l'accès à ces programmes et services » et continueront de « poursuivre les efforts de collaboration avec les provinces, les territoires, les Premières Nations et les Inuits pour assurer la fourniture de services de qualité et mettre en œuvre l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. »<sup>12</sup>

Dans le *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits* (avril 2012) de Santé Canada on indique ceci : « L'organisation des services de santé des Premières Nations et des Inuits, ainsi que leurs interactions avec l'ensemble du système de la santé sont des éléments essentiels à prendre en considération pour assurer un accès équitable aux services de soins de santé. Il s'agit également de domaines où Santé Canada a plus particulièrement le mandat de favoriser des progrès. »<sup>13</sup>

Le Rapport ministériel sur le rendement (RMR) 2010-2011 de Santé Canada souligne le rôle continu et important du Ministère dans le soutien de la prestation de programmes et de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits et dans le développement de stratégies ministérielles « en vue d'aider à réduire davantage l'écart entre les résultats en santé des Premières Nations et des Inuits et ceux des autres Canadiens », un objectif essentiel du PTSPN. Un engagement visant à continuer d'analyser « la possibilité d'intégrer et d'harmoniser les programmes et les services de santé des Premières Nations fédéraux et provinciaux au moyen de discussions tripartites » a été exprimé en tant que priorité ministérielle<sup>14</sup>.

Dans un examen des quatre dernières années du RPP de Santé Canada, le Ministère a exprimé son engagement continu à l'égard du renforcement des capacités pour soutenir la prestation des services de santé par les collectivités des Premières Nations et des Inuits. Dans le plus récent RPP (2012-2013), la Ministre s'est engagée à mettre en œuvre l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations et a promis de « poursuivre les efforts de collaboration avec les provinces, les territoires, les Premières Nations et les Inuits pour assurer la fourniture de services de qualité »<sup>15</sup>.

L'examen de la documentation a également révélé que les accords tripartites de contribution avec la C.-B. étaient harmonisés avec le mandat et les objectifs de la DGSPNI, lesquels consistent à subvenir aux besoins en santé des Premières Nations et des Inuits comme suit : garantir la disponibilité et l'accessibilité de services de santé de qualité, permettre aux Inuits et aux membres des Premières Nations d'exercer un contrôle accru sur le système de santé et appuyer

---

<sup>12</sup> Santé Canada, BC Tripartite Initiative Health Canada Transition Plan, janvier 2012, (2012-02-101-00023), p. 6

<sup>13</sup> Idem., p. 7.

<sup>14</sup> Santé Canada, Rapport ministériel sur le rendement, 2010-2011, p. 10

<sup>15</sup> Santé Canada, 2012-2013, Rapport sur les plans et les priorités, p. 1

l'amélioration des programmes et des services de santé des Premières Nations et des Inuits en vue de parvenir à une meilleure intégration et à une meilleure harmonisation avec les systèmes de santé provinciaux ou territoriaux. On reconnaît aussi l'harmonisation avec les priorités/résultats stratégiques ministériels dans l'établissement du nouveau bureau de l'Initiative tripartite de la C.-B. au siège social « [traduction] afin de diriger l'achèvement et la mise en œuvre de l'Accord-cadre »<sup>16</sup>.

### **4.1.3. Point fondamental 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral**

**Les accords tripartites de contribution avec la C.-B. ont été harmonisés avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral et de Santé Canada pour soutenir et renforcer la participation des Premières Nations à l'élaboration de politiques et à la planification de la prestation de services de santé.**

Le rôle du gouvernement fédéral consiste à soutenir les initiatives qui favorisent la bonne santé des Premières Nations et des Inuits. Ce rôle est en partie rempli par l'offre de financement au moyen de contributions. Un examen du RPP au cours des cinq dernières années révèle que les accords tripartites de contribution avec la C.-B. sont uniformément harmonisés avec les activités de programme ministérielles. De 2007-2008 à 2012-2013, Santé Canada a fait référence à son rôle comme étant celui de « soutenir la prestation de programmes et de services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ainsi que l'accès à ces programmes et services ».

En 2011, le résultat stratégique 3 (révisé) a été remanié et prévoit désormais le renforcement des programmes des Premières Nations et des Inuits (PNI) par l'augmentation du contrôle exercé par ces derniers sur la prestation du programme de santé, ainsi que l'intégration des programmes des PNI aux systèmes et aux programmes de santé provinciaux existants afin d'influencer l'efficacité et d'éviter les doublons. Dans sa description du résultat stratégique, le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada indique ceci : « Santé Canada appuie les Premières Nations et les Inuits pour atteindre leurs objectifs en matière de santé et de bien-être, en travaillant de concert avec eux ainsi qu'avec les provinces et les territoires, dans le but de promouvoir des modèles concertés en santé et en soins de santé qui appuient les personnes, les familles et les communautés, dans une perspective holistique, tout en respectant les rôles, les responsabilités et les compétences de chacun. »<sup>17</sup>

On définit dans la section « Faits saillants de la planification » du RPP 2012-2013 de Santé Canada la vision à long terme du Ministère concernant l'intégration des services de santé fédéraux et provinciaux pour les Premières Nations et les Inuits et précise son engagement à « continuer à travailler avec le gouvernement de la Colombie-Britannique et les Premières Nations de la Colombie-Britannique afin de mettre en œuvre un accord-cadre tripartite sur la gouvernance de la santé, le premier du genre pour la santé des Premières Nations »<sup>18</sup>.

---

<sup>16</sup> Santé Canada, BC Tripartite Initiative Health Canada Transition Plan, janvier 2012, p. 11

<sup>17</sup> Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, synopsis proposé du contenu principal (2012-020111-00078), p. 1

<sup>18</sup> Santé Canada, 2012-2013, Rapport sur les plans et les priorités (#109-2012-2013), p. 43

Les accords de contribution sont régis par des modalités et des conditions spécifiques qui peuvent être établies de manière à atteindre les objectifs ministériels. Les modalités et les conditions de Santé Canada touchant l'autorisation relative au soutien de l'infrastructure de la santé de la DGSPNI indiquent ceci :

- L'activité de soutien à l'infrastructure sanitaire appuie la vision à long terme d'un système de santé intégré davantage géré par les collectivités inuites et celles des Premières Nations grâce à une amélioration de leur capacité de concevoir, de gérer, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé de qualité. Il s'agit de la base du soutien de la prestation de programmes et de services aux collectivités et aux membres des Premières Nations. De plus, cette activité favorise l'innovation et les partenariats relativement à la prestation de soins de santé afin de mieux répondre aux besoins uniques en santé des membres des Premières Nations et des Inuits.
- L'amélioration de la santé des Autochtones est une responsabilité que se partagent les partenaires fédéraux, provinciaux ou territoriaux et autochtones. En vue d'améliorer les systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuits, la DGSPNI travaille avec ses partenaires à élaborer des solutions intégrées, viables et à long terme, par des efforts concertés, notamment la création de partenariats entre les gouvernements provinciaux et les Premières Nations, en vue d'intégrer les systèmes de santé fédéraux et provinciaux.
- La DGSPNI soutient également la capacité améliorée des collectivités inuites et des Premières Nations à répondre à leurs propres besoins uniques en matière de santé en leur donnant plus de contrôle sur la conception et la prestation des programmes de santé.

Les preuves permettant de démontrer la légitimité du rôle fédéral dans les accords de contribution ont été trouvées dans divers documents, y compris dans les plans et politiques ci-dessous :

- *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* : « La politique qui régit les programmes fédéraux destinés aux Indiens (dont la politique sur la santé fait partie) découle des dispositions de la Constitution et des lois, des traités et de la coutume. [...] Le gouvernement fédéral reconnaît ses responsabilités légales et traditionnelles à l'égard des Indiens... »
- La Politique mentionne trois piliers sur lesquels doit reposer l'amélioration de l'état de santé dans les collectivités indiennes : « 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. »<sup>19</sup>
- *Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1989)* : Cette politique a pour objectif de promouvoir l'adoption de services communautaires de soins de santé. Elle a fourni

---

<sup>19</sup> Politique de 1979 sur la santé des Indiens (2008-02-110-00069), p. 1

des occasions à certaines collectivités et à certains conseils tribaux d'assumer une plus grande responsabilité dans la planification et la prestation de services et programmes de santé<sup>20</sup>.

- Le synopsis du *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada* fait référence à l'objectif stratégique (approuvé par le gouvernement fédéral en 2011) qui définit le rôle du Ministère qu'est le soutien des Premières Nations et des Inuits « pour atteindre leurs objectifs en matière de santé et de bien-être, en travaillant de concert avec eux ainsi qu'avec les provinces et les territoires, dans le but de promouvoir des modèles concertés en santé et en soins de santé qui appuient les personnes, les familles et les communautés, dans une perspective holistique, tout en respectant les rôles, les responsabilités et les compétences de chacun. »<sup>21</sup>
- En outre, « l'organisation des services de santé des Premières Nations et des Inuits, ainsi que leurs interactions avec l'ensemble du système de la santé sont des éléments essentiels à prendre en considération pour assurer un accès équitable aux services de soins de santé. Il s'agit également de domaines où Santé Canada a plus particulièrement le mandat de favoriser des progrès. Voilà pourquoi l'accès à des services de santé de qualité constitue un objectif stratégique clé pour la Direction générale. »<sup>22</sup>
- Le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (TCA: FNHP)* (2006) fait référence au rôle juridictionnel du gouvernement fédéral. Le TCA: FNHP reconnaît « [traduction] les relations et responsabilités juridictionnelles et fiduciaires établies et en pleine évolution » et souligne l'importance du partenariat avec le gouvernement fédéral comme étant « [traduction] essentiel à la réussite du Plan »<sup>23</sup>.
- Le TCA: FNHP fait également état de la nature historique du financement offert par le gouvernement fédéral, par l'entremise de la Direction général de la santé des Premières Nations et des Inuits, concernant un large éventail de programmes de santé pour soutenir les peuples des Premières Nations (dans les réserves). Au moyen de ces mécanismes de financement « [traduction] un vaste réseau de centres de santé, de professionnels et de praticiens a été établi pour assurer une démarche communautaire de prestation de services de santé aux Premières Nations de la Colombie-Britannique ». Le TCA: FNHP fait valoir que « [traduction] ce sont ce réseau et ces solutions communautaires qu'il faut développer et soutenir »<sup>24</sup>.

Ces documents laissent entrevoir une tendance vers l'augmentation du contrôle/autorité des collectivités des Premières Nations concernant la gouvernance et les services de santé, et semblent reconnaître les désavantages relatifs auxquels sont confrontées les collectivités des Premières Nations et inuites lorsqu'il est question de leur état de santé.

---

<sup>20</sup> Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens, 1989 (#110) (tirée de [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/\\_agree-accord/10\\_years\\_ans\\_trans/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-fra.php))

<sup>21</sup> Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada, synopsis proposé du contenu principal, avril 2012. (2013-02-111-00078), p. 1

<sup>22</sup> Idem., p. 4.

<sup>23</sup> Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (TCA:FNHP) – Supporting the Health and Wellness of First Nations in British Columbia (2007-04-111-00054), p. 2-4

<sup>24</sup> Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (TCA:FNHP) – Supporting the Health and Wellness of First Nations in British Columbia (2007-04-111-00054), p. 4

Ces tendances sont reflétées dans les accords tripartites de contribution avec la C.-B., lesquels soutiennent l'amélioration de l'état de santé au sein de ces collectivités et augmentent la capacité des collectivités des Premières Nations à concevoir, à gérer et à offrir des programmes et des services de santé.

## 4.2. Rendement

### 4.2.1. Point fondamental 4 : Atteinte des résultats immédiats

**Résultat immédiat 1 : Élaboration et mise en place de démarches et de mécanismes de collaboration pour les programmes entre les partenaires de prestation (Premières Nations, gouvernements et autorités régionales de la santé)**

**L'évaluation a révélé que des démarches et des mécanismes de collaboration pour les programmes en santé entre les partenaires de prestation (Premières Nations, gouvernement fédéral et gouvernements provinciaux, y compris les autorités régionales de la santé) avaient été établis.**

L'élaboration et la mise en place de démarches et de mécanismes de collaboration pour les programmes en santé ont évolué au fil du temps et sont démontrées dans deux initiatives clés :

1. Le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations (PTSPN);
2. L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, ou l'*Accord-cadre*.

Le PTSPN (approuvé en mai 2007) énonce une « vision collective » selon laquelle les « Premières Nations, Santé Canada et le gouvernement provincial (y compris les autorités régionales de la santé) entretiendront des rapports de collaboration fondés sur le respect, la réconciliation et la reconnaissance de leurs rôles mutuels en tant que partenaires de la gouvernance »<sup>25</sup>. En tant que composante de la structure de gouvernance, de relations et de responsabilisation, les parties se sont engagées à mettre sur pied un comité consultatif sur la santé des Premières Nations qui « examinera et surveillera les plans de santé pour les Autochtones des autorités régionales de la santé, suivra de près les résultats sur la plan de la santé dans les communautés des Premières Nations et recommandera aux parties des mesures visant à éliminer les écarts en matière de santé »<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, (2008-04-101-00057), p. 2

<sup>26</sup> Idem., p. 4.



Le PTSPN<sup>27</sup> établit une vision commune en matière de réforme de la gouvernance de manière à offrir des services de santé qui répondent aux besoins des Premières Nations. Il définit quatre composantes :

- Une instance gouvernante de la santé des Premières Nations (maintenant appelée Autorité sanitaire des Premières Nations) qui assumera les tâches suivantes : adopter des politiques, déterminer les résultats à atteindre, affecter les ressources, établir les normes de service et mettre en application les exigences courantes en matière de responsabilisation réciproque;
- Un conseil de la santé des Premières Nations qui aura pour mandat de s'acquitter des tâches suivantes : défendre les intérêts des Premières Nations, participer aux processus fédéraux et provinciaux d'élaboration des politiques et de planification en santé et jouer un rôle de chef de file dans la mise en œuvre du Plan;
- Un comité consultatif tripartite sur la santé des Premières Nations (maintenant appelé comité consultatif provincial sur la santé des Premières Nations) suivra de près les résultats sur le plan de la santé, surveillera les plans de santé pour les Autochtones des autorités régionales de la santé et recommandera des mesures à prendre aux parties;
- Une association de directeurs de la santé, la First Nations Health Directors Association, dont les membres sont des directeurs de la santé des Premières Nations et d'autres professionnels de la santé, mettra l'accent sur le développement des capacités, la formation, le transfert des connaissances et fournira un soutien professionnel aux responsables des programmes de santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique.

L'Accord-cadre (AC) réitère qu'il est essentiel que « les parties collaborent » afin de créer une nouvelle structure de gouvernance de la santé « dans le cadre de laquelle les Premières Nations planifieront, concevront, géreront et offriront certains programmes et services de santé » et d'établir « un système de santé plus intégré à l'aide de liens plus solides parmi l'ASPN, les fournisseurs de services de santé des Premières Nations, Santé Canada, le ministère de la Santé de la C.-B. et les *Health Authorities* de la C.-B., afin de mieux coordonner la planification, la conception, la gestion et l'exécution de programmes de santé des PN »<sup>28</sup>.

L'AC demande aussi aux partenaires tripartites de s'engager à établir « une relation nouvelle et durable, fondée sur le respect, la responsabilité réciproque, la collaboration et l'innovation, qui favorise la poursuite de la santé et du mieux-être améliorés pour les Premières Nations en C.-B. »<sup>29</sup>, et demande plus précisément à l'ASPN d'assurer « la collaboration et l'intégration » avec les gouvernements et les autres organismes de santé et liés à la santé<sup>30</sup>.

L'examen de la documentation a fait ressortir d'autres exemples de démarches de collaboration établies par les Premières Nations de la C.-B., y compris :

---

<sup>27</sup> Mise en œuvre de la vision : Gouvernance des services de santé des Premières Nations en Colombie-Britannique [http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/alt\\_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/fnihah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/services/tripartite/vision-fra.pdf)

<sup>28</sup> Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, (2011-02-101-00001), p. 5

<sup>29</sup> Idem., p. 17.

<sup>30</sup> Idem., p. 17.

- Un cadre de planification relevant de multiples ressorts qui, dans le contexte de la prestation des services, établit des liens entre les plans de santé communautaire des Premières Nations et les plans de l'Autorité régionale de la santé. [Cette exigence est mentionnée dans l'AC et le PTSPN, lequel exige des autorités régionales en santé de la C.-B. qu'elles établissent des plans de santé locaux pour toutes les Premières Nations de la C.-B. et reconnaît « l'importance cruciale des solutions et approches communautaires »<sup>31</sup>.] Le processus du Conseil de la santé des Premières Nations comporte des rencontres avec les Premières Nations de chacune des cinq régions sanitaires de la C.-B. Des caucus régionaux sur la santé des Premières Nations (Fraser; North; Vancouver; Vancouver Island; Interior) ont été mis sur pied en tant que formule permettant des rencontres périodiques auxquelles on peut inviter les partenaires à la table et collaborer avec eux. Les tables régionales ont été établies afin de servir « d'assise » aux caucus régionaux et pour négocier des ententes avec les autorités régionales de la santé.
- The Consensus Paper: *British Columbia First Nations Perspectives on a New Health Governance Arrangement*, est un document qui a été élaboré par le CSPN, d'après les rétroactions obtenues lors de cinq caucus régionaux et sur les Health Partnership Workbooks. On y explique les principes appliqués à l'échelle de la province et on y présente des conseils en matière de gouvernance de la santé des Premières Nations. Ce document réunit les éléments communs aux cinq caucus régionaux et présents au Conseil de santé des Premières Nations une orientation qui lui permettra d'aller de l'avant et de collaborer avec la C.-B. et le Canada pour conclure une nouvelle structure de gouvernance de la santé des Premières Nations.
- Le PTSPN a relevé plus de 29 projets de collaboration (« mesures en santé ») et ajouté ultérieurement 10 projets ayant pour but d'améliorer les résultats en santé, l'accès aux services et la coordination de la prestation de soins de santé. À titre d'exemple, l'examen de la documentation a également permis de voir que les partenaires fédéraux, provinciaux et des Premières Nations au PTSPN ont mis au point, en collaboration, une charte de projet pour le First Nations Tele-Health Expansion Project (projet d'expansion du réseau télésanté des Premières Nations). Dans le cadre de cette initiative, la Première nation et les partenaires fédéraux et provinciaux collaborent au renforcement des capacités au sein des collectivités des Premières Nations et amorcent le processus de développement des applications afin d'améliorer et d'intégrer les priorités en matière de service ciblées dans le PTSPN.
- Embauche d'un médecin-conseil en santé autochtone au sein du ministère provincial de la Santé : La nomination en 2007 d'un médecin-conseil en santé autochtone a démontré que les collectivités des Premières Nations participaient de plus en plus aux discussions et à la planification concernant leur propres priorités et défis en matière de soins de santé. En 2012, le médecin-conseil a été nommé Deputy Provincial Health Officer au sein du ministère de la Santé de la C.-B en avril 2012, conformément à un engagement fait dans le cadre de l'Accord-cadre tripartite.

---

<sup>31</sup> Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, p. 1

L'information recueillie auprès des informateurs clés pour cette section est comprise dans le *Résultat immédiat 6 : Participation aux processus fédéraux et provinciaux de planification des politiques et des accords de contribution en santé.*

**Résultat immédiat 2 : Capacité de la Première Nation à collaborer à la mise en place du Plan tripartite pour la santé des PN**

**L'évaluation a révélé que la capacité des Premières Nations à collaborer à la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations a augmenté au cours de la période d'application des accords de contribution.**

L'examen de la documentation a permis de constater que des efforts considérables ont été déployés pour la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, notamment :

- La First Nations Health Society soutient la mise en œuvre du PTSPN en collaborant avec le Conseil de la santé des Premières Nations, les collectivités des Premières Nations et les partenaires tripartites – 13 réunions ont été tenues en 2009-2010;<sup>32</sup>
- Cinq caucus sur la santé des Premières Nations (Fraser; North; Vancouver; Vancouver Island; Interior) ont été mis sur pied en tant que formule permettant des rencontres périodiques auxquelles on peut inviter les partenaires à la table et collaborer avec eux;
- Une liste de professionnels et de conseillers en santé autochtone ont été choisis par l'ASPN pour procéder à la mise en œuvre des mesures en santé énoncées dans le Plan;<sup>33</sup>
- Grâce à la création de carrefours de participation communautaire, les Premières Nations ont été capables de communiquer, de collaborer et de faire la planification avec les collectivités voisines. Les carrefours de participation communautaire représentent la plupart des 203 Premières Nations de la C.-B.; au mois de mars 2010, 25 carrefours avaient été établis dans les cinq régions. [En 2007-2008, 10 carrefours de participation communautaire ont été créés; 100 collectivités des Premières Nations ont participé à leur création. En 2008-2009, neuf carrefours ont été ajoutés et au 31 mars 2010, on comptait 25 carrefours représentant quelque 160 collectivités (79 % des 203)];
- L'ASPN a complété les carrefours par l'ajout de postes d'agents de liaison pour l'engagement communautaire, pour les régions de l'Intérieur, de l'île de Vancouver et du Nord, afin de soutenir les collectivités, de créer des occasions de dialoguer et d'échanger ainsi que de renforcer les communications entre l'équipe technique et les membres du carrefour, y compris les autorités régionales de la santé de la province dans chaque région (2007-2010);
- L'Association des directeurs de la santé des Premières Nations a fourni un mécanisme aux directeurs de la santé communautaire et aux organismes de santé des Premières Nations des collectivités pour leur permettre de participer à la conception et à la planification des services dans leurs secteurs.

---

<sup>32</sup> Rapport du Conseil de la santé des Premières Nations, (2011-01-03-00085)

<sup>33</sup> Idem

- De nombreux mécanismes, outils et documents d'orientation ont été mis en place pour favoriser le renforcement des capacités des Premières Nations, par l'offre de soutien, de conseils, d'accès à l'information récente et des méthodes permettant d'établir des liens et d'habiliter les collectivités à participer, par exemple : Le site Web du CSPN, des bulletins trimestriels publiés en avril, juillet, octobre et janvier de chaque année, des publipostages électroniques sur des questions émergentes ou de nouveaux renseignements, les cinq assemblées des chefs, les forums « Gathering Wisdom » ainsi que l'utilisation d'un canal jeunesse du CSPN pour joindre un public plus jeune. Grâce à ces mécanismes, la capacité des Premières Nations continue de croître et d'évoluer. Bon nombre de ces outils ont aidé l'ASPN dans le regroupement des collectivités des Premières Nations et ont soutenu indirectement le PTSPN à long terme;

Les questions posées lors des entrevues auprès des intervenants clés ont servi à déterminer que la capacité des Premières Nations était liée aux éléments suivants : le leadership, la planification et la gestion des risques, la gestion financière, la gestion des ressources humaines, le statut de membre, les relations externes, la gestion de l'information et les technologies de l'information ainsi que l'administration de base. Ces constatations sont résumées ci-dessous.

#### Leadership :

La plupart (n-17) étaient d'avis que la fonction de leadership au sein des structures de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. avait considérablement évolué au cours de la période visée par l'évaluation. Voici des preuves qui corroborent cette allégation :

- La distinction claire entre les politiques et les activités;
- La capacité du leadership des Premières Nations à cultiver la confiance et le consensus;
- Les nominations politiques au conseil de la santé ont été remplacées par une représentation nationale;
- Des processus décisionnels délibérés et fluides;
- Une vision forte, claire et adéquatement communiquée;
- La promotion de la collaboration;
- Le soutien des directeurs généraux (DG) de toutes les ARS provinciales de la C.-B.;
- La création de l'association des directeurs de la santé;
- La qualité des candidats et l'intérêt croissant pour le travail au sein de l'ASPN.

Quelques répondants (n=4) ont souligné que la comparaison est injuste, puisque même si l'ASPN existait en 2008, son mandat et ses fonctions étaient très différents de ceux de l'ASPN actuelle. D'autres répondants (n=4) ont mentionné que l'ASPN actuelle est méconnaissable par rapport à l'entité qu'elle était au moment où le processus tripartite a été amorcé. Un petit nombre de répondants (n=3) étaient d'avis qu'il y a toujours eu un leadership efficace de la part des Premières Nations en matière de santé, même si la structure officielle n'était pas précisément établie.

À la suite des entrevues, il a été observé que le conseil de l'actuelle ASPN compte des membres qualifiés et reconnus, des personnes fortes et capables d'assumer des rôles de leadership ailleurs dans l'organisation.

### Statut de membre

Ce point spécifique du plan d'entrevue a créé beaucoup de confusion, car il s'applique davantage au *gouvernement* qu'à la *gouvernance*. Les répondants ont donc été orientés vers une réflexion sur le statut de membre d'un conseil ou sur les populations de clients. Au début du processus tripartite, de nombreux répondants (n=12) étaient d'avis que cette fonction était largement sous-développée et en quelque sorte non représentative, mais qu'elle avait beaucoup progressé au fil du temps pour devenir bien développée, fonctionnelle et efficace.

Le statut de membre du conseil est passé des nominations politiques de personnes pouvant détenir ou non les compétences appropriées à un système plus complexe fondé sur le mérite, selon lequel les candidats retenus détiennent des compétences en administration de la santé et ont des obligations claires à l'égard de leur clientèle. Il reste toutefois des défis à surmonter en ce qui concerne la clientèle.

### Planification et gestion des risques

De nombreux répondants (n=11) étaient d'avis que la fonction de planification et de gestion des risques de l'ASPN était plutôt embryonnaire au cours des premières phases. Toutefois, quelques-uns (n=3) ont cité le PTSPN comme preuve de premiers développements. Une bonne partie des premiers travaux tripartites ont été centrés sur la gouvernance – la planification globale et la gestion des risques de l'ASPN n'était donc pas une priorité avant la mise en œuvre du deuxième accord de contribution.

La plupart des répondants (n=15) étaient d'avis que le développement progressait clairement en ce qui a trait à la planification et à la gestion des risques, alors que quelques-uns (n=3) soutenaient que cette capacité avait considérablement changé. Les répondants ont mentionné le processus complexe permettant de définir l'orientation à prendre, la création de produits de planification pertinents ainsi que les conditions clairement énoncées des relations tripartites comme un gage des capacités des Premières Nations. Toutefois, la plupart (n=15) s'entendait pour dire qu'il reste des défis à relever relativement au développement rapide de l'organisation et à la portée qu'aura celle-ci une fois le transfert terminé.

Il existe des conseils tripartites stratégiques, axés sur des thèmes spécifiques et dirigés par des experts, qui abordent les détails plus pointus de la planification, mais ils varient selon les étapes de leur développement. Chaque partie de la triade respecte un mandat, des objectifs et des buts différents afin que la planification stratégique, améliorée et *unifiée* puisse être bénéfique. La production de rapports sur le rendement des programmes est désormais intégrée, mais la planification mixte demeure nécessaire au sein des ARS de la C.-B.

L'ASPN pourrait profiter d'une planification plus claire quant à la façon dont les activités pourraient être plus centrées sur les déterminants sociaux de la santé. Toutefois, la portée de l'ASPN s'est développée et continuera de le faire. Bien que l'ASPN ait réussi à maintenir une bureaucratie limitée, elle devra bientôt gérer un important effectif et sera forcée de développer son infrastructure et ses pratiques en conséquence.

### Gestion financière

De nombreux répondants (n=8) n'étaient pas au courant de l'état de la gestion financière au début du processus tripartite; ceux qui étaient au courant ont eu la sensation de comparer des pommes avec des oranges, puisque dans les premières années, la relation financière était plus simple et seulement deux parties étaient impliquées, plutôt que trois.

Parmi ceux qui ont choisi de répondre à la question sur la gestion financière, la plupart (n=15) croyait que le développement progressait clairement, comme le prouvent le fait que l'ASPN a reçu des rapports de vérification sans tache, à l'exception de quelques points mineurs, et le fait qu'il n'a jamais été nécessaire de recourir à une codirection ni à la gestion par un tiers. Quelques répondants (n=4) étaient d'avis que la progression avait atteint la maturité et que l'ASPN est adéquatement développée, fonctionnelle et efficace à cet égard. On est passé des transactions papier au système de transfert électronique, et on a formé une équipe de gestion financière solide, qualifiée et compétente.

Le processus de demande de propositions (DP) est ouvert et transparent, toutes les offres étant affichées sur le Web. Cependant, la taille de l'ASPN a doublé et, vu cette croissance, des changements aux systèmes sont requis. L'ASPN passera de la gestion d'un modeste budget annuel à la gestion d'un budget de 400 millions de dollars par année; un petit nombre de répondants s'inquiète d'un risque pour la réputation.

#### Gestion des ressources humaines

La plupart des répondants (n=15) sont d'avis que la gestion des ressources humaines n'était pas suffisamment développée pendant les premières phases du processus tripartite. On observe même une séparation entre ceux (n=11) qui croient que le développement progresse clairement et ceux (n=11) qui pensent le contraire. Les répondants qui perçoivent un progrès dans le développement ont indiqué ceci :

- Un accent presque exclusif sur les questions de ressources humaines et un progrès considérable dans un organisme à croissance rapide;
- Le maintien en poste de professionnels chevronnés en ressources humaines au sein de leurs équipes et à titre de consultants;
- L'orientation active des nouveaux membres de l'équipe;
- La capacité de recruter de nouveaux employés, de façon fluide et rapide;
- Le travail exhaustif sur leurs ensembles d'avantages sociaux.

Dans le cas des répondants qui ont exprimé des préoccupations quant au sous-développement de cette fonction, les raisons citées étaient le rythme rapide de changement et la qualité de celui-ci.

### Gestion de l'information et technologies de l'information

Tôt dans le processus, la plupart des répondants (n=15) croyaient que la gestion et les technologies de l'information n'étaient pas suffisamment développées. La plupart (n=15) pensent aujourd'hui que le développement progresse, quelques-uns sont d'avis qu'il est insuffisant et un petit nombre croient que ces fonctions sont bien développées. Parmi les preuves d'une utilisation bien développée des systèmes gestion et de technologies de l'information, on compte l'utilisation des téléphones cellulaires pour voter sur des questions lors des forums Gathering Wisdom, la pertinence et l'actualité du contenu sur leur site Web ainsi que leur travail avec la House of Learning de la University of British Columbia. Toutefois, il est généralement admis qu'il reste beaucoup de travail à faire.

### Relations externes

Pour ceux qui croyaient être en position de commenter sur l'état des relations externes au début du processus, la répartition était plutôt égale entre ceux qui pensaient que cette fonction était sous-développée et ceux qui étaient d'avis que le développement progressait clairement, seulement un petit nombre ayant mentionné que cette fonction était déjà bien développée. La plupart (n=14) croit que cette fonction est bien développée, quelques répondants ayant indiqué qu'elle était fonctionnelle et efficace et de nombreux autres ayant affirmé que le développement était clair. Les répondants ont cité les preuves suivantes à l'appui de leurs allégations :

- Des relations ont été établis avec l'American Indian Health Service en Alaska et à Hawaii;
- La fréquence des contacts avec le ministère de la Santé de la C.-B. et les ARS augmente;
- La BC Medical Association a été approchée et se montre favorable;
- Le directeur général a publié un article au sujet de cette transition, afin de partager le processus tripartite et de susciter l'intérêt à son égard;
- Les universités et la communauté scientifique est au courant du processus tripartite et le soutient;
- Des relations se développent avec des associations professionnelles, des conseils d'administration d'hôpitaux ainsi que des associations de travailleurs en santé;
- On observe une attention générale de la part des autres Premières Nations, dont quelques-unes ont des modèles d'excellence à partager (p. ex. « Big Stone's operation » du NIHB).

L'ASPN reconnaît la nécessité de demeurer un organisme « ouvert » qui cherche à établir des partenariats et des liens au-delà des collectivités des Premières Nations, de la C.-B. et même du Canada. Elle a renforcé des relations existantes et est tout à fait prête à collaborer avec des entités externes et à mener des initiatives mixtes.

Néanmoins, il pourrait s'avérer nécessaire d'assurer un développement accru pour assurer des liens avec une plus grande variété d'associations professionnelles, et il reste aussi à établir des relations officielles avec des partenaires favorables. En outre, il faut tenir compte de la façon dont les Premières Nations hors réserve peuvent contribuer.

Quelques répondants (n=3) étaient d'avis qu'il fallait être plus transparent à l'intérieur de la relation tripartite. Plus particulièrement, on a recommandé que la vision stratégique soit partagée plus activement afin de permettre une collaboration accrue et de générer un intérêt positif concernant les changements à venir.

#### Administration de base

Au cours des premières années, de nombreux répondants (n=9) croyaient que l'administration de base était soit sous-développée, soit en net progrès. Toutefois, la plupart des répondants ont indiqué ne pas avoir suffisamment d'information pour commenter sur cette question. Parmi ceux qui étaient à l'aise de répondre, la plupart (n=17) était d'avis que le développement progressait clairement et a remarqué qu'il y a eu une croissance rapide accompagnée des ajustements connexes, des vérifications sans réserve sans lettres de la direction, ainsi qu'une continuité au sein des équipes. Un petit nombre de répondants a indiqué que l'administration de base était bien développée, ou encore fonctionnelle/efficace.

### **Résultat immédiat 3 :            Participation des Premières Nations à la prise de décisions concernant la planification et prestation de services en santé**

**L'évaluation a relevé des signes démontrant que les Premières Nations de la C.-B. ont augmenté leur capacité à participer au processus de prise de décisions en ce qui a trait à la planification et à la prestation de services en santé.**

Les mesures en santé issues du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations sont un exemple de l'engagement des Premières Nations de la C.-B. à la planification et à la prestation de services en santé, ce qui comprend le travail avec la province et les fournisseurs de service de la collectivité des Premières Nations dans les secteurs de la gouvernance, des relations et de la responsabilisation, de la promotion de la santé/prévention des blessures et des maladies, des services de santé et suivi du rendement<sup>34</sup>. Il existe de nombreuses façons différentes selon lesquelles les collectivités et les membres des Premières Nations participent à la planification en santé, y compris :

- Le Conseil de la santé des Premières Nations (CSPN) de la C.-B. offre un forum pour les personnes nommées par chacun des trois organes politiques (Sommet des Premières Nations, Union des chefs indiens de la C.-B. et Assemblée des Premières Nations de la C.-B.) afin que celles-ci puissent se concentrer sur l'application du TCA: FNHP et du PTSPN. Le CSPN a été mis sur pied précisément pour aborder la mesure 1 du TCA: FNHP (Governance: Establish a new FNHC) afin d'assurer la direction du TCA: FNHP, et ensuite du PTSPN.
- Les forums Gathering Wisdom (5 ont eu lieu à ce jour) mobilisent tous les chefs de la C.-B. et leurs mandataires et créent des occasions de partage et de dialogue tout en fournissant une certaine orientation. Celle-ci a spécifiquement étayé et confirmé l'élaboration du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations et est venue compléter les mesures et les accords issus du TCA: FNHP.

---

<sup>34</sup> Dans le rapport du Conseil de la santé des Premières Nations, *A Year in Review 2007-2008* (2009-01-105-00050), p. 5-6



- L'équipe responsable de l'ASPN a regroupé sept déclarations de principe réunissant toutes les rétroactions des Premières Nations, leurs commentaires, leurs idées et les questions qu'elles ont soulevées au cours des trois dernières années dans le cadre des caucus régionaux. Les analyses ont permis d'attirer l'attention sur les secteurs spécifiques qui préoccupent les Premières Nations de la C.-B. et sur les changements qui doivent être apportés aux systèmes fédéraux et provinciaux afin de veiller à ce que les services soient plus adaptés aux besoins des Premières Nations.
- Les caucus régionaux, les tables régionales et les carrefours de participation communautaire, où les régions elles-mêmes créent leurs propres caucus, ont permis de mettre en place des tables régionales servant d'assise aux caucus régionaux et de négocier les accords avec les autorités régionales de la santé afin d'intégrer la prise de décisions des Premières Nations au système provincial de santé. Des cinq « accords » en cours, quatre ont été achevés entre l'ASPN et les ARS en vue d'intégrer les services [remarque : depuis la conclusion de l'évaluation, les cinq accords ont été achevés].

D'après l'examen de la documentation, on remarque qu'un modèle de prise de décisions dicté par la collectivité et fondé sur les nations a été adopté. L'ASPN<sup>35</sup> a choisi ce modèle en s'inspirant de la politique du Conseil de la santé des Premières Nations (« une place pour tous ») et en s'appuyant sur celle-ci (ce qui signifie que toutes les Premières Nations de la C.-B. ont leur place dans le processus) et des efforts ont été déployés afin de veiller à ce que l'ensemble des 203 conseillers en chef de la C.-B. et leurs conseillers soient bien informés et qu'on les encourage à participer.

Étant donné leur similitude sur le plan conceptuel, ainsi que pour éviter les dédoublements et assurer un maximum de clarté, les preuves issues des entrevues auprès des informateurs clés au sujet de l'évolution de la participation des Premières Nations à la prise de décisions sur la planification et la prestation de services en santé, ainsi que la définition des priorités et des objectifs des Premières Nations en matière de santé, sont énoncées dans la section *Résultat immédiat 5 : Définition des priorités, des objectifs et des accords de la Première Nation en matière de santé*

#### **Résultat immédiat 4 : Relations novatrices et intégrées entre les partenaires tripartites**

**L'évaluation a révélé que des relations et des partenariats novateurs et intégrés entre les partenaires tripartites avaient été établis. Une innovation ou un changement de cette envergure suppose des défis et des possibilités; cependant, le partenariat soutenu, l'engagement et la vision partagée de l'ensemble des acteurs se sont avérés essentiels à la concrétisation des réalisations à ce jour, au succès continu du développement de l'ASPN et à l'initiative tripartite dans son ensemble.**

Le *BC Tripartite First Nations Health, Basis for a Framework Agreement on Health Governance* (signé en 2010, avant l'Accord-cadre final) indiquait ceci : La nouvelle structure de gouvernance de la santé des Premières Nations appuiera l'élaboration d'un système de santé intégré en

<sup>35</sup> FNSH, rapport annuel (2010-2011), p. 3

Colombie-Britannique, lequel assurera « la pleine participation des Premières Nations [de la C.-B.] à la prise de décisions concernant la santé de leurs membres »<sup>36</sup>.

Dans le cadre de ce nouveau système, le gouvernement fédéral passera de concepteur et fournisseur de services de santé à celui de bailleur de fonds et de partenaire de la gouvernance. Les Premières Nations de la C.-B., la province et les autorités sanitaires veilleront plus étroitement à ce que les programmes et services de santé financés par le fédéral ou le provincial soient mieux coordonnés et satisfassent plus adéquatement les besoins des Premières Nations de la C.-B.<sup>37</sup>.

En vertu de l'*Accord-cadre* (signé en 2011), les partenaires tripartites se sont engagés légalement à établir des relations novatrices et intégrées. On y stipule ceci : « les parties ont convenu d'élaborer un *Accord de partenariat en matière de santé* qui tiendra compte de la vision des parties envers un système de santé meilleur, plus réceptif et intégré pour les Premières Nations en Colombie-Britannique »<sup>38</sup>.

L'*Accord-cadre* souligne le fait que l'on reconnaît qu'il est essentiel que les partenaires tripartites « collaborent afin de créer » : 1) une nouvelle structure de gouvernance de la santé; et 2) un système de santé plus intégré (à l'aide de liens plus solides entre l'ASPN, les fournisseurs de services de santé des Premières Nations, Santé Canada, le ministère de la Santé de la C.-B. et les *Health Authorities* de la C.-B.)<sup>39</sup>.

Les partenaires tripartites ont convenu d'une structure de gouvernance tripartite dans l'*Accord-cadre*. À même cette structure, les trois parties ont mis sur pied un comité tripartite de mise en œuvre qui fournira « [traduction] un aperçu général et assurera la coordination des engagements issus de l'Accord-cadre, y compris l'élaboration d'un plan tripartite de mise en œuvre afin de définir les objectifs et les échéanciers »<sup>40</sup>.

L'*Accord-cadre* décrit plus précisément la nouvelle structure de gouvernance de la santé, dont l'un des éléments est un comité tripartite sur la santé des Premières Nations (Comité tripartite), coprésidé par le sous-ministre du ministère de la Santé de la C.-B., le sous-ministre adjoint de Santé Canada/DGSPNI et le président du conseil de l'ASPN, et comprend des membres des autorités régionales de la santé des provinces.

Les principales fonctions du Comité tripartite comprennent : des rencontres deux fois par année; la coordination et l'harmonisation de la planification, de la programmation et de la prestation de services entre l'ASPN, les autorités régionales de la santé de la C.-B. et les plans connexes sur la santé autochtone; la facilitation de discussions ainsi que la coordination de la planification et des programmes entre les Premières Nations de la C.-B., la Colombie-Britannique et le Canada concernant toutes les questions relatives à la santé et au bien-être des Premières Nations; l'offre d'un forum pour la discussion des progrès et de la mise en œuvre de l'AC et d'autres accords en

---

<sup>36</sup> PTSPN, (2008-04-101-00057), p. 1

<sup>37</sup> Accord-cadre, (2011-02-101-00001), p. 6

<sup>38</sup> APN, rapport annuel (2010-2011), p. 4

<sup>39</sup> Idem., p. 5.

<sup>40</sup> BC Tripartite Initiative Health Canada Transition Plan, janvier 2012, (2012-02-101-00023), p. 13

matière de santé; et la préparation de même que la publication d'un rapport d'étape sur les progrès de l'intégration et de l'amélioration des services de santé pour les Premières Nations en C.-B.

Des entrevues auprès d'informateurs clés ont permis d'explorer des relations novatrices et intégrées entre les parties et d'étudier ce sur quoi la collaboration s'appuie.

Les informateurs clés (n=22) ont indiqué que pour le processus tripartite, y compris le travail s'inscrivant dans la portée des deux accords de contribution, les soutiens suivants étaient accessibles pour le développement de relations de collaboration entre les parties :

- Un accord tripartite officiel;
- Des dirigeants politique de haut niveau (premiers ministres et ministres) ainsi que des défenseurs au sein de chaque système;
- Un dialogue continu entre la C.-B., Santé Canada et les Premières Nations, qui était soutenu par le financement;
- Des comités mis sur pied pour achever les travaux;
- La participation au processus d'acteurs clés de la collectivité (p. ex. des chefs);
- Des relations de travail préétablies entre les Premières Nations et la C.-B.;
- L'unité entre les collectivités des Premières Nations;
- Le rôle positif que la C.-B. a joué dans la progression du programme de santé autochtone avant le processus tripartite;
- Les connaissances et les compétences du négociateur;
- L'expertise de Santé Canada en matière de santé.

Les informateurs clés ont relevé les éléments suivants comme faisant partie du processus tripartite, y compris la portée du travail prévu dans les accords de contribution, et comme favorisant le développement de relations de collaboration favorable entre les parties :

- Confiance;
- Communication ouverte et claire, capacité d'écoute;
- Patience;
- Capacité de remettre en question le statu quo, ouverture au changement et volonté d'apprendre;
- Reconnaissance des perspectives et des priorités de chacun;
- Capacité de planifier et de mettre les plans en pratique;
- Capacité de prendre des décisions rapidement, pensée critique.

**Résultat immédiat 5 : Définition des priorités, des objectifs et des accords de la Première Nation en matière de santé**

**L'évaluation a révélé que d'importants progrès ont été réalisés dans la définition et le classement des priorités et des objectifs des Premières Nations en matière de santé. De nombreux accords ont été signés, démontrant des progrès vers une nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.**

### Priorités et objectifs de la Première Nation en matière de santé

L'examen de la documentation a révélé que les partenaires tripartites ont signé le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations (2007), dans lequel 29 mesures en santé ont été définies comme étant des priorités, à l'intérieur de quatre « volets » principaux : Gouvernance, Relations et responsabilisation, Promotion de la santé/Prévention des blessures et des maladies, Services de santé et Suivi du rendement.

Dix autres mesures prioritaires ont été ajoutées aux 29 mesures originales; elles doivent être abordées dans le cadre de la relation tripartite avec l'ASPN et les gouvernements fédéral et provinciaux. Au total, on compte 8 mesures liées à la « gouvernance » et 31 mesures liées aux « mesures en santé ». Ces 31 mesures ont été regroupées en sept secteurs de mesures en santé, à savoir : Soins primaires et santé publique; Santé mentale; Toxicomanie et prévention du suicide; Santé maternelle et infantile; Ressources humaines en santé; Télésanté; Planification en santé; et Connaissances et information sur la santé.

### Accords

Santé Canada s'est engagé à fournir 29 M\$ sur quatre ans en fonds internes (2007-2008 à 2010-2011) pour soutenir les Premières Nations de la C.-B. dans l'élaboration et l'application de 29 mesures de suivi définies dans le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations.

Un soutien supplémentaire a été offert, après que les trois parties ont conclu une entente de principe (Basis for a Framework Agreement on Health Governance), alors que Santé Canada a versé 10 M\$ de plus en fonds internes, sur une période de deux exercices (2011-2012 et 2012-2013), aux Premières Nations de la C.-B. Ces fonds se sont ajoutés à la contribution de 29 M\$ déjà versée en 2007-2008.

L'examen de la documentation a révélé que la contribution fédérale de 17 M\$ en 2011 visait plus particulièrement les frais de mise en œuvre et de transition de l'ASPN, afin qu'elle puisse s'établir en tant que nouvelle ASPN (y compris ses activités, et l'éventuelle transition à sa direction des programmes, des services et des fonctions).

Ce financement constituait un engagement prévu dans l'Accord-cadre tripartite, reflétant l'objectif tripartite commun d'établir une nouvelle structure de gouvernance (en tant que prolongement du PSTPN).

Les entrevues auprès d'informateurs clés ont été utilisées pour déterminer la participation des Premières Nations à la prise de décisions, et l'établissement des priorités des Premières Nations en matière de santé était lié à la participation des collectivités et à la prise de décisions. Voici un résumé des réponses.

### Implication dans le milieu

On s'entend presque à l'unanimité (n=20) pour dire que cette fonction s'est considérablement développée et qu'elle est fonctionnelle, mature et efficace.

Des caucus régionaux très complexes sont liés et au ARS de la C.-B. et s'en rapprochent beaucoup. Des ententes officielles ont été conclues avec quatre des cinq ARS et une nouvelle association des directeurs en santé a été mise sur pied. La mobilisation des collectivités a connu un grand succès, bien que celles-ci soient largement diversifiées et parfois situés dans des environnements géographiques difficiles.

De pair avec les forums Gathering Wisdom, les efforts de consultation de la collectivité ont généré un soutien de 80 à 90 pour cent concernant les résolutions. La communication dans les divers médias (p. ex. électroniques, imprimées, en personne) se poursuit; toutefois, quelques répondants étaient d'avis qu'il faudrait peut-être accentuer les efforts de développement.

### Élaboration de politiques

Au début du processus tripartite, la plupart (n=11) des répondants étaient d'avis que la fonction d'élaboration de politiques n'était pas suffisamment développée. Bon nombre croyait que, même si le développement progressait clairement, il restait beaucoup de travail à faire. Bien qu'il existe un ensemble de politiques et que le processus politique ait évolué, l'organisation en est toujours aux étapes de l'élaboration et, une fois le transfert terminé, il sera possible de remanier davantage les politiques.

On se concentre actuellement sur l'élaboration de politiques en ressources humaines; cependant, des politiques devront être élaborées pour tous les secteurs d'activités. La nécessité d'élaborer des politiques claires s'intensifie au fur et à mesure que les responsabilités augmentent.

### **Résultat immédiat 6 : Participation aux processus fédéraux et provinciaux d'élaboration des politiques et de planification en santé**

**L'évaluation a révélé que, même s'il y avait des preuves significatives démontrant l'établissement de mécanismes pour la participation des Premières Nations au processus fédéraux et provinciaux d'élaboration de politiques et de planification en santé, il reste encore beaucoup à faire, particulièrement en ce qui concerne la prestation intégrée de services.**

L'examen de la documentation a permis de cerner certains exemples de progrès en matière d'élaboration de politiques et de planification en santé, y compris :

- Le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* (signé par le First Nations Leadership Council), Canada, et la C.-B., le 11 juin 2007);
- En 2010, une entente de principe tripartite (*BC Tripartite First Nation Health; Basis for a Framework Agreement on Health Governance*) a été conclue;
- L'*Accord-cadre tripartite de la C.-B.* (signé le 13 octobre 2011 par les gouvernements fédéral et provinciaux et les Premières Nations de la C.-B.) démontre la participation à la planification;
- La mise sur pied d'un Comité tripartite de mise en œuvre (représentants nommés par le Canada, la C.-B., les Premières Nations), ayant pour mandat d'assurer la planification et la coordination générale de la mise en œuvre de l'*Accord-cadre* selon un échéancier de cinq ans;

et l'élaboration d'un plan de mise en œuvre pour surveiller la mise en œuvre de l'AC en fonction de jalons, d'activités, de résultats attendus et d'échéanciers;<sup>41</sup>

- La création d'une équipe de transition (« inclura un agent principal de la FNHS ou de l'ASPN, et du bureau régional de SPNI de SC. L'équipe de transition devra coordonner les activités associées au transfert des programmes fédéraux de santé »<sup>42</sup>.
- La formation d'un comité de gestion provisoire « composé du directeur régional du bureau régional de SPNI de SC et d'une personne désignée par la FNHS » afin de faciliter « la transition et l'apprentissage par les gestionnaires de l'ASPN des fonctions, des opérations et des procédures du bureau régional de SPNI de SC dont l'ASPN sera responsable »<sup>43</sup>.
- Le niveau de progrès concernant les mesures en santé, comme le démontre les « fiches de notation ». La plus récente (aux fins d'examen de la documentation) indique des progrès important dans les secteurs suivants : Santé maternelle et infantile, où toutes les fiches de notation indiquent des « progrès considérables »; Télésanté, où une fiche de notation montre des « progrès considérables »; et Soins primaires, où 8 fiches de notation sur 10 mentionne que des travaux ont été amorcés ou sont en cours<sup>44</sup>.

Les questions d'entrevue portaient sur l'élaboration et la mise en œuvre de démarches de collaboration et sur la participation des Premières Nations aux processus fédéraux et provinciaux d'élaboration de politiques et de planification. Voici un résumé des réponses à ces questions.

La plupart des répondants (n=22) ont convenu qu'il y a eu un mouvement vers l'intégration des services et citent les exemples suivants pour illustrer l'amélioration :

- Les accords signés par les cinq autorités régionales de la santé de la C.-B avec l'ASPN, lesquels représentent une harmonisation stratégique et une planification mixte entre les parties;
- Les initiatives de dépistage préscolaire visant la santé bucco-dentaire, la vision et l'audition;
- L'élaboration et l'application de mesures en santé (p. ex. télésanté, le travail auprès des jeunes mères très vulnérables, le programme des doulas autochtones, le conseil autochtones sur les loisirs et les sports, l'étendue des services de médecine dans le Nord).

Quelques répondants (n=4) ont exprimé une mise en garde, à savoir que même si le fondement de l'intégration des services a été établi, il reste beaucoup à faire. Cependant, la plupart des répondants (n=23) ont convenu que le fondement était établi pour un meilleur accès aux services et que des premiers travaux avaient bel et bien été réalisés, entre autres dans les initiatives sur les maladies chroniques, le programme des doulas autochtones, l'intervention concernant le virus

---

<sup>41</sup> Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, (2011-02-101-00001), p. 20

<sup>42</sup> Idem., p. 21.

<sup>43</sup> Idem., p. 21.

<sup>44</sup> Score Card on TCA:FNHP 29 Action Items PLUS TFNHP 7 Action Items PLUS 3 new Action Items [from Gathering Wisdom feedback] – February 7, 2012 9 (full document) (2012-01-105-00066)

H1N1 ainsi que les services de médecine et de santé mentale. Quelques autres (n=3) étaient indécis et ont indiqué qu'il était trop tôt pour se prononcer.

La plupart des répondants (n=22) étaient d'avis que la collaboration entre les parties constituait une première réussite et qu'elle était nécessaire pour atteindre un consensus. La communication s'est améliorée et des relations s'établissent; par exemple, les ARS de la C.-B. et Santé Canada ont pu travailler ensemble lors de la crise du H1N1 afin de veiller à ce que l'information et les fournitures soient accessibles à temps, en cas de besoin. La plupart ont mentionné que les accords sur la santé conclus entre les Premières Nations et les ARS constituent une réussite énorme, marquant une augmentation considérable de la participation des ARS. Les accords régionaux ont donné lieu à un niveau de collaboration en santé sans précédent.

On observe une harmonisation stratégique entre les parties en ce qui a trait aux résultats en santé que l'on souhaite atteindre avec le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, qui comportait au départ 29 mesures en santé et qui en compte maintenant 39, ce qui démontre clairement une bonne volonté. De nombreux répondants ont indiqué que les efforts axés sur la promotion de la santé sont très efficaces.

De nombreux répondants (n=12) ont indiqué que la qualité des données tripartites et l'entente de partage constituent une victoire qui pourrait refléter l'une des meilleures ententes de partage d'information à l'échelle nationale. Quelques répondants ont donné des exemples comme télésanté et les systèmes de surveillance de la santé comme preuve de premières réussites.

### **Défis et obstacles à l'atteinte des résultats immédiats**

#### **L'évaluation a relevé certains défis tout au long du processus tripartite, comme ceux indiqués ci-dessous.**

Les défis suivants associés à la planification et à l'élaboration des mesures de gouvernance et des mesures en santé du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations figurant sur la « fiche de notation » du 7 février 2012 :

- **Mesure de gouvernance 3 : *chaque autorité de la santé doit élaborer un plan pour la santé des Autochtones*** Chaque autorité régionale de la santé a été mandatée pour élaborer un plan pour la santé des Autochtones. La « fiche de notation » indique ceci : « [traduction] il reste encore beaucoup à faire concernant l'harmonisation des plans de l'ARS avec les plans de santé communautaire des Premières Nations. Cela s'explique en partie par l'absence de plans de santé communautaire exhaustifs dans les collectivités des Premières Nations, mais aussi par la mobilisation variable entre les leaders politiques et techniques des ARS et des Premières Nations »<sup>45</sup>.
- **Mesure en santé 13 : *Améliorer le Programme des premiers intervenants dans les communautés rurales et éloignées*** Ce ne sont pas toutes les collectivités des Premières Nations qui disposent de plans de gestion des urgences à jour et de plans actuels

---

<sup>45</sup> Score Card on TCA:FNHP 29 Action Items PLUS TFNHP 7 Action Items PLUS 3 new Action Items [from Gathering Wisdom feedback] – February 7, 2012 9 (full document) (2012-01-105-00066), p. 1.

d'intervention en cas de pandémie. Les prochaines étapes comprennent le soutien continu d'une stratégie à l'échelle de la province pour veiller à ce que l'ensemble des collectivités rurales et éloignées puissent bénéficier des services de premiers répondants dans le cadre de la mesure en santé 12; l'amélioration des services de soins primaires dans les réserves afin qu'ils soient équivalents ou supérieurs à ceux offerts hors réserve; et l'exposition par l'ASPN de « la situation actuelle ainsi que des initiatives et stratégies émergentes, y compris aux échelons communautaire et régional »<sup>46</sup>.

- *PTSPN : Élaborer et mettre en place une stratégie de promotion de la santé et de prévention des blessures* Le matériel pédagogique sur la prévention des blessures doit être adapté sur le plan culturel avant qu'il puisse être mis à la disposition des collectivités des Premières Nations en tant que ressources<sup>47</sup>.
- *Nouvelle mesure, 2009, Élaborer une démarche de planification en cas de pandémie pour les Premières Nations, y compris concernant le H1N1* Lors de l'épidémie de H1N1 en C.-B., on a constaté que de nombreuses collectivités des Premières Nations ne disposait pas de plans d'intervention en cas de pandémie. À la lumière des leçons retenues des réponses au processus tripartite, la question a été soulevée dans le cadre des forums Gathering Wisdom et on a demandé l'élaboration d'une démarche de planification en cas de pandémie pour les Premières Nations. Ainsi, de nombreuses collectivités des Premières Nations ont mis au point des plans d'intervention en cas de pandémie. On a indiqué qu'il était nécessaire de veiller à ce que les collectivités des Premières Nations obtiennent les ressources nécessaires pour mener à bien leurs plans.

Un examen des rapports d'étape préparés par le Conseil de santé des Premières Nations a révélé que certaines difficultés ont été rencontrées, comme le regroupement de Premières Nations qui ne communiquent traditionnellement pas entre elles; le scepticisme des Premières Nations concernant les rapports avec le gouvernement ainsi que les préoccupations face aux changements proposés; les ressources et le temps insuffisants pour mener des consultations constructives avec plusieurs intervenants; et le défi lié à l'harmonisation des priorités et des ressources afin qu'elles permettent l'intervention en cas de situation imprévue, par exemple une pandémie de grippe H1N1.

#### Obstacles à la collaboration

Tous les répondants (n=23) ont indiqué que, au départ, les équipes de soins de santé provinciales de la C.-B. s'inquiétaient au sujet de la participation à l'initiative tripartite. Les ARS ont depuis mis en place des formations aux compétences culturelles en matière de santé des Autochtones, lesquelles ont changé la manière dont les équipes de soins de santé abordent l'étendue des services de santé jusqu'aux collectivités dans les réserves.

Certains ont laissé entendre que chaque partie suivait un programme différent qui pouvait gêner la création d'un véritable partenariat, alors que de nombreux répondants ont indiqué que l'information ne circulait pas assez librement. D'autre ont mentionné que la vision était bien

---

<sup>46</sup> Score Card on TCA:FNHP 29 Action Items PLUS TFNHP 7 Action Items PLUS 3 new Action Items [from Gathering Wisdom feedback] – February 7, 2012 9 (full document) (2012-01-105-00066), p. 6-7.

<sup>47</sup> Idem., p. 9.



communiqué aux échelons supérieurs, alors d'autres membres d'équipe étaient laissés dans l'ignorance. Des retards dans le financement et la prise de décisions par le fédéral, de pair avec des échéanciers non réalistes, viennent compliquer la relation.

#### Obstacles à la prestation intégrée des services

L'ensemble des informateurs (n=23) ont indiqué qu'il a fallu un certain temps pour que les ARS et les autres acteurs provinciaux consacrent du temps et des ressources au projet parce que la simple étendue des responsabilités ainsi que les pressions financières connexes étaient intimidantes. Parmi les autres difficultés initiales, on compte les procédures d'approbation fédérales ainsi que le changement des méthodes de prestations de soins de santé et des processus de prise de décisions déjà établis au sein de chaque partie. Le roulement du personnel, la duplication des efforts et la confusion au sujet des tâches liés au processus n'ont pas aidé non plus.

Il a fallu du temps pour apprendre à communiquer de manière à ce que l'ensemble des parties se sente entendues et comprise et pour s'engager les uns les autres dans le respect du contexte culturel. L'établissement des priorités et le partage d'information ont considérablement progressé, mais il a tout de même fallu beaucoup de temps pour y arriver.

Des obstacles historiques relatifs au partage des compétences, des attitudes négatives déjà ancrées à l'égard des Premières Nations (de la part de certains) et le manque de compétences culturelles à l'intérieur du système de santé de la C.-B. ont tous été considérés comme des obstacles à l'intégration. Les différences philosophiques entre les parties ont exercé des pressions concernant la poursuite de l'intégration.

Quelques répondants ont laissé entendre que l'application de changements aux systèmes dépendrait largement de l'existence préalable de ces systèmes. Par exemple, les petites collectivités ne disposent pas des ressources leur permettant de mettre au point des systèmes d'information en santé de pointe; l'intégration de l'information en santé nécessiterait donc à priori des changements dans l'infrastructure.

#### **Constatations ou conséquences imprévues relativement aux résultats immédiats**

Étant donné les réalisations accomplies grâce aux efforts tripartites, d'autres mesures en santé ont été ajoutées au Plan tripartite pour la santé des Premières Nations d'origine.

En tant que premier effort déployé au Canada pour l'élaboration d'un Accord-cadre tripartite, la ministre fédérale de la Santé a indiqué que d'autres provinces manifestent maintenant leur intérêt pour une collaboration similaire et que les leçons retenues d'autres expériences tripartites de la C.-B. pourraient servir au moment d'étudier d'autres (éventuelles) ententes avec d'autres compétences<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> Rapport sur les plans et les priorités 2009-2010 (p. 1)

## **4.2.2. Point fondamental 4 : Atteinte des résultats intermédiaires**

### **Résultat à intermédiaire 1 : Finalisation d'un accord tripartite sur la gouvernance ayant force exécutoire**

**Un accord tripartite sur la gouvernance ayant force exécutoire a été conclu le 13 octobre 2011.**

Ce résultat a été atteint lorsque le gouvernement de la C.-B., le gouvernement du Canada et les Premières Nations de la C.-B. ont signé l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*. Cet accord contraint juridiquement le gouvernement fédéral à transférer la planification, la conception, la gestion et la prestation des programmes de santé des Premières Nations à une nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations.

### **Résultat à intermédiaire 2 : Élaboration d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé pour les Premières Nations en C.-B. – une nouvelle ASPN**

**L'évaluation a révélé que des progrès ont été réalisés concernant l'établissement d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé pour les Premières Nations en C.-B.**

L'examen de la documentation a permis de constater que, en vertu de l'*Accord-cadre* signé en octobre 2011, la First Nations Health Society est tenue de « prendre les mesures nécessaires pour mettre sur pied l'ASPN...à l'aide d'un exercice d'engagement de la collectivité »<sup>49</sup>. L'Accord décrit l'engagement légal concernant le transfert de responsabilités associées aux programmes de santé des Premières Nations de la C.-B. vers une nouvelle ASPN et indique les exigences minimales concernant la structure et le mandat de cette nouvelle entité.

Le 7 février 2012, la « fiche de notation » indiquait que « [traduction] l'ancienne FNHS était devenue l'ASPN intérimaire et quelle amorçait les travaux de mise en œuvre du nouvel accord sur la gouvernance de la santé, y compris la participation au comité de gestion provisoire et la collaboration avec le CSPN au comité de mise en œuvre et à ses sous-comités », <sup>50</sup> tel qu'il est énoncé dans l'*Accord-cadre*.

Les sous-questions du calendrier d'entrevues auprès des informateurs clés qui portent sur ce résultat concernent les fonctions spécifiques de la nouvelle structure de gouvernance et les facteurs qui ont facilité la création de l'ASPN.

#### Gouvernance

Les répondants ont convenu à l'unanimité (n=23) que d'importantes améliorations avaient été apportées à la gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B., laquelle est désormais

---

<sup>49</sup> *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*, (2011-02-101-00001), p. 11

<sup>50</sup> *Score Card* (2012-01-105-00066), p. 4

réceptive, adaptée et entièrement capable d'expliquer leurs priorités en matière de santé et de faciliter l'intégration des visions globales des Autochtones au climat politique des gouvernements fédéral et provinciaux.

Les membres du conseil sont choisis en fonction du principe de nomination selon le mérite, des règlements sont en place et les Premières Nations sont de plus en plus perçues comme des partenaires professionnels, crédibles et sérieux en matière de santé. Ils figurent avec la C.-B. et Santé Canada en tant que partenaires homologues pour la gouvernance en santé. Le changement le plus important à cet égard concerne la séparation de la politique (CSPN) et des activités (ASPN) en santé. Plus particulièrement, la représentation politique en santé que l'on a connue dans l'histoire a été remplacée par une représentation davantage axée sur la collectivité. Bien que certains soient d'avis que le travail a nécessité beaucoup trop de temps, les contributions financières de Santé Canada ont définitivement facilité l'amélioration de la gouvernance de la santé des Premières Nations.

### Responsabilisation

L'ensemble des répondants (n=23) ont convenu que la responsabilisation s'est améliorée et ont cité le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations ainsi que les fiches de notation connexes sur les mesures en santé comme premier exemple de la capacité à rendre des comptes au gouvernement et à la collectivité.

Un rapport annuel a été distribué à grande échelle et un forum Gathering Wisdom a été tenu, au cours duquel on a communiqué de l'information à l'ensemble des intervenants clés sur les mesures en santé et où on a effectué des exercices connexes pour connaître l'orientation des collectivités. Près de 90 % des chefs de la C.-B. ont assisté au forum Gathering Wisdom. Le médecin hygiéniste en chef de la C.-B. a fait le suivi de différentes maladies et a produit un rapport aux deux ans sur des indices prédéterminés. Un comité tripartite a supervisé le suivi et le rendement. Le travail se poursuit alors que l'on élabore des processus pour évaluer les programmes de santé et peaufiner le suivi du rendement.

Les ARS de la C.-B. ont commencé à se rendre dans les collectivités des Premières Nations pour assurer la visibilité des services de santé provinciaux pour les collectivités des Premières Nations, pour soutenir la disponibilité des équipes provinciales en santé et pour encourager la responsabilisation concernant les services aux peuples des Premières Nations dans les réserves; cette démarche n'est cependant pas encore universelle.

Bien que l'élaboration d'une structure de gouvernance efficace pour les Premières Nations soit claire, la conversation ne saurait être complète sans une description des facteurs favorables à ce développement. Un soutien de haut niveau sur les plans politique et de gestion offert par les trois parties s'est avéré le facteur favorable le plus cité parmi les répondants (n=23) concernant la création de l'ASPN. Toutes les parties ont été capables de se concentrer sur le bien-être, la prévention et la santé de la population de manière à faire progresser le programme des Premières Nations en matière de santé. La haute direction au sein des gouvernements fédéral et provincial a dirigé ses équipes afin qu'elles appuient la vision et ce message uniforme s'est avéré crucial. L'atteinte d'un consensus a nécessité une importante mobilisation des collectivités. Par conséquent, le mandat formel et précis exprimé collectivement par les Premières Nations a

permis la véritable appropriation régionale de la vision. Plus particulièrement, la représentation continue des Premières Nations (CSPN/ASPN) a également favorisé le développement.

Enfin, le financement s'est avéré un facteur clé dans la création de l'ASPN. D'importantes sommes de démarrage ont contribué au développement et à la maturation des activités.

### **Résultat à intermédiaire 3 : Transition du financement fédéral (programmes, services et personnel en santé des Premières Nations) vers la nouvelle ASPN**

#### **L'évaluation a révélé des preuves actuelles qui laissent entendre que la transition du financement fédéral à une nouvelle ASPN est en cours et sera terminée en 2013.**

L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, signé le 13 octobre 2011, indique que « le transfert des programmes fédéraux de santé ... devra être terminé dans un délai de deux (2) ans après la signature du présent Accord, ou à un moment ultérieur, tel qu'il a été convenu entre l'ASPN et le Canada »<sup>51</sup>. En ce qui concerne le « transfert des programmes fédéraux de santé », l'ASPN assumera la responsabilité des éléments suivants :

- « la planification, la conception, la gestion et la prestation d'un ou plusieurs programmes de santé des PN pour remplacer les programmes fédéraux de santé, conformément aux modalités du présent Accord et sous réserve de ces dernières, ainsi que l'Accord de financement du Canada;
- toute fonction administrative, stratégique et de soutien nécessaire pour planifier, concevoir, gérer ou financer l'exécution des programmes de santé des PN ».

Les entrevues portaient précisément sur « l'état de préparation » de l'ASPN pour assumer l'ensemble des ressources transférées de Santé Canada en 2013.

La plupart des répondants (n=12) ont convenu que l'ASPN serait prête pour le transfert au moment où il se ferait. D'autres étaient fortement d'accord avec cette opinion, indiquant que beaucoup de travail avait été fait, que les plans d'orientation et de mise en œuvre étaient clairs et que, grâce à un groupe professionnel de planificateurs et à une équipe engagée, l'ASPN sera prête. D'autres étaient partiellement d'accord, se demandant plutôt si les gouvernements fédéral et provincial seraient prêts pour une transition complète vers une mise en œuvre intégrale (p. ex. le transfert et la répartition du financement). Une certaine souplesse sera requise lorsque surviendront les difficultés inévitables associées à cet effort sans précédent, et des plans d'urgence sont en place au cas où plus de temps serait requis.

Toutes les parties travaillent d'arrache-pied pour tout mettre en place, mais il reste beaucoup à faire, par exemple : l'élaboration de plans de transition/mise en œuvre et d'évaluation; l'établissement des frais totaux d'exploitation, y compris les bureaux régionaux; et la possibilité de définir tout écart ou occasion supplémentaires afin d'assurer un transfert sans heurts. La

---

<sup>51</sup> *Accord-cadre* (2011-02-101-00001), p. 19

transition se fera en douceur dans les secteurs où la collaboration est solide; ailleurs, ce sera plus difficile. En outre, l'ASPN a besoin qu'un important pourcentage des employés actuels de SPNI soit transféré pour que la transition soit harmonieuse.

## **Défis et obstacles à l'atteinte des résultats intermédiaires**

**De façon générale, les défis liés à la capacité de gouvernance et de gestion pourraient devoir être surmontés par les partenaires, lorsqu'ils devront collaborer pour faciliter la transition et mettre en œuvre l'Accord-cadre.**

### Risques/défis liés à la mise en œuvre de l'accord de contribution de 17 M\$

Ayant entre autres pour rôle d'identifier les difficultés, Santé Canada a évalué les risques liés au montant de 17 M\$ fourni pour aider la FNHS à devenir l'ASPN. Ces risques, ainsi que les stratégies d'atténuation établies, soulignent de nombreux défis auxquels est confrontée l'ASPN.

Le premier risque concerne la difficulté que pourrait avoir la FNHS à mettre en place une ASPN définitive propice au transfert. La stratégie pour atténuer ce risque comprend les engagements prévus dans l'Accord-cadre (section 4 et annexe 4) concernant la formation de l'ASPN, sa structure de gouvernance et l'intégration de documents qui seront entièrement abordés au moyen de plusieurs mécanismes. D'abord, ces activités font partie du plan de travail de la FNHS, lequel a été inclus dans la soumission approuvée par le gouvernement. Ainsi, ces activités seront revues périodiquement dans le cadre des bilans trimestriels de Santé Canada–ASPN en ce qui a trait à l'accord de contribution de 17 M\$. Aussi, l'ASPN et Santé Canada collabore déjà aux changements généraux qui seront requis pour établir une ASPN conforme à l'Accord-cadre et qui satisfera le Ministère [remarque : déjà terminé]. Enfin, ces changements seront révisés par le Ministère et le Comité interministériel de surveillance du sous-ministre adjoint (SMA) avant que les fonds soient versés en vertu de l'Accord de financement du Canada. Ces critères constituent un important incitatif pour les Premières Nations, puisqu'aucun fonds fédéral ne sera transféré tant que les critères ne seront pas satisfaits.

Le deuxième risque relevé concerne les frais de transition imprévus. Pour les Premières Nations, le risque est qu'il pourrait coûter plus cher de mettre sur pied une ASPN efficace qu'il en a été estimé par leur groupe de consultants. Pour Santé Canada, le risque est que la transition nécessitera plus de temps que prévu, exigera des fonds d'exploitation supplémentaires pour poursuivre le soutien ministériel à la transition. La stratégie pour atténuer ce risque comprend le fait de souligner que l'on s'attendrait à ce que les Premières Nations gère leurs coûts prudemment pendant la période de transition, puisque l'engagement fédéral s'élève à un maximum de 17 M\$. Le gouvernement de la C.-B. offre également des fonds à l'ASPN (totalisant 83,5 M\$ sur neuf ans) sur une base bilatérale. Pour Santé Canada, les structures tripartites existantes fournissent suffisamment de possibilités aux parties pour qu'elles puissent identifier et aborder les difficultés au fur et à mesure qu'elles surviennent. La transition vers l'ASPN demeure une priorité ministérielle; d'autres fonds d'exploitations seraient gérés à l'interne, dans la mesure du possible.

Depuis octobre 2011, l'ASPN a participé à un comité de gestion provisoire en préparation de la prise en charge des services, des budgets, des programmes et des activités Santé des Premières

Nations et des Inuits (SPNI) de la région de la C.-B. Le niveau de complexité provient du fait que la transition se fait avec une très grande organisation, mais les résultats associés à la prise en charge des obligations légales, les responsabilités liées à la prestation de services et la transformation de la manière dont les soins de santé sont prodigués aux Premières Nations de la C.-B. sont opportuns et nécessaires. Pendant la transition, l'ASPN s'efforcera de veiller à ce que la prestation des programmes et des services se poursuive le plus uniformément possible et que les obligations financières à l'égard des collectivités et du personnel soient remplies. La mobilisation continue des collectivités, la mise en œuvre de la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations et l'amélioration du fonctionnement général et des processus sont d'autres priorités liées à la transition.

### Obstacles au développement de l'ASPN

Les difficultés rencontrées dans l'atteinte des résultats intermédiaires ont été étudiées lors des entrevues auprès des informateurs clés. Les obstacles au développement de l'ASPN, ainsi que les obstacles à la collaboration, ont été abordés. Voici un résumé des réponses.

Chaque partie avait des attentes, des priorités, des mandats et des limites financières différents qui ont rendu la collaboration fastidieuse. Des retards dans la prise de décisions, le partage d'information et les échéanciers non réalistes sont tous des facteurs qui ont gêné le développement de l'ASPN. Quelques répondants ont laissé entendre que les pressions et les attentes politiques (des Premières Nations) ont mis le développement à l'épreuve : il y avait beaucoup de confusion au sujet de la différence entre les décisions politiques et les décisions opérationnelles.

L'amélioration simultanée des services de santé et de la gouvernance de la santé constitue un projet d'envergure. Le roulement des employés, le choix des candidats compétents qui occuperont les postes requis, les retards sur le plan du ressourcement et le rythme explosif de la croissance sont des éléments qui ont rendu difficile le développement de l'ASPN. L'ASPN a mentionné qu'elle commencera par faire la transition des services de santé, puis poursuivra avec la transformation des programmes en fonction des commentaires et des priorités des collectivités.

Historiquement, ce sont les importantes divisions entre les compétences fédérales et provinciales qui faisaient obstacle. Il faut du temps pour rétablir la confiance et, malheureusement, il demeure toujours un sentiment de méfiance et une crainte de manipulation possible. La mentalité héritée des colonies, particulièrement la croyance voulant que les Premières Nations ne soient pas capables d'assurer une bonne gouvernance, ont rendu difficile les relations tripartites.

### **Constatations ou conséquences imprévues relativement aux résultats intermédiaires**

L'évaluation a révélé de nombreuses réalisations positives et processus novateurs ayant mené aux progrès accomplis à ce jour, y compris les leçons retenues qui pourraient servir à d'éventuelles initiatives semblables.

Les partenaires ont développé la capacité de définir et d'inclure des mesures supplémentaires en santé, au-delà des 29 mesures identifiées dans le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations, élargissant ainsi la portée des travaux de promotion de la santé, entre autres.

Dans le RPP 2009-2010 de Santé Canada, la ministre a mentionné qu'au cours des dernières années, des mesures importantes ont été prises afin de garantir la santé future des Premières Nations et des Inuits. « En juin 2007, Santé Canada a ratifié un Plan tripartite pour la santé des Premières Nations avec la province de la Colombie-Britannique et les Premières Nations de la province qui fournit un cadre pour la négociation d'un accord tripartite final sur la santé. »

Des pratiques prometteuses ont été abordées dans le cadre des entrevues et, bien que certaines de celles qui ont émergé étaient prévues, d'autres sont venues naturellement. Voici un résumé des réponses.

La plupart des répondants (n=22) étaient d'avis que le processus tripartite favorisait l'établissement de la confiance et le renforcement des relations. La présence d'un tiers indépendant à titre de président aux premières réunions et le fonctionnement ouvert et transparent sont des facteurs qui ont favorisé le développement de partenariats.

La présentation tôt dans le processus d'un protocole tripartite de communication identifiant clairement l'information que doit partager chaque partie aurait été bénéfique. Des partenariats continus et fructueux, énoncés dans les ententes officielles de collaboration (p. ex. les ententes avec les ARS), qui ont respecté les différences culturelles des peuples autochtones de la C.-B. constituent un véritable modèle pour les autres. En tant que résultat direct de ces stratégies de renforcement des relations, l'intégration et la visibilité accrue des perspectives des Premières Nations sur la santé et le bien être dans les méthodes de prestation de services s'avèrent prometteuses et profiteront à l'ensemble des Canadiens.

L'engagement, la passion et la participation de hauts fonctionnaires (p. ex. tables du sous-ministre) ont non seulement soutenu le processus, mais peuvent aussi être perçues comme une condition nécessaire.

L'équipe de gestion tripartite (c.-à-d. un organe de gouvernance au sein duquel les représentants tripartites surveillent le processus tripartite) et le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations, ainsi que l'Association des directeurs de la santé des Premières Nations, ont tous été cités en tant que bons modèles de gouvernance. Parmi les autres exemples, on note la participation de personnes compétentes ayant une intention commune, la distinction entre les politiques et les activités et le partage d'information afin d'éviter la spéculation.

Les processus de prise de décisions et de recherche d'un consensus des Premières Nations (p. ex. les forums Gathering Wisdom et autres activités de mobilisation des collectivités) sont d'excellents exemples pour les autres qui envisagent une démarche tripartite. Parmi les autres pratiques, on compte les suivantes : prendre le temps nécessaire pour assurer l'*acceptation* ou le bon état de préparation de la Première nation; chercher à faire progresser les relations tripartites là où les services de santé sont déjà en processus de transfert; et garder le cap sur l'avenir.

Le développement de la gouvernance au sein des Premières Nations s'avère un premier pas essentiel et il faut du temps pour s'assurer de *bien faire les choses*.

Une délégation claire et précise des pouvoirs ainsi qu'un mécanisme de suivi des résultats sont des pratiques utiles. Plus particulièrement, le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations a été cité comme un ouvrage de base où la relation tripartite est réellement *mise en lumière*. Le plan présente une orientation claire, des livrables mesurables et un cadre de collaboration. Par exemple, le travail auprès des jeunes mères très vulnérables, la télésanté dans les collectivités isolées, l'intervention coordonnée concernant la grippe H1N1, les programmes de dépistage pour la petite enfance, le conseil autochtone sur les loisirs et les sports ainsi que le programme de doulas autochtones sont tous issus du plan d'action pour la santé.

Enfin, les leçons apprises des autres compétences (p. ex. Alaska), l'utilisation de démarches fondées sur des preuves et la transition philosophique d'un modèle réactif axé sur la maladie vers un modèle proactif axé sur le bien-être ont été considérés comme des éléments fondamentaux.

### **4.2.3. Point fondamental 5 : Évaluation de l'économie et de l'efficience**

**L'analyse de l'affectation et de l'utilisation des ressources a révélé que les ressources investies dans l'ASPN ont eu une incidence positive sur les progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats attendus.**

**L'examen de la documentation a permis d'illustrer le fait que les investissements à l'appui du développement des capacités, de la collaboration et des partenariats a tendance à assurer la réussite des partenariats entre les initiatives gouvernementales et communautaires. L'analyse des données financières ministérielles a montré que les accords de contribution assuraient l'injection de fonds dans les bons secteurs, pour soutenir l'Initiative tripartite de la C.-B.**

La Politique sur l'évaluation (2009) du gouvernement du Canada (GC) définit la démonstration de l'efficience et de l'économie comme une évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des résultats et aux progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés.

Dans le cadre des activités de programme et des activités de la DGSPNI en général, on observe d'importantes difficultés quant à la mesure de l'économie et de l'efficience en termes de véritables comparaisons, solutions de rechange et affectations, ainsi qu'à la quantification de bon nombre de résultats.

Les méthodes suivantes ont été utilisées pour évaluer l'affectation et l'utilisation des ressources :

- Pour traiter des questions touchant l'efficience sur le plan de la mise en œuvre et de l'exécution du programme (activités, résultats), une évaluation des données financières disponibles (examen de l'utilisation des ressources) a été réalisée.
- Pour traiter des questions touchant l'économie sur le plan de la mise en œuvre et de l'exécution du programme (activités, résultats) au moyen d'une évaluation des données financières disponibles (examen de l'utilisation des ressources) a été réalisée.



- Des entrevues auprès du personnel clé des programmes de la Région de la capitale nationale – Ottawa (RCN) ont été menées afin d'obtenir des précisions sur les tendances relatives à l'utilisation des données.
- Afin de déterminer les options quant aux facteurs qui ont une incidence sur l'atteinte des résultats liés à l'affectation et à l'utilisation des ressources, des données qualitatives provenant des entrevues réalisées auprès d'intervenants clés (collectivité et direction) ont été obtenues et étudiées.
- Afin d'identifier les économies, du moins sur le plan théorique, un examen de la documentation a permis de comparer des efforts internationaux semblables à ceux déployés dans le cadre de la démarche tripartite avec la C.-B. Un examen de la documentation et des publications.

Telle une initiative véritablement unique qui s'est développée au fil du temps, ces contributions avaient pour but de soutenir la capacité globale et l'engagement des partenaires des Premières Nations, plutôt que d'être associées à un investissement particulier dans un programme à l'intérieur de l'AAP du Ministère. Bien que les objectifs généraux de ces contributions soutiennent les objectifs stratégiques, les plans et les priorités de la Direction générale et du Ministère, la nature évolutive de cette initiative signifie qu'aucun rapport extrant-résultat direct du programme n'a été précisément défini (au-delà de ce qui est indiqué dans le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations signé en 2007). Ces circonstances ont contribué à l'incapacité de mesurer de manière explicite l'économie et l'efficacité dans le cadre de cette évaluation.

Toutefois, l'évaluation n'avait pas pour objectif de fournir une idée générale de l'affectation et de l'utilisation des ressources au moyen d'une comparaison des données sur l'utilisation des ressources avec les activités et les résultats de programmes, puis que ceux-ci sont liés à l'atteinte des résultats attendus. Les opinions des intervenants clés ont fourni d'autres renseignements limités sur la nature adéquate de l'affectation et de l'utilisation des ressources.

### **Efficacité**

L'efficacité des accords de contribution a été déterminée au moyen d'une évaluation de l'affectation des ressources.

Les données financières suivantes ainsi que l'analyse connexes fournissent une évaluation globale de l'impact des dépenses allouées dans le contexte de l'utilisation des ressources. Cette analyse comprend un examen des frais de prestation (directs et indirects), y compris les éléments de coût, et de l'affectation des ressources.

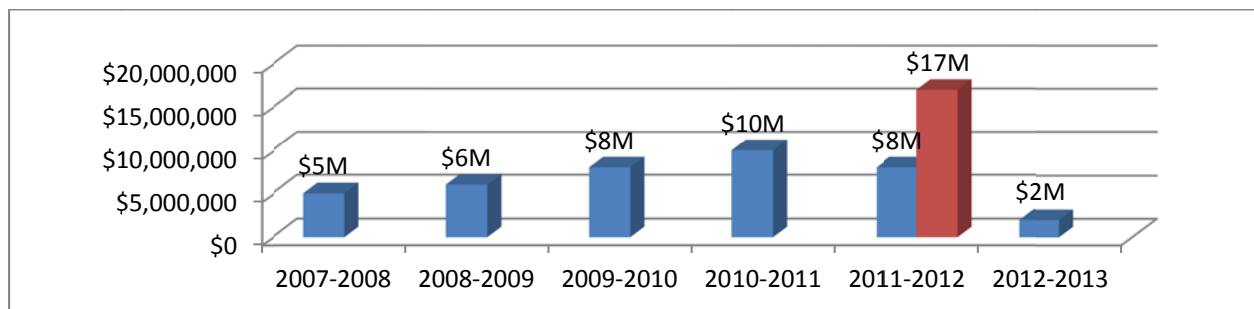
Dans certains cas, des données sur les tendances ont été examinées afin de comprendre la façon dont l'allocation des dépenses influence les activités et la prestation de services et, éventuellement, les résultats attendus. Toutefois, cette analyse était limitée en ce sens qu'il n'y avait pas de données précises sur l'allocation dans le contexte des dépenses associées aux secteurs principaux, initiatives, activités ou résultats.

Depuis 2007-2008, le bénéficiaire a reçu 56 M\$ grâce à ces deux accords de contribution, à l'appui de l'Initiative tripartite de la C.-B. Ce montant comprend une première somme de 29 M\$

dans le cadre du premier accord de contribution, lequel a subséquemment été modifié en 2010-2011 par l'ajout de 10 M\$, ainsi qu'un accord de contribution de 17 M\$ signé en 2011-2012 afin d'aider le bénéficiaire à effectuer la transition vers l'ASPN finale, après que les parties ont eu signé l'Accord-cadre (voir la figure 2 ci-dessous).

Le bénéficiaire a également reçu des fonds du bureau régional de Santé Canada en C.-B. pour le financement d'activités particulières à même d'autres enveloppes de programmes, ainsi que des fonds du gouvernement provincial de la C.-B. Ces fonds supplémentaires ne s'inscrivaient pas dans la portée de cette évaluation.

**Figure 2 : Financement total par exercice financier**



Description de la Figure 2 : Ce graphique présente le montant du financement versé au bénéficiaire pour chacune des années entre 2007-2008 et 2012-2013. L'accord de contribution n° 1 (39 M\$) est représenté en bleu; l'accord de contribution n° 2 (17 M\$) est représenté en rouge.

De plus, les derniers 2 M\$ versés au bénéficiaire en 2012-2013 n'avait pas encore été remis au moment de l'évaluation, mais le seront d'ici la fin de l'exercice financier. Bien que l'ensemble des fonds liés à l'accord de contribution de 17 M\$ (signé en 2011-2012) aient été versés, le financement n'a pas été reçu avant mars 2012, limitant ainsi le niveau de financement accessible au bénéficiaire pour les dépenses engagées au cours de cet exercice.

L'information recueillie auprès d'informateurs clés, à savoir des intervenants travaillant à Santé Canada, indique que le Ministère est très confiant, en partie à cause de la relation de travail étroite et unique et de la reconnaissance des réalisations de l'organisation, que la capacité de gestion financière du bénéficiaire est solide.

Les principaux éléments permettant d'améliorer l'efficacité qu'ont citée les informateurs clés sont les suivants :

- Veiller au renforcement des capacités des Premières Nations en s'assurant d'avoir les bonnes personnes détenant les compétences adéquates pour effectuer les tâches requises;
- Améliorer la disponibilité d'information opportune sur les frais réels et cachés liés aux services de santé ainsi qu'aux activités administratives, y compris les éléments de coûts et l'information de base sur la santé (surveillance, état de santé, etc.) afin de dicter l'établissement des priorités et de modifier les stratégies de gestion;

- Veiller à ce que les équipes détiennent une connaissance et une expertise concernant la culture et les collectivités des Premières Nations, et ce dès le départ, et qu'elles encouragent un climat de communication ouverte afin de faciliter la gestion du changement;
- Améliorer la collaboration et la création de partenariats;
- Assurer une prise de décisions opportune avec les autorités de négociations concernées;
- Améliorer les processus de communication.

## **Économie**

L'économie relative aux accords de contribution a été déterminée au moyen d'une évaluation de l'utilisation des ressources.

En vertu de l'accord de contribution d'origine (39 M\$), les activités d'envergure ont été mises en œuvre dans trois secteurs principaux, y compris : la gouvernance globale; le développement des relations et la responsabilisation; et les efforts pour aborder les mesures en santé. Tous ces secteurs sont réunis dans le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations de 2007.

Voici des exemples d'activités et d'extrants :

- La mise sur pied d'un Conseil de la santé des Premières nation, d'un Comité consultatif sur la santé des Premières Nations (aujourd'hui le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations), un groupe de partenaires en santé à l'échelle de la province, et une Association des directeurs de la santé des Premières Nations, lesquels soutiennent tous le développement de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B.;
- L'élaboration d'un cadre de responsabilisation réciproque (CRR);
- Les progrès concernant des mesures en santé particulières, dans la catégorie plus générale des soins primaires et de la santé publique, laquelle comprend des initiatives abordant la prévention des maladies et des blessures ainsi que les maladies chroniques;

En vertu de l'accord de contribution de 17 M\$, le principal point de mire était le développement d'une capacité structurelle et opérationnelle pour permettre à la FNHS de devenir l'ASPN. Ainsi, les activités et les extrants indiqués dans le plan de travail du bénéficiaire étaient principalement les suivantes :

- La participation aux rencontres de partenaires/comités;
- La mise sur pied de la nouvelle structure organisationnelle et de gouvernance de l'ASPN;
- La mise en œuvre, la transition, les programmes de santé et la planification financière;
- La négociation de l'Accord tripartite de partenariat en matière de santé;
- Les négociations de diverses sous-ententes pour faciliter le transfert et les activités connexes (comme les ressources humaines, la gestion/partage d'information, les actifs et les logiciels/technologie de l'information, les biens immobiliers et les logements, etc.).

Un examen des dépenses au fil des années, lequel a été étudié dans le cadre de l'évaluation, révèle que l'organisation a mis environ deux ans pour atteindre sa capacité à dépenser le financement reçu<sup>52</sup>.

Il est important de noter que le bénéficiaire des fonds fait partie d'un modèle de financement Bloque, ce qui signifie que le Ministère soutient sa gestion des fonds entre les diverses autorités et les divers programmes. Les bénéficiaires de financement Bloque déterminent leurs propres priorités et détiennent le pouvoir de conserver un surplus si celui-ci est réinvesti en santé. On encourage aussi les bénéficiaires à chercher d'autres sources de financement.

Le financement de l'accord de contribution de 17 M\$ n'a pas été reçu avant mars 2012, ce qui limite le niveau de financement accessible au bénéficiaire pour le premier exercice financier. Les rapports financiers de l'ASPN indiquent des dépenses de 90 000 \$ en 2011-2012 et de 90 000 \$ supplémentaires pour les trois premiers mois de 2012-2013.

En préparation à la transition, l'ASPN doit conclure des engagements financiers contractuels concernant les composantes majeures de la transition, par exemple les systèmes de TI, les locations, les licences de TI, les entrepreneurs, etc. Les parties ont reconnu que la date de la transition et les fonds de transition connexes (issus de l'Accord de financement du Canada à venir) seront officiellement confirmés par le gouvernement fédéral avant que l'ASPN prenne ces engagements financiers. Même si Santé Canada ne versera aucune somme en vertu de l'AFC avant la date de transition, les parties prévoient ratifier l'AFC sous condition, avant la date de transition (à la suite des approbations fédérales).

Cela offrira une assurance financière à l'ASPN, lui permettant d'achever les portions critiques de la mise en œuvre, comme la préparation à l'embauche d'employés régionaux de Santé Canada et la signature de divers contrats de fournisseurs, de contrats de location et d'ententes relativement aux systèmes et aux logiciels. L'utilisation par l'ASPN des 17 M\$ sera donc minime, et ce, jusqu'à ce que le fédéral confirme la finalisation de la transition (ainsi que l'approbation connexe de l'Accord de financement du Canada). Dans le cadre de cet engagement continu, l'ASPN a fourni à Santé Canada un plan de travail et un plan budgétaire mis à jour, soulignant les activités et les dépenses à venir.

D'après un examen de la document et les réponses aux entrevues auprès d'IC, on note que l'établissement par les Premières Nations d'un organisme de gouvernance de la santé solide et respecté a permis de veiller à ce que le financement soit utilisé de façon efficace du point de vue économique dès le départ.

---

<sup>52</sup> Les données de la figure 2 supposent que l'ensemble des 10 M\$ issus de la modification du premier AC ont été dépensés et que l'ensemble des 17 M\$ du deuxième AC ont aussi été dépensés. L'information obtenue des IC indique qu'il s'agit d'une attente raisonnable, puisque la FNHS progresse dans la transition vers l'ASPN.

### Perspectives exprimées par les informateurs clés

Dans le cadre du processus d'évaluation de l'affectation et de l'utilisation des ressources, des entrevues ont été réalisées auprès du personnel de programme (RCN) clé ainsi qu'auprès du personnel régional (C.-B.), y compris les chefs de projet. Cela a permis d'assurer un suivi de la première analyse de données, ainsi que de préciser certaines tendances observées et d'en expliquer d'autres.

Les principaux intervenants internes et externes ont été inclus dans cette évaluation, au moyen d'entrevues particulières, en personne. Même si l'accent portait principalement sur le rendement, certains renseignements ont été recueillis concernant la gestion financière des accords de contribution. Les intervenants ont indiqué que, puisqu'il s'agit d'une initiative créant un précédent, il est difficile de déterminer si le moyen le plus efficace ou économique d'atteindre les objectifs a été utilisé. Toutefois, les personnes interrogées étaient toutes d'accord pour dire que les accords de contribution ont joué un rôle pivot dans l'atteinte des résultats souhaités.

Voici d'autres indicateurs liés à l'économie :

- L'élargissement de la portée et de l'envergure de la planification tripartite sous-entend une bonne volonté et une utilisation optimale des ressources disponibles.
- Le fait de disposer des bonnes personnes détenant les compétences adéquates pour accomplir les tâches requises est perçu comme un bon investissement. Les comités de transition et de mise en œuvre ont été reconnus pour avoir tenu des discussions ouvertes, honnêtes et animées qui ont permis une meilleure harmonisation des priorités.

Les informateurs clés ont présenté leurs perspectives sur la façon d'améliorer l'économie à l'avenir :

- Aborder les types de modèles de financement avec les collectivités, étant donné que le financement variable pour le processus tripartite a semé de grandes attentes pour une souplesse continue, ce qui ne sera peut-être pas possible pour l'ensemble ou la plupart des accords de contribution conclus par l'ASPN dans le cadre d'autres initiatives de financement communautaire;
- Participer au processus de transition si seules des activités partielles sont transférées dans la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations sur une longue période et intégrer un plan d'évaluation du processus de négociation tripartite dès le départ;
- Assurer la clarté et la transparence concernant les livrables attendus;
- Assurer la souplesse des accords de contribution, afin de mieux refléter la nature de la structure de gouvernance de la santé.

### Examen de la documentation

La documentation a fourni des preuves générales de la nécessité et de l'efficacité de l'autodétermination en santé, ainsi qu'un soutien politique global concernant les démarches pour la prestation de soins de santé, lesquelles comportent divers degrés de participation de la part des Autochtones.

La documentation appuyait globalement l'orientation vers une autodétermination accrue et un contrôle local des ressources en santé, comme le reflète la démarche adoptée par l'Initiative tripartite de la C.-B. Les ressources universitaires (p. ex. voir Belanger, 2011; Lavoie et al, 2010c; Dalton, 2005) ont mentionné les besoins fondés sur la politique et les droits pour une autodétermination accrue (dans le contexte de l'autogouvernance) et avaient tendance à dire que les meilleures démarches (c.-à-d. la capacité locale d'assumer un contrôle accru) devaient être en place<sup>53</sup>, mais que les répercussions plus générales et à long terme ne sont pas encore connues.

## 5. CONCLUSIONS ET CONSÉQUENCES

La synthèse et l'analyse de la constatation de cette évaluation ont permis de tirer des conclusions sur la pertinence ainsi que sur le rendement des accords de contribution tripartites de la C.-B. Cette section décrit également les répercussions de l'évaluation et souligne les leçons retenues.

### 5.1. Conclusions

#### **Pertinence**

Le financement offert par Santé Canada sous forme de contribution à ce bénéficiaire a permis à celui-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 C.-B.

Le gouvernement fédéral a accepté, au début de 2007-2008, de participer à l'adoption d'une nouvelle structure de gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. et de la soutenir. La nécessité d'appuyer cette initiative au moyen d'un financement de contribution était pertinente, et ce, afin de permettre aux Premières Nations de la C.-B. de participer au processus tripartite de la C.-B.

Ces accords de contribution étaient adéquats, en ce sens qu'ils étaient harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral ainsi qu'avec les priorités et les résultats stratégiques du Ministère. En outre, le soutien de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B. grâce au financement de contribution est harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral pour soutenir et renforcer la participation des Premières Nations à l'élaboration de politiques et à la planification de la prestation de services de santé. Plus précisément, les accords de contribution étaient nécessaires dans le contexte des efforts déployés par les Premières Nations de la C.-B. pour mettre sur pied l'Autorité sanitaire des Premières Nations en partenariat avec les gouvernements fédéral et provincial.

#### **Rendement : Efficacité**

---

<sup>53</sup> Shwartz et al, 2002; Wamai, 2009

**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.**

Le principal point de mire de l'Initiative tripartite concernait la nécessité de trouver des partenaires tripartites avec qui collaborer pour créer une nouvelle structure de gouvernance de la santé au sein de laquelle les Premières Nations de la C.-B. pourrait planifier, concevoir, gérer et offrir des programmes et des services de santé aux Premières Nations. Pendant la période visée par les accords de contribution, des démarches et des mécanismes de collaboration pour les programmes de santé entre les partenaires de prestation ont été établis, et les partenaires ont travaillé à l'amélioration de l'intégration du système de santé, établissant des liens plus forts parmi l'ASPN, les fournisseurs de santé des Premières Nations, Santé Canada, le ministère de la Santé de la C.-B. et les autorités sanitaires de la C.-B.

Les progrès réalisés à ce jour ont été amorcés par l'élaboration réussie du Plan tripartite pour la santé des Premières Nations et réalisés grâce au renforcement des capacités des Premières Nations sur les plans du leadership, de la planification et du développement organisationnel, ainsi qu'aux succès liés aux partenariats de collaboration et aux mécanismes novateurs de prise de décisions. Ces accomplissements ont été appuyés par le partenariat soutenu, l'engagement et la vision commune de l'ensemble des acteurs. Ces accomplissements sont aussi illustrés dans les progrès réalisés dans l'établissement conjoint des priorités et des objectifs, tels qu'ils sont énoncés dans les accords ratifiés. Ces accords ont établi une base solide qui permettra d'aborder la nécessité de développer davantage l'intégration de la prestation de services pour les collectivités des Premières Nations de la C.-B.

Les efforts déployés depuis 2007-2008 ont donné lieu à la ratification de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* et à l'établissement d'une structure de gouvernance de la santé des Premières Nations solide, prête pour le transfert à l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la C.-B. en 2013 de la responsabilité liée à la conception, de la gestion et de la prestation de programmes.

**Rendement : Économie et efficience**

**Les accords de contribution révèlent une saine stratégie d'investissement à l'appui de la participation réussie du bénéficiaire à l'Initiative tripartite.**

Les accords de contribution tripartites de la C.-B., lesquels soutenaient les premières consultations et le développement continu des capacités, se sont avérés importants pour l'atteinte des résultats attendus. Le financement a facilité la définition et le soutien des démarches de collaboration, l'intégration et la capacité locale d'accroître la participation à la prise de décisions. Le type et le niveau du financement destiné à l'Autorité sanitaire des Premières Nations appuyaient l'atteinte des résultats attendus.

## 5.2. Répercussions

Aucune recommandation officielle n'est proposée pour cette évaluation, étant donné que les accords de contribution tirent à leur fin et que Santé Canada évoluera dans son rôle de bailleur de fond et de partenaire gouvernemental, suivant les engagements continus énoncés dans l'Accord-cadre et l'Accord de financement du Canada proposé.

Les engagements continus de Santé Canada comprennent : la participation à la nouvelle relation de gouvernance et le soutien de celle-ci; favoriser l'intégration entre les Premières Nations et les programmes provinciaux en santé, dans la mesure du possible; soutenir la capacité de développement des Premières Nations de la C.-B. et encourager la production de rapports rigoureux par les trois partenaires.

Étant donné les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère est conscient que de précieuses leçons retenues devront être prises en compte pour les activités tripartites futures.

## 6. LEÇONS RETENUES

La cohérence sur les plans du partenariat, de l'engagement et de la vision commune de tous les acteurs s'est avérée essentielle aux progrès réalisés à ce jour. L'évaluation a révélé un grand nombre de réalisations positives et de processus novateurs qui sont à la source des réussites et des progrès réalisés à ce jour. Ceux-ci comprennent un processus tripartite qui :

- s'appuie sur des efforts antérieurs visant un partenariat tripartite pour établir des cadres permettant d'aborder la question de la gouvernance de la santé des PN et qui comprend les leçons retenues provenant d'autres compétences;
- établit une vision commune et partagée dès le départ;
- favorise la confiance et le renforcement des relations entre les partenaires grâce à un engagement actif, résolu et passionné de la part des hauts fonctionnaires;
- énonce les rôles et les responsabilités au sein du partenariat dans des accords de collaborations officiels;
- met sur pied un organe de gouvernance et des mécanismes opérationnels permettant d'élaborer et d'appliquer des mesures selon une délégation claire et précise des pouvoirs, tout en assurant la séparation des mandats politiques et opérationnels ainsi qu'une prise de décisions opportune;
- nomme un président indépendant externe tôt dans le processus, ce qui permet d'assurer la transparence et de cultiver des partenariats immuables;
- établit de solides protocoles de communication et des dialogues fréquents;
- assure la participation et la mobilisation d'individus qualifiés et informés, au besoin.



L'évaluation souligne des leçons retenues reflétant les diverses étapes de l'initiative tripartite au cours des dernières années. Celles-ci peuvent être appliquées à une éventuelle collaboration avec un partenaire, au développement des capacités et à l'intégration. Les leçons résumées ci-dessous comprennent la nécessité de veiller à :

- l'amélioration de la gestion d'urgence et de la planification en cas de pandémie à l'échelle communautaire;
- l'accès à des ressources et du 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 pour le 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 aux méthodes pertinentes sur le plan culturel de même que l'établissement des priorités.

## ANNEXE A : ANNEXE TECHNIQUE

### Aperçu du processus tripartite

En 2005, les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement de la C.-B. ont commencé à collaborer à l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations en C.-B. Tout a commencé par le *Transformative Change Accord*, signé par les deux parties (et avalisé par le gouvernement du Canada).

En 2006, le gouvernement fédéral s'est joint aux discussions. Les trois parties ont signé un Protocole d'entente (PE) pour l'élaboration d'un *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*. Le PE a lancé un partenariat de collaboration tripartite afin d'améliorer l'état de santé des Premières Nations de la C.-B. et de leurs collectivités, en définissant des secteurs d'intérêt commun.

En 2007, les trois parties ont achevé et ratifié le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, afin d'amorcer un changement fondamental visant l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations, la définition des principes de conception d'un nouveau système de gouvernance et l'établissement d'objectifs de mise en œuvre. Les 29 mesures en santé énoncées dans le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* sont centrées sur des initiatives liées à la santé, s'inscrivant dans quatre secteurs principaux : Gouvernance, Relations et responsabilisation, Promotion de la santé/Prévention des blessures et des maladies, Services de santé et Suivi du rendement.

À la suite de la signature du *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations* de 2007, Santé Canada s'est engagé à fournir 29 M\$ sur quatre ans en fonds internes (2007-2008 à 2010-2011) pour soutenir les Premières Nations de la C.-B. dans l'élaboration et l'application de 29 mesures de suivi définies dans le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations. L'affectation des fonds à l'intérieur du Ministère était assurée par un AC, géré à l'échelle régionale, en vertu de l'ancienne Autorisation relative au soutien de l'infrastructure et de la gouvernance de la santé des Premières Nations et des Inuits (aujourd'hui appelée Autorisation relative au soutien de l'infrastructure de la santé).

En 2008, la ministre fédérale de la Santé a amorcé des négociations sur la gouvernance de la santé des Premières Nations en C.-B. et dans un autre territoire, y compris le fondement d'une offre financière fédérale à faire à un nouvel organe de gouvernance des Premières Nations.

Au printemps 2010, les trois parties ont conclu et signé une entente de principe (*BC Tripartite First Nations Health, Basis for a Framework Agreement on Health Governance*). Santé Canada a versé un autre 10 M\$ sur deux exercices (2011-2012 et 2012-2013) aux Premières Nations de la C.-B. Ces fonds se sont ajoutés à la contribution de 29 M\$ déjà versée en 2007-2008.

En 2011, la ministre a signé l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*, lequel comportait une somme de 17 M\$ en tant que contribution fédérale aux frais de mise en œuvre et de transition depuis la First Nations Health Society vers la nouvelle Autorité sanitaire des Premières Nations, y compris le soutien de ses activités et la prochaine transition des programmes, services et fonctions sous sa direction.

Lors d'une cérémonie à Vancouver le 13 octobre 2011, les ministres fédéral et provincial de la Santé et les Premières Nations de la C.-B. ont ratifié l'Accord-cadre (AC) ayant force exécutoire. L'AC engage les parties à collaborer à la transition des programmes, des services et du personnel en santé fédéraux pour les Premières Nations à l'ASPN sur une période de deux ans, ou à une date ultérieure acceptée par les parties.

L'AC vise à :

- Élaborer une nouvelle structure de gouvernance pour éviter la présence de systèmes de santé pour les Premières Nations et les autres qui sont distincts et parallèles. La caractéristique clé de cette nouvelle structure consiste en une ASPN qui assumera la planification, la conception, la gestion, la prestation et le financement de la prestation des programmes et des services de santé pour les Premières Nations;
- Le transfert à l'ASPN du personnel et des fonds fédéraux affectés aux programmes de santé des Premières Nations;
- Le développement d'un système de santé plus intégré pour les Premières Nations, en vertu de la nouvelle structure de gouvernance;
- La participation active du Canada et de la C.-B. à la nouvelle structure de gouvernance est requise, dans le cadre du partenariat plus large avec les Premières Nations de la C.-B.;
- La transition du rôle fédéral depuis les responsabilités opérationnelles quotidiennes vers celui de bailleur de fonds et de partenaire de gouvernance.

Le transfert comprend le financement des programmes et des services actuellement offerts ou financés par Santé Canada pour les Premières Nations de la C.-B., tels qu'ils sont décrits dans l'AC, y compris les programmes destinés aux enfants et aux jeunes, les maladies chroniques, les soins de santé primaires, la lutte contre les maladies transmissibles, la santé mentale, l'environnement, la gouvernance, les installations/immobilisations, les pensionnats indiens et les services de santé non assurés.

Les parties ont convenu que la mise en œuvre de l'AC se fera au cours des deux prochaines années, ou à une date ultérieure dont auront convenu le Canada et l'ASPN. La structure de gouvernance tripartite énoncée dans l'AC continuera de permettre le suivi des progrès concernant les plans mixtes de mise en œuvre, les plans de travail et les livrables ciblés; des ajustements seront faits au besoin.

Les objectifs généraux de l'Initiative tripartite de la C.-B. comprennent :

- Un changement fondamental menant à l'amélioration de l'état de santé
- Un nouveau système de gouvernance de la santé des Premières Nations
  - Des services de santé qui satisfont aux besoins et aux priorités des Premières Nations
  - Santé Canada passe de concepteur à bailleur de fonds et partenaire de gouvernance
  - Les services de santé des Premières Nations sont liés aux services provinciaux et coordonnés avec ceux-ci (p. ex. pas de dédoublement, aucun système de santé parallèle)

- Un système plus efficace et plus efficient pour toutes les personnes participant à la gouvernance de la santé des Premières Nations
  - Accès abordé
  - Écarts comblés
  - Responsabilisation mieux définie

### **Partenaires tripartites**

#### Premières Nations de la C.-B.

En 2007, le CSPN a été mis sur pied par les trois organisations politiques des Premières Nations de la C.-B. – *Sommet des Premières nations, Union des chefs de la Colombie-Britannique, Assemblée des Premières Nations de la Colombie-Britannique* – ayant entre autres pour mandat de diriger et de superviser les négociations tripartites sur la santé. Au fur et à mesure que le processus tripartite évoluait, la structure organisationnelle des Premières Nations de la C.-B. se développait. Au départ, le CSPN ne comptait que des membres provenant de ces trois organisations politiques. Toutefois, en 2010, les trois organisations politiques ont revu l'adhésion au CSPN. Ses 15 membres sont désormais désignés par cinq régions des Premières Nations couvrant toute la province (adjacentes aux frontières des autorités régionales de la santé de la C.-B.). Le CSPN relève des Premières Nations de la C.-B. de par sa structure régionale et produit des rapports aux trois organismes politiques des Premières Nations.

L'ASPN a commencé en tant que petite branche opérationnelle des organismes politiques des Premières Nations en C.-B. Toutefois, étant donné les demandes croissantes pour des travaux sur la gouvernance tripartite, l'ASPN s'est développée et a embauché plusieurs directeurs professionnels. En 2009, elle a été légalement officialisée en tant que branche opérationnelle du CSPN, forte d'une importante expertise en soin de santé et en gestion financière. L'ASPN, agissant au nom du CSPN, relève de toutes les Premières Nations de la C.-B. et produit des rapports publics.

L'ASPN reçoit ses mandats des chefs des Premières Nations de la C.-B., dans le cadre des assemblées des chefs appelées *Gathering Wisdom*. Il s'agit de processus approfondis et rigoureux selon lesquels les chefs de la C.-B. et leurs collectivités ont l'occasion de revoir et de commenter les propositions afin d'établir la structure permanente de l'ASPN; ils peuvent voter lors de la prise de décisions.

L'ASPN a reçu le mandat de ratifier l'AC et de devenir l'ASPN provisoire (iFNHA) conformément à la résolution adoptée lors de l'Assemblée des chefs de la C.-B. en mai 2011 (*Gathering Wisdom IV*). Voici ce que dit la résolution : « [traduction]... la First Nations Health Society doit prendre des mesures pour devenir l'ASPN provisoire et amorcer les premières étapes de la mise en œuvre de la nouvelle entente de gouvernance de la santé ». Lors de cette assemblée, plus de 87 % des chefs présents et de leurs mandataires ont voté pour la résolution. Les chefs ont ensuite entrepris d'autres discussions et le nombre de chefs en faveur de la résolution a augmenté.

L'iFNHA a reçu le mandat de devenir la structure permanente de l'ASPN, conformément à la résolution adoptée à l'Assemblée des chefs de la C.-B. en mai 2012 (*Gathering Wisdom V*), 94 % des chefs présents et leurs mandataires étant en faveur de la résolution.

En août 2012, l'FNHA a apporté les modifications nécessaires à son nom, sa constitution et ses règlements en vertu des lois de la C.-B. afin de devenir définitivement l'ASPN. L'ASPN est désormais exploitée selon sa pleine capacité juridique, en vue d'assumer la conception, la gestion et la prestation des programmes de santé des Premières Nations en C.-B., une fois les activités de transition terminées entre les parties.

Le FNHS, l'FNHA et l'ASPN représentent la même organisation, seulement sous un nom différent; certains changements constitutionnels et juridiques reflètent l'évolution de son rôle et ses progrès vers la transition.

### Gouvernement de la Colombie-Britannique

En C.-B. l'occasion de collaborer avec des partenaires intéressés est venue de l'appui solide du premier ministre Campbell pour l'établissement d'une nouvelle relation avec les Premières Nations et pour la force de la capacité et du leadership de celles-ci. Sous cette direction, la C.-B. a négocié le *Transformative Change Accord* avec les Premières Nations de la C.-B., lequel énonce un plan pour améliorer la collaboration entre le provincial et les Premières Nations ainsi que l'état de santé des Premières Nations.

Le gouvernement fédéral participait aux discussions depuis 2005, mais l'Accord a été publié de nouveau par les Premières Nations de la C.-B. et le gouvernement de la C.-B. après l'élection fédérale de 2006.

En 2007, les gouvernements du Canada et de la C.-B. ainsi que les Premières Nations de la C.-B. ont ratifié le *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, lequel engage les parties à explorer ensemble de nouvelles priorités et de nouveaux processus, y compris une nouvelle structure de gouvernance pour la santé des Premières Nations. Le gouvernement de la C.-B. s'est engagé à l'élaboration de ce plan de santé avant que le gouvernement du Canada se joigne au processus.

En outre, le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations est coprésidé par le sous-ministre de la Santé de la C.-B., les Premières Nations de la C.-B. et le SMA-DGSPNI de Santé Canada. Parmi les membres du comité on compte des présidents/directeurs généraux (DG) des autorités régionales de la santé de la C.-B.

Le comité coordonne la planification, la programmation et la prestation de services en santé pour les Premières Nations. Il s'agit de l'instrument clé de la coordination et de l'intégration des services de l'ASPN et de ceux des autorités régionales de la santé de la province. Il fait rapport chaque année aux ministres et au CSPN des progrès concernant l'intégration et l'amélioration des services en santé pour les Premières Nations de la C.-B.

De plus, le gouvernement de la C.-B. s'est engagé à : diriger ses autorités sanitaires afin qu'elles établissent des relations de travail collaboratives avec les Premières Nations, assurent une meilleure coordination et discutent d'ententes novatrices pour la prestation de services; à établir un nouveau poste de médecin hygiéniste en chef pour les Premières Nations, habilité en vertu de

la *Public Health Act* de la C.-B.; et à offrir un financement aux Premières Nations de la C.-B. d'au moins 100 M\$ sur 10 ans.

### Gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral est partenaire de la prestation de services et de programmes de santé aux Premières Nations. Le gouvernement fédéral a convenu de se joindre aux discussions bilatérales sur la santé des Premières Nations et de modifier efficacement l'entente afin qu'elle devienne tripartite : un partenariat avec le gouvernement de la C.-B., les Premières Nations de la C.-B. et SC.

Ces efforts ont mené à l'élaboration du *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, lequel est centré sur la mise en œuvre de 39 mesures en santé et soutient la capacité de gouvernance des Premières Nations en matière de santé, en vue du transfert ultérieur de la mise sur pied d'une ASPN de la C.-B., conformément aux accords tripartites précédents, et ont aussi mené à la signature de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* ayant force exécutoire.

### **Accords tripartites**

Pour les années visées dans la présente évaluation, Santé Canada a signé les accords tripartites suivants :

2006

- PE tripartite pour l'élaboration du *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*.

2007

- *Plan tripartite pour la santé des Premières Nations*, afin de créer un changement fondamental pour améliorer l'état de santé des Premières Nations et définir les principes de conception d'un nouveau système de gouvernance.
- Santé Canada offre un financement de contribution (29 M\$ sur 4 ans) à la *First Nations Summit Society*, devenue ultérieurement la *First Nations Health Society* (FNHS).

2010

- Conclusion de l'entente de principe tripartite (Basis for a Framework Agreement on Health Governance).

2011

- Le 13 octobre 2011, l'AC tripartite ayant force exécutoire a été ratifié par les ministres fédéral et provincial de la Santé ainsi que par la FNHS de la C.-B., avec l'aval du CSPN de la C.-B.
- Santé Canada modifie l'AC de 29 M\$ avec la FNHS en ajoutant 10 M\$ sur deux ans (2011-2012, 2012-2013) afin de soutenir les travaux en cours concernant le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations.
- Santé Canada conclut un AC de 17 M\$ avec la FNHS (désormais appelée ASPN) pour la mise en œuvre de l'Accord-cadre.

2012

- En décembre 2012, les trois parties signent l'Accord tripartite de partenariat en matière de santé, conformément à l'engagement prévu dans l'Accord-cadre. L'Accord décrit l'engagement mutuel à l'égard d'une collaboration continue.

### **Questions relatives à l'analyse des données recueillies**

#### Examen de la documentation et des publications<sup>54</sup>

Les documents sur les programmes ont été obtenus auprès du personnel de la DGSPNI de la région de la capitale nationale (RCN) et du personnel régional de la C.-B. Ces documents comprennent des dossiers administratifs, des rapports annuels, des plans de travail, des fichiers de programme, des vérifications et d'autres documents pertinents décrivant et documentant les progrès réalisés au fil du temps. L'examen de la documentation a été réalisé par un entrepreneur indépendant.

La recherche de documentation Internet a été faite dans le but d'étayer l'évaluation de l'économie et de l'efficacité. La documentation a permis de dégager d'autres stratégies, évaluations et rapports canadiens et internationaux, y compris des initiatives non liées aux Premières Nations. Les données s'appliquant aux indicateurs ont été extraites.

#### Entrevues auprès d'informateurs clés (IC)<sup>55</sup>

Les informateurs clés internes et externes, formant un échantillon utile (n=23), ont été interrogés individuellement, en fonction des indicateurs de rendement de la matrice d'évaluation.

Un guide d'entrevue a été mis au point pour souligner l'ensemble des obligations éthiques et juridiques de l'entrepreneur ainsi que les questions d'entrevue. Le guide a été fourni à chaque personne interrogée au moins 4 jours avant l'entrevue.

Les entrevues auprès d'informateurs clés (IC) ne portaient que sur la réalisation des résultats attendus et sur la démonstration de l'économie et de l'efficacité. Il a été convenu que le petit échantillon d'intervenants choisis ne permettrait pas d'éclairer davantage la pertinence, au-delà de ce qui a été observé dans le cadre de l'examen de la documentation.

#### Évaluation de l'économie et de l'efficacité<sup>56</sup>

L'évaluation concernant l'économie et l'efficacité était fondée sur des données financières fournies par les services financiers de Santé Canada, sur un examen des états financiers vérifiés

---

<sup>54</sup> Le terme « publications » fait référence aux documents internes de Santé Canada ou de la DGSPNI « Documentation » fait référence à l'information préparé par des sources externes à la DGSPNI et à Santé Canada; par exemple des pages Web et des rapports produits par d'autres organisations pertinentes, des études publiées ou des documents internationaux.

<sup>55</sup> Cette source d'information est étayée d'un rapport technique. Ce ne sont pas toutes les données de ces rapports qui sont présentées en détails dans le présent rapport.

<sup>56</sup> Idem

de la FNHS de la C.-B. et sur les entrevues menées auprès du personnel de programme régional et national. Cette évaluation a été réalisée à l'interne par un analyste principal de l'évaluation.

#### Éléments d'information multiples

Le regroupement de plusieurs éléments de preuves contribue à rehausser la qualité de certaines données. Comme il est décrit ci-dessus, les méthodes d'évaluation étaient fondées sur plus d'une source d'information. La plupart des questions d'évaluation ont été abordées au moyen de plusieurs sources d'information, lesquelles ont été déterminées au moyen d'un tableau de concordance et d'un modèle de collecte de données.

#### Principes d'éthique et protocole de protection des personnes et des données

Les principes d'éthique et le protocole de protection des personnes et des données ont été rigoureusement respectés dans l'administration de l'enquête, la gestion des données et les processus de production de rapports. La participation des IC aux entrevues était volontaire.

Les métadonnées n'ont été fournies que par les entrepreneurs et tout renseignement personnel ou pouvant mener à l'identification est demeuré confidentiel. Les réponses seront présentées sous forme de sommaire à l'intérieur du rapport d'évaluation. Conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*, les données recueillies n'ont pas été divulguées à des tierces parties externes.



## ANNEXE B : RÉFÉRENCES

Andrusieczko, Tanya (2012) *First Nations Self-Government, Indigenous Self-Determination: On the transformative role of agonistic indigeneity in challenging the conceptual limits of sovereignty*. (Thèse) Department of Political Studies, University of Saskatchewan Saskatoon.

Assemblée des Premières Nations (2011), *Autodétermination Site Web*.

Belanger, Yale D. (2011) *The United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples and Urban Aboriginal Self-Determination in Canada: A Preliminary Assessment*. *Aboriginal Policy Studies*, Vol. 1, no. 1, 2011, pp.132-161

Bossert, Thomas (1998) *Analysing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision, Space, Innovation and Performance*, *Social Science and Medicine*, 47(10):1513-1527.

British Columbia Provincial Health Officer (2009) *Pathways to Health and Healing. 2nd report on the Health and Well-Being of Aboriginal People in British Columbia: Provincial Health Officer's Annual Report*. Victoria: Ministry of Healthy Living and Sports.

Canadian Medical Association Journal (2009) *Study Indicates Local Control over Aboriginal Health Care Improves Outcomes*. *Canadian Medical Association Journal*, 181(11):e249-250.

Carrière, Gisèle, Rochelle Garner, Claudia Sanmartin, et l'équipe de recherche de l'Initiative sur le DLAS. *Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002*, Ottawa, Statistique Canada, 2011. Statistique Canada : Ottawa.

Christie, Gordon (2003) *Aboriginal Citizenship: Sections 35, 25 and 15 of Canada's Constitution Act, 1982*. *Citizenship Studies*, 7(4):481-495.

Cornell, Stephen and Joseph P. Kalt (2010) *American Indian Self-Determination: The Political Economy of a Policy that Works*. Faculty Research Working Paper Series University of Arizona, Harvard Kennedy School.

Dalton, Jennifer E. (2005) *International Law and the Right of Indigenous Self Determination: Should International Norms be Replicated in the Canadian Context?* Document de travail. Queen's University Osgoode Hall Law School.

Goetze, Tara C. (2005) *Empowered Co-management: Towards Power-Sharing and Indigenous Rights in Clayoquot Sound, BC*. *Anthropologica*, 47(2):247-265.

Hutchinson, Paul L. and Anne K. LaFond (2004) *Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors*. U.S. Agency for International Development

Jacklin, Kristen (2009) *Diversity within: Deconstructing Aboriginal community health in Wikwemikong Unceded Indian Reserve*. *Social Science and Medicine*, 68:980-989.

Kelm, Mary-Ellen (2004) Wilp Wa'ums: Colonial encounter, decolonization and medical care among the Nisga'a. *Social Science and Medicine*, 59:335–349.

Ladner, Kiera L. (2009) Understanding the Impact of Self-Determination on Communities in Crisis. *Journal de la santé autochtone*, novembre. pp.88-101.

Lavoie, Josée, Evelyn L. Forget, Matt Dahl, Patricia Martens, John O'Neil. (2011a) Is it Worthwhile to Invest in Home Care? *Healthcare Policy*, 6(4):35-48.

Lavoie, Josée, Evelyn L. Forget, Matt Dahl, Patricia Martens, John O'Neil. (2011b) Is Community Control Over Health Services Good for First Nations' Health? Assembly of First Nations Manitoba Chiefs Task Force.

Lavoie, Josee, Amohia Boulton and Judith Dwyer (2010a) Analysing Contractual Environments: Lessons Learned from Indigenous Health in Canada, Australia and New Zealand. *Public Administration*, 88(3):665-679.

Lavoie, Josee, Evelyn L. Forget and Annette J. Browne (2010b) Caught in the Crossroad: First Nations, Health Care, and the Legacy of the Indian Act. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(1):83-100.

Lavoie, Josee, Evelyn L. Forget, Tara Pakash, Matt Dahl, Patricia Martens, John D. O'Neil (2010c) Have Investments in On-Reserve Health Services and Initiatives promoting Community Control Improved First Nations' Health in Manitoba? *Social Science and Medicine*, 71:717-724.

Lavoie, Josee, Evelyn L. Forget, John D. O'Neil (2007) Why Equity in Financing First Nations On-Reserve Health Services Matters: Findings from the 2005 National Evaluation of the Health Transfer Policy. *Healthcare Policy*, 2(4):80-96.

Lieberman, Samuel S. and Priscila Maria Hermida (2002) Decentralization and Health in the Philippines and Indonesia: An Interim Report. World Bank, East Asia and Pacific Region,

Lieberman Samuel S., Joseph J. Capuno, and Hoang Van Minh (2005) Decentralizing Health: Lessons from Indonesia, the Philippines, and Vietnam in East Asia Decentralizes: Making Government Work, World Bank: Geneva.

Mills, Anne, J. Patrick Vaughn, Duane L. Smith, Iraj Tabibzadeh. *La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expérience de quelques pays*. Organisation mondiale de la Santé : Genève.

Napoleon, Val (2005) Aboriginal Self Determination: Individual Self and Collective Selves. *Atlantis* 29.2, 2005

Native Womens Association of Canada (2007) Aboriginal Women and

Self-Determination: An Issue Paper Prepared for the National Aboriginal Women's Summit. June 20-22: Corner Brook, T.-N.-L.

Ponting, Rick J. and Linda J. Henderson (2005) Contested Visions of First Nation Governance: Secondary Analysis of Federal Government Research on the Opinions of On-Reserve Residents. *Canadian Ethnic Studies*, 13(1):63-86.

Putnam, R. D. (1993) *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, Princeton University Press, 1993.

Saltman, Richard B., Vaida Bankauskaite, Carsten Vrangbaek (eds.) (2007) *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*. European Observatory on Health Care.

Schwartz, J. Brad, David K. Guilkey, et Rachel Racelis. (2002) *Decentralization, Allocative Efficiency and Health Service Outcomes in the Philippines*. Carolina Population Center, University of North Carolina: Chapel Hill.

Smith, BC (1997) The decentralization of health care in developing countries: Organizational options. *Public Administration and Development*, 17:399-412.

Smith, Ross and Josee Lavoie (2008) First Nations Health Networks: A Collaborative System Approach to Health Transfer. *Healthcare Policy*, 4(2):101-112.

Schnarch, Brian (2004) Ownership, Control, Access, and Possession (OCAP) or Self-Determination Applied to Research: A Critical Analysis of Contemporary First Nations Research and Some Options for First Nations Communities. *Journal of Aboriginal Health*, January 2004, pp. 80-95.

Tsey, Komla (1996) Aboriginal self-determination, education and health: towards a radical change in attitudes to education. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, vol 21, no.1. pp.77-83.

Yu, Peter (1996) Aboriginal Issues in Perspective: Native Title Rights and Self-Determination. *Community Development Journal*, 31(2):164-173.

Wamai, Richard G. (2009) *Reforming health systems: the role of NGOs in Decentralization – lessons from Kenya and Ethiopia*.

World Bank (2011) *Decentralization: Health*. Site Web de la Banque mondiale.

World Health Organization (2008) *Closing the Gap in a Generation: Health Equality Through Action on the Social Determinants of Health*. Final Report of the Commission on the Social Determinants of Health. Organisation mondiale de la Santé : Genève.