

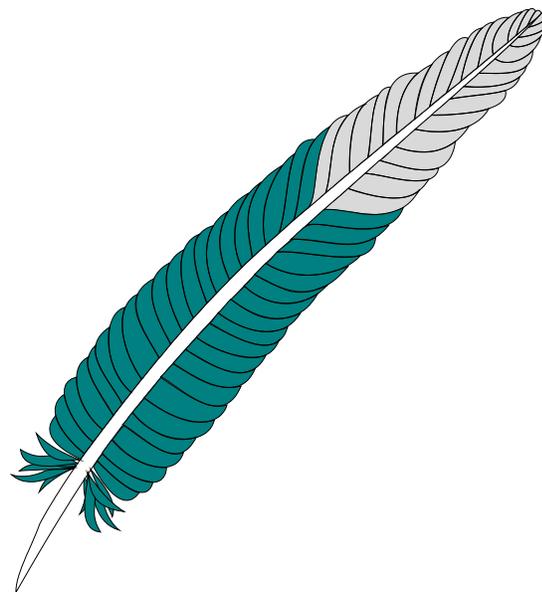
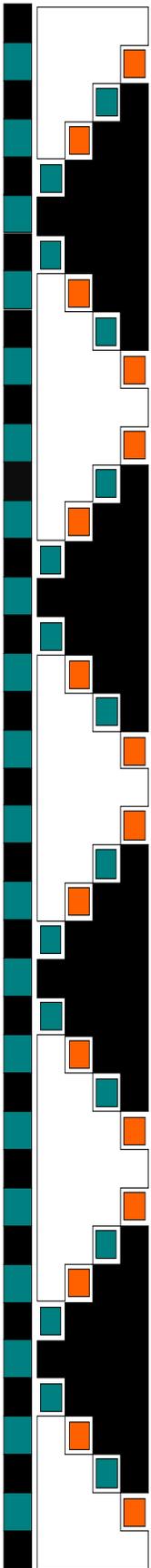


Santé
Canada

Health
Canada

Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits

Guide 1 *Introduction aux trois approches*



Original: Mars 1999
Révisé en mars 2004

This document is also available in English under the title:

Transfer of Health Programs to First Nations and Inuit Communities: Handbook 1 - An Introduction to Three Approaches

Direction de la planification et de la gestion des affaires
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada

Table des matières

Le Guide	iii
But	iii
Utilisation de ce Guide	iii
Information dont vous aurez besoin dans le future	iii
Mise à jour	iv
Introduction	1
Vers un plus grand contrôle aux communautés des Premières nations et Inuits	1
Mission et Vision de la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits	2
Contrôle des Premières nations : Historique	2
Trois approches pour un contrôle accru des Premières nations et Inuits	3
Approche de transfert des services de santé	5
Quels sont les buts du Transfert?	5
Quels sont les avantages du Transfert pour les communautés des Premières nations et Inuits?	5
Éligibilité de la communauté	6
Résumé des ressources obtenues par la communauté qui choisit l'Approche de transfert	6
Programmes et services éligibles au transfert	7
Qu'en est-il du transfert des services de 2 ^{ième} et 3 ^{ième} niveau?	9
Quels sont les services obligatoires?	9
Qu'en est-il des services fournis sous le Programme des soins de santé non-assurés (PSSNA)? ..	10
Qu'en est-il du Transfert des programmes de traitement pour l'abus d'alcool, d'autres drogues et de solvants chez les jeunes?	10
Activités de planification et ressources	11
Ressources pour les activités de planification	15
Accords de transfert multicommunautaires	15
Après la signature de l'Accord de transfert des services de santé	16
Cadre de responsabilité	19
Que faire pour débiter	20
Approche des services intégrés de santé communautaire	24
Qu'est ce que l'Approche des service intégrés de santé communautaires?	24
Quels sont les objectifs de l'Approche des services intégrés de santé communautaire?	25
Quels sont les avantages de l'Approche des services intégrés de santé communautaire pour les Premières nations et Inuits?	25
Résumé des responsabilités et des ressources de l'Approche des services intégrés de santé communautaire	25
Éligibilité de la communauté	26
Programmes et services éligibles pour l'Approche intégrée	26
Que faire pour débiter?	28
Planification de l'Approche intégrée	28
Financement des activités de planification	30
Phase de mise en oeuvre	31



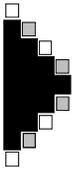
Approche de l'autonomie gouvernementale	33
Approche de l'autonomie gouvernementale	33
Les principales différences entre le Transfert et l'Approche intégrée	35
Les principales différences être le Transfert et l'Approche intégrée	35
Éligibilité de la communauté	36
Programmes et services éligibles	36
Activités de planification et ressources qui s'y rattachent	36
Rôles et responsabilités après la signature d'un Accord	39
Annexe A - Contrôle des Premières nations – Historique	42
Annexe B - Formule pour déterminer le financement de l'Évaluation des besoins en santé communautaire selon l'Approche du transfert	47
Annexe C - Formule du 50% pour déterminer les fonds annuels d'appui à la gestion de santé pour la phase de planification préalable au transfert et l'Approche intégrée	49
Annexe D - Formule du 100% pour déterminer les fonds annuels d'appui à la gestion de la santé pour le Transfert	51
Annexe E - Exemple de plan de travail pour l'Approche intégrée	53
Annexe F - Exemple de rapport sur les dépenses actuelles du programme de l'Approche intégrée	55
Annexe G - Exemple de rapport annuel sur les programmes pour l'Approche intégrée	57
Tableaux	
Tableau 1 : Activités de planification et ressources rattachées à l'Approche du transfert	14
Tableau 2 : Activités de planification et ressources rattachées à l'Approche intégrée	29
Tableau 3 : Programmes et services de santé et ressources éligibles au contrôle des Premières nations pour l'Approche de transfert et l'Approche intégrée	37
Tableau 4 : Activités de planification et ressources qui s'y rattachent pour l'Approche de transfert et l'Approche intégrée	38
Tableau 5 : Différences dans les domaines des politiques clés concernant le Transfert et le droit inhérent à l'Autonomie gouvernementale	40
Figures	
Figure 1 : Mécanismes de distribution des services de santé chez les Premières nations et Inuits	1
Figure 2 : Programmes et services de santé visés par le transfert	7
Figure 3 : Programmes et services non éligibles actuellement au contrôle de la communauté	8
Figure 4 : Cadre du transfert des programmes de santé au contrôle de la communauté	12
Figure 5 : Responsabilités de la communauté après la signature d'un Accord de transfert	18
Figure 6 : Préparation de la planification préalable au Transfert - Ce que vous devez considérer	20
Figure 7 : Programmes et services éligibles de santé sous l'Approche intégrée	27
Figure 8 : Responsabilités de la communauté suite à la signature d'un Accord intégré	32



Le Guide

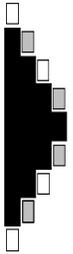
But

Ce Guide est le premier de trois qui donnent de l'information sur le transfert du contrôle des programmes de santé autochtones et Inuit du Gouvernement fédéral aux communautés des Premières nations et Inuits. Il fournit un résumé aux Conseils de bande, aux Conseils de tribu, et aux autres organisations des Premières nations et Inuits, ainsi qu'aux directeurs et officiers responsables du transfert de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.



Ce guide est une introduction à la passation du contrôle des programmes et des ressources de santé. Chaque section répond à d'importantes questions que posent souvent les communautés quand elles sont intéressées à prendre plus de contrôle.

Utilisation de ce Guide



Le Guide 1 introduit trois approches pour le transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits situées au sud du 60^{ième} parallèle :

- *Le Transfert des services de santé*
- *L'Intégration des services de santé communautaire, et*
- *L'Autonomie gouvernementale*

Ce Guide résume les politiques de la Direction générale de la santé Premières nations et des Inuits (DGSPNI) sur le contrôle des programmes de santé par les communautés des Premières nations et Inuits à travers le Canada. Il peut exister certaines variations régionales telles que les règlements gouvernant certains professionnels de la santé et la protection de l'environnement sous juridiction provinciale.

Information dont vous aurez besoin dans le futur

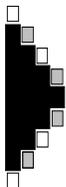
Le Guide 2 fournit de l'information sur le processus de transfert des services de santé et sur les procédures et politiques de planification sous l'Approche du transfert. Le Guide 3 explique ce qui se produit après la signature d'un Accord sur le transfert des services de santé. Les titres des Guides 2 et 3 sont :

- ▶ *Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits : Guide 2 - Transfert des services de santé, et*
- ▶ *Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits : Guide 3 - Après le transfert — le nouvel environnement.*



Mise à jour

L'ensemble des trois Guides met à jour d'anciens documents de la DGSPNI sur le transfert des programmes de santé au contrôle des Premières nations.



S'il y a d'autres guides ou documents qui fournissent des énoncés de politiques en conflit avec le contenu de ces Guides nationaux, les politiques de ce Guide prévalent.

La relation entre le Gouvernement fédéral et les peuples autochtones du Canada évolue. La DGSPNI examine régulièrement ses politiques sur le transfert du contrôle des programmes de santé pour s'assurer qu'elles appuient cette relation renouvelée.



Pour vous assurer d'avoir la version la plus récente du Guide 1, 2, ou 3, communiquez avec le Bureau régional de la DGSPNI ou naviguez sur le site Web de la DGSPNI :

<http://www.hc-sc.gc.ca/dgspni/>

On peut télécharger les Guides 1, 2 et 3 du site Web de la DGSPNI. Les changements effectués dans les Guides seront affichés régulièrement sur le site Web.



Introduction

Vers un plus grand contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits

La Figure 1 montre les diverses façons d'administrer la prestation des services de santé chez les communautés des Premières nations et Inuits. Plus le contrôle de la communauté grandit, plus la communauté monte dans l'échelle.

Les communautés des Premières nations et Inuits intéressées à obtenir plus de contrôle sur leurs services de santé peuvent décider selon trois approches différentes basées sur leur éligibilité, leurs intérêts, leurs besoins et leur capacité. Ce Guide résume les trois approches :

- Transfert des services de santé,
- Intégration des services de santé communautaire, et
- Autonomie gouvernementale

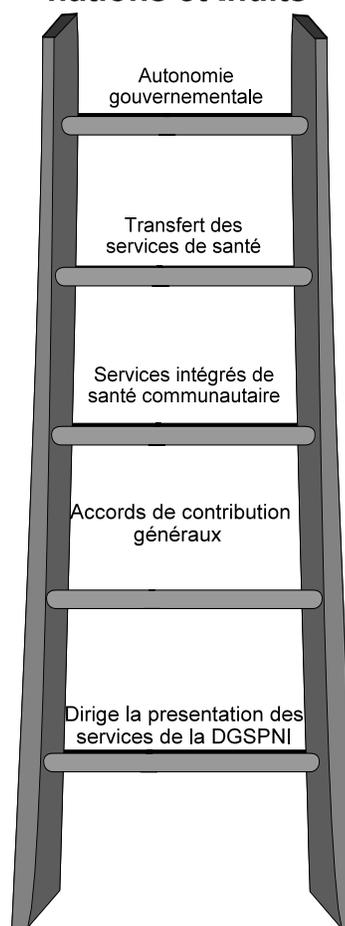
Une première discussion avec un officier responsable du transfert à la DGSPNI donne aux Conseils de bande l'information qui les aidera à décider de l'approche qui convient le mieux à leur communauté.

Seules les communautés des Premières nations et Inuits situées au *sud du 60^{ième} parallèle* sont éligibles à entamer le processus de Transfert des services de santé, géré par la DGSPNI. D'autres communautés, tel que décrit ci-dessous, travaillent avec le Ministère fédéral pertinent :

- Les groupes des Premières nations, des Inuits et des Métis situés au *nord du 60^{ième} parallèle*, i.e., dans le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest, le Yukon, et la plupart des régions au nord du Québec et du Labrador, négocient tous les aspects d'Autonomie gouvernementale proposée, y compris la responsabilité des services de santé, avec les Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC).

Figure 1

Mécanismes de distribution des services de santé chez les communautés des Première nations et Inuits



- Certaines communautés au nord du 60^{ième} parallèle administrent certains aspects des services de santé grâce à des accords avec le Secrétariat du Nord de la DGSPNI.
- Les Métis vivant au *sud du 60^{ième} parallèle* et les peuples autochtones résidant hors réserve, que ce soit au *nord ou au sud du 60^{ième} parallèle*, négocient tous les aspects d'autonomie gouvernementale, y compris les services de santé, avec l'interlocuteur fédéral pour les Métis et les Indiens de fait (non-inscrits).

Mission et Vision de la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits

La mission et la vision de la DGSPNI montrent l'engagement de la Direction générale de transférer le contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

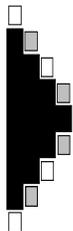
Notre mission... établir une "relation renouvelée avec les Premières nations et les Inuits, basée sur le transfert des services de santé directs et sur un rôle fédéral réorienté, qui cherche à améliorer l'état de santé des Premières nations et Inuits".

Notre vision... Les Premières nations et les peuples Inuit auront l'autonomie et le contrôle de leurs programmes et de leurs ressources de santé selon un échéancier à déterminer en consultation avec les Premières nations et les peuples Inuit.

Contrôle des Premières nations : Historique

Le transfert des programmes et des services de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits (DGSPNI) au contrôle aux communautés des Premières nations et Inuits a une longue histoire. Depuis le début des années 1970, des organisations représentant les communautés des Premières nations et Inuits ont négocié avec le Gouvernement fédéral afin de reprendre le contrôle de tous les aspects de la vie des Premières nations et Inuits, y compris la santé.

Dans le milieu des années 1980, plusieurs communautés ont participé à une série de projets de démonstration subventionnés par la DGSM. Leurs expériences ont servi de base au cadre des politiques pour le transfert de la santé.



Le 16 mars 1988, le Cabinet approuvait le transfert, au contrôle des Premières nations, des ressources fédérales rattachées aux programmes de santé des Premières nations vivant au sud du 60^{ième} parallèle.

Le 29 juin 1989, le Conseil du Trésor a approuvé les autorisations et les ressources financières pour appuyer la planification préalable au transfert et pour financer les piliers de la gestion de santé communautaire.

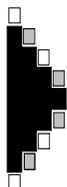


Au début, le transfert était la seule option qui s'offrait aux communautés désireuses d'accroître leur contrôle sur les services et programmes de santé au-delà des Accords généraux de contribution. Mais, dans le début des années 1990, les expériences des communautés, ayant complété ou non le processus du transfert des services de santé, ont mené à un Accord voulant que toutes les communautés n'étaient pas prêtes à passer si rapidement à ce niveau de contrôle des services de santé. En conséquence, à la fin de 1994, le Conseil du Trésor a approuvé l'intégration des services de santé communautaire comme une nouvelle option qui permettait aux communautés d'avoir un niveau de contrôle limité sur les services de santé. En 1995, le Gouvernement fédéral annonçait la politique relative au droit inhérent à l'Autonomie gouvernementale, qui introduisait ainsi une troisième option permettant aux communautés d'augmenter davantage leur contrôle sur les services de santé (Voir l'Annexe A, Contrôle des Premières nations - Historique, pour une brève description des documents clés, des approbations et des autorisations de 1969 à 1995).

Trois approches pour un contrôle accru des Premières nations et Inuits

Selon son éligibilité, une communauté peut choisir l'une des trois approches pour entamer le processus d'accroissement de son contrôle sur les programmes et services de santé :

- le Transfert des services de santé
- l'Intégration des services de santé communautaire
- l'Autonomie gouvernementale



Le moment de prendre le contrôle et la responsabilité de ses programmes et services diffèrent pour chaque communauté. Les communautés prennent le contrôle et la responsabilité de leurs services de santé selon un rythme établi par leur intérêt, leurs besoins, et leur capacité de gestion.

Par exemple, des communautés qui ont plusieurs années d'expérience avec les Accords généraux de contribution, dans l'administration de plusieurs programmes de la DGSPNI, peuvent être prêtes au Transfert des services de santé - elles possèdent déjà beaucoup d'expérience dans la gestion d'employés et dans l'administration et la prestation de services. Elles peuvent aussi avoir une certaine expérience dans l'adaptation de programmes pour satisfaire certaines priorités de la communauté. Cependant, comme les programmes de la DGSPNI qu'ils ont administrés ont été conçus par le Gouvernement fédéral, les communautés peuvent avoir eu peu d'occasions de planifier, de développer et de mettre en oeuvre de nouveaux programmes et de nouveaux services.

Bien qu'une communauté qui se sert de l'Intégration des services de santé communautaire ait moins de contrôle sur ses programmes de santé que celle qui utilise le transfert des services de



santé, elle obtient une structure de gestion de la santé, de l'expérience en cours d'emploi pour la prestation des programmes et des services, et un pouvoir accru dans la prise de décision sur des activités de programme visant à satisfaire les besoins uniques de sa communauté.

Les communautés des Premières nations et Inuits jouissant de l'Autonomie gouvernementale, ont le plus grand contrôle. Elles peuvent être autorisées à passer certaines lois régissant leur communauté en ce qui concerne la santé. La gamme de ressources pour les programmes de santé est plus vaste que celle du Transfert de services de santé. On a aussi plus de flexibilité pour la répartition des ressources et moins d'exigences de rapport.

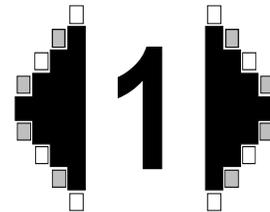
Quelquefois, deux ou plusieurs communautés travaillent ensemble sous le Transfert ou l'Intégration. Elles se partagent la responsabilité de fournir des programmes et des services de santé à leurs membres. Ces ententes multicommunautaires ressemblent beaucoup à celles des communautés qui agissent seules mais avec certaines différences qu'on note dans ce Guide au moment où elles s'appliquent.

Le processus de transfert de la DGSPNI offre aux communautés la flexibilité de prendre le contrôle de leurs services de santé au rythme qui satisfait le mieux leurs besoins. Il fournit aussi la flexibilité de changer de direction dans leur approche. Les communautés peuvent passer de l'Intégration des services de santé communautaire au Transfert des services de santé (dans la planification préalable au transfert ou lors des phases de transition) et vice versa, selon certaines conditions. Par exemple, si une communauté est dans la planification préalable au Transfert ou dans la phase de transition du Transfert et qu'elle décide qu'elle n'est pas prête à passer à la phase suivante, elle peut alors opter pour l'Intégration communautaire. Les communautés peuvent aussi passer directement de l'Intégration à la phase de transition au Transfert.

Chacun des trois prochains chapitres du Guide se concentre sur une des trois approches du contrôle accru des Premières nations et Inuits.



Approche de transfert des services de santé



Le transfert des services de santé implique un processus qui déplace progressivement le contrôle des ressources et la responsabilité des services et des programmes de santé communautaire dans les mains aux communautés des Premières nations et Inuits . Le processus inclut le transfert des connaissances, de la compétence et des fonds de telle sorte que les communautés puissent contrôler et administrer leurs ressources de santé selon les besoins et les priorités de leurs propres communautés.

Quels sont les buts du Transfert?

Les principaux buts de cette approche sont :

- de permettre aux communautés de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et de répartir des fonds selon les priorités en santé de la communauté;
- de s'assurer que les communautés aient la flexibilité dans la prestation des programmes et des services de santé;
- de s'assurer que la santé et la sécurité publiques soient maintenues grâce à la prestation de programmes de santé et de traitement obligatoires; et
- de renforcer et d'améliorer la responsabilité des chefs de file de la communauté face aux membres de la communauté.

(Voir la section de ce chapitre "Après la signature de l'Accord de transfert des services de santé" pour avoir un aperçu du cadre de responsabilité pour le transfert).

Quels sont les avantages du Transfert pour les communautés des Premières nations et Inuits

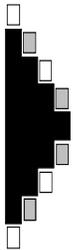
Lors de l'évaluation du processus de transfert en 1995, les communautés ont mentionné les avantages suivants :

- implication accrue de la communauté dans la prise de décision sur des questions qui les concernent;
- conscience accrue des questions de santé;
- la communauté identifie ses besoins uniques et ses forces et elle établit ses propres priorités;
- meilleures compétences en gestion et meilleure capacité de diriger des programmes et des services;
- développement de nouveaux programmes, services et approches;



- meilleure qualité de vie pour les aînés et leurs familles;
- meilleure intégration des programmes et services et approches de planification conjointes avec les services sociaux, l'éducation et la justice;
- plus grande priorité accordée aux questions de santé communautaire par la chefs et les conseils;
- utilisation accrue des services par les membres de la communauté;
- des programmes et des services basés davantage sur la culture;
- plus de flexibilité dans la façon de dépenser les fonds pour la santé;
- plus de responsabilité face à la communauté;
- impact économique important pour certaines communautés, y compris la création d'emplois;
- un virage dans la relation avec d'autres gouvernements, qui passe de la dépendance hiérarchique à des relations intergouvernementales plus ouvertes.

Éligibilité de la communauté



Pour être éligible à commencer la planification du processus de Transfert, une communauté doit fournir :

- ***un mandat tel qu'appuyé par une résolution du Conseil de bande (RCB) ou toute autre forme d'approbation convenable à la (aux) Bande(s) ou au(x) groupe(s) inuit qui accordent le mandat;***
- ***une preuve d'expérience réussie dans la gestion financière et administrative de programme.***

Résumé des ressources obtenues par la communauté qui choisit l'Approche de transfert

Le montant d'argent transféré à une communauté pour gérer ses programmes et services de santé est basé sur plusieurs facteurs :

- la population de la communauté telle qu'approuvée par la DGSPNI,
- les programmes et services à prendre en charge,
- la valeur des biens meubles transférés, et
- d'autres considérations déterminées suite aux discussions entre la DGSPNI et la communauté.

Des ressources humaines et financières sont disponibles pour la formation préalable au Transfert et un ensemble d'activités de planification. Ça peut prendre jusqu'à 21 mois pour compléter le processus de planification du Transfert. (Pour plus de détails, voir la section "Activités de planification et ressources pour le Transfert", et le Tableau 1 de ce Guide). Après avoir complété les activités de planification, la DGSPNI signe un Accord de transfert de services de santé pouvant aller jusqu'à cinq ans. Cet Accord est renouvelable.



Programmes et services éligibles au transfert

La Figure 2 fournit une liste des services et programmes éligibles au contrôle de la communauté grâce à un transfert.

Figure 2 : Programmes et services de santé éligibles selon l'Approche de Transfert

- **Grandir ensemble**
- **Développement de communautés en santé - Gestion de crise en santé mentale**
- **Développement de communautés en santé - Programme sur l'abus des solvants**
- **Programme canadien de nutrition prénatale** (à l'exclusion des fonds de développement)
- **Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies et des blessures**
 - Représentants en santé communautaire
 - Soins infirmiers communautaires
 - Formation en soins infirmiers
 - Soutien aux services de la santé communautaire
 - Éducation à la santé
- **Soins primaires des programmes de santé communautaire**
 - Soins infirmiers communautaires*
 - Soutien aux services de la santé communautaire
- **Dento-thérapie**
- **Programme de santé environnementale**
- **Carrières en santé** (à l'exclusion des bourses et bourses d'études)
- **Services de santé**
 - Fonctionnement et entretien des établissements et des résidences
 - Prévention des maladies transmissibles
 - Coordonnateurs de la santé et Conseil de santé
- **Programme National de lutte contre l'abus de l'alcool et de drogues chez les Autochtones**

* Des limites s'appliquent dans certaines provinces à cause de l'absence de loi applicable. Voir le Guide 2.



Les dento-thérapeutes et les praticiennes en soins infirmiers (qui agissent dans des rôles élargis), dans certaines provinces où ils ne sont pas reconnus selon les Lois provinciales de la santé, ne peuvent pas travailler directement pour les communautés et sont, ainsi, incapables de garantir la protection pour la responsabilité. Il peut y avoir un accord spécial d'interéchange par lequel ces professionnels de la santé continuent d'être à l'emploi de la DGSPNI, mais ils reçoivent leur direction quotidienne de la communauté et font partie de l'équipe de santé communautaire. Pour plus de détails, consultez le Guide2, PSC-II.

La Figure 3 donne une liste des services et programmes non éligibles au contrôle de la communauté lors d'un transfert.

Figure 3 : Programmes et services NON ÉLIGIBLES actuellement au contrôle de la communauté

- Biens immobiliers (établissements de santé)
- Fonds de développement du PCNP
- Consultation en santé
- Carrières en santé (bourses et bourses d'études pour les Autochtones)
- Programme des soins de santé non assurés (PSSNA)*

* Le Conseil du Trésor cherche présentement à transférer tout le PSSNA au contrôle des Premières nations. Comme mesure intérimaire, des projets pilotes sur le PSSNA ont été mis en oeuvre avec des autorisations spéciales du Conseil du Trésor.



Qu'en est-il du transfert des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau?

Les services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau sont des services fournis au niveau de la région ou de la zone, respectivement. En général, ce sont des services de capacité de coordination, de consultation et de supervision par opposition à des services communautaires directs (1^{er} niveau).

Voici des postes typiques d'une région fournissant des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau aux communautés. Ces postes peuvent varier d'une région à l'autre :

- Dentiste régional
- Diététiste régionale
- Coordonnateur en santé communautaire
- Expert-conseil en médecine communautaire
- Agent régional de soins infirmiers
- Agent régional adjoint de soins infirmiers
- Infirmière régionale - épidémiologie
- Coordonnateur régional de PNLAADA
- Coordonnateur de "Grandir ensemble"
- Agent régional d'hygiène du milieu
- Agent de zone d'hygiène du milieu
- Agent régional d'éducation en soins de santé
- Agent de zone de soins infirmiers
- Expert-conseil de zone de PNLAADA
- Conseiller représentant de zone en santé communautaire (RSC)
- Agent de développement communautaire
- Agent d'entretien
- Concierge

Certaines communautés peuvent ne pas décider de transférer les services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau. Dans ces cas, une autre organisation des Premières nations ou des Inuits ou la DGSPNI fournira ces services au nom de la communauté. Une communauté ou un groupe de communautés ayant démontré leur capacité de fournir des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau peut considérer le transfert de services obligatoires et non-obligatoires de 2^{ième} et 3^{ième} niveau comme faisant partie de leur Accord de transfert.

Quand des communautés choisissent qu'une autre organisation gère, en leur nom, des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau, la politique du transfert des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau s'appliquera. Cette politique est disponible aux bureaux régionaux de la DGSPNI.

Quels sont les services obligatoires?

On a identifié certains programmes comme obligatoires afin de satisfaire les normes légales visant à assurer la santé et la sécurité du public:

- Lutte contre les maladies transmissibles
- Hygiène du milieu
- Services de traitement



Pour assurer la prestation de ces programmes obligatoires, on a identifié certains services comme essentiels pour satisfaire les exigences obligatoires du programme. Ce sont :

- Les services d'hygiène du milieu (SHM)
- Les services d'un médecin
- La supervision professionnelle des soins infirmiers

Qu'en est-il des services fournis sous le Programme des soins de santé non-assurés (PSSNA)?

On travaille présentement au développement du Cadre de transfert et des autorisations qui se rattachent au Programme de soins de santé non-assurés, tels que les soins dentaires et les drogues. En 1997, plusieurs communautés se sont lancées dans des projets pilotes sur le PSSNA à être évalués conjointement par les Premières nations et la DGSPNI. On se servira des résultats des projets pilotes pour créer une politique du transfert du PSSNA. En 1998, Santé Canada a reçu l'approbation du Cabinet pour le transfert du PSSNA. La DGSPNI cherche présentement à obtenir l'autorisation du Conseil du Trésor pour transférer l'ensemble des services du PSSNA. On développe présentement un Guide séparé pour le PSSNA. Il sera publié dès que les autorisations appropriées et le Cadre de programme seront finalisés.

Qu'en est-il du Transfert des programmes de traitement pour l'abus d'alcool, des autres drogues et des solvants chez les jeunes?

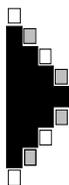
Les Centres de traitement du Programme national de lutte contre l'alcool et les autres drogues pour les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de traitement contre l'abus des solvants chez les jeunes sont des programmes de traitement subventionnés par la DGSPNI. Le premier Transfert du programme du Centre de traitement du PNLAADA s'est fait en 1993. Le processus de Transfert de ces programmes diffère du transfert d'autres programmes et services de santé. Pour les programmes de traitement, l'initiative de transfert comporte un transfert administratif entre la DGSPNI et le récipiendaire incorporé du Centre de traitement, par opposition à un transfert communautaire avec un Conseil de bande ou de tribu. La "Politique sur le transfert de programmes de traitement pour l'abus d'alcool, des autres drogues et des solvants chez les jeunes" est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.



Activités de planification et ressources rattachées au transfert

Tôt dans le processus de transfert, le Conseil de bande désigne un membre qui sera le contact pour les questions de santé et crée une équipe de membres de la communauté qui sera responsable de la gestion du processus de planification et de l'embauche d'un coordonnateur, si nécessaire. Dans toutes les phases de planification, les responsables de programmes de la DGSPNI fournissent continuellement de l'aide technique et consultative visant à aider les communautés à préparer leurs documents de planification et à prendre plus de contrôle.

Les principales activités de planification communautaire pour les transferts sont une évaluation complète des besoins en santé communautaire, l'établissement d'une structure appropriée d'administration des services de santé et la recherche et le développement du Plan de santé communautaire (PSC). Pour plus d'information sur l'établissement d'une structure d'administration des services de santé, voir le "*Guide des Structures d'administration de la santé pour les Premières nations*", une annexe du Guide 2.



Le Plan de santé communautaire (PSC) est le document clé pour les discussions entre la communauté et la DGSPNI pour en venir à un Accord de transfert. Le PSC fournit des détails sur la communauté, ses besoins en santé tels qu'identifiés dans l'Évaluation des besoins en santé communautaire et sur la façon dont la communauté s'y prendra pour fournir les services et les programmes de santé suite à un Accord de transfert.

Durant les phases de planification du transfert, la communauté prépare le PSC pour décrire les services de santé dont on a le plus besoin, comment on les fournira et comment on dépensera l'argent des soins de santé.

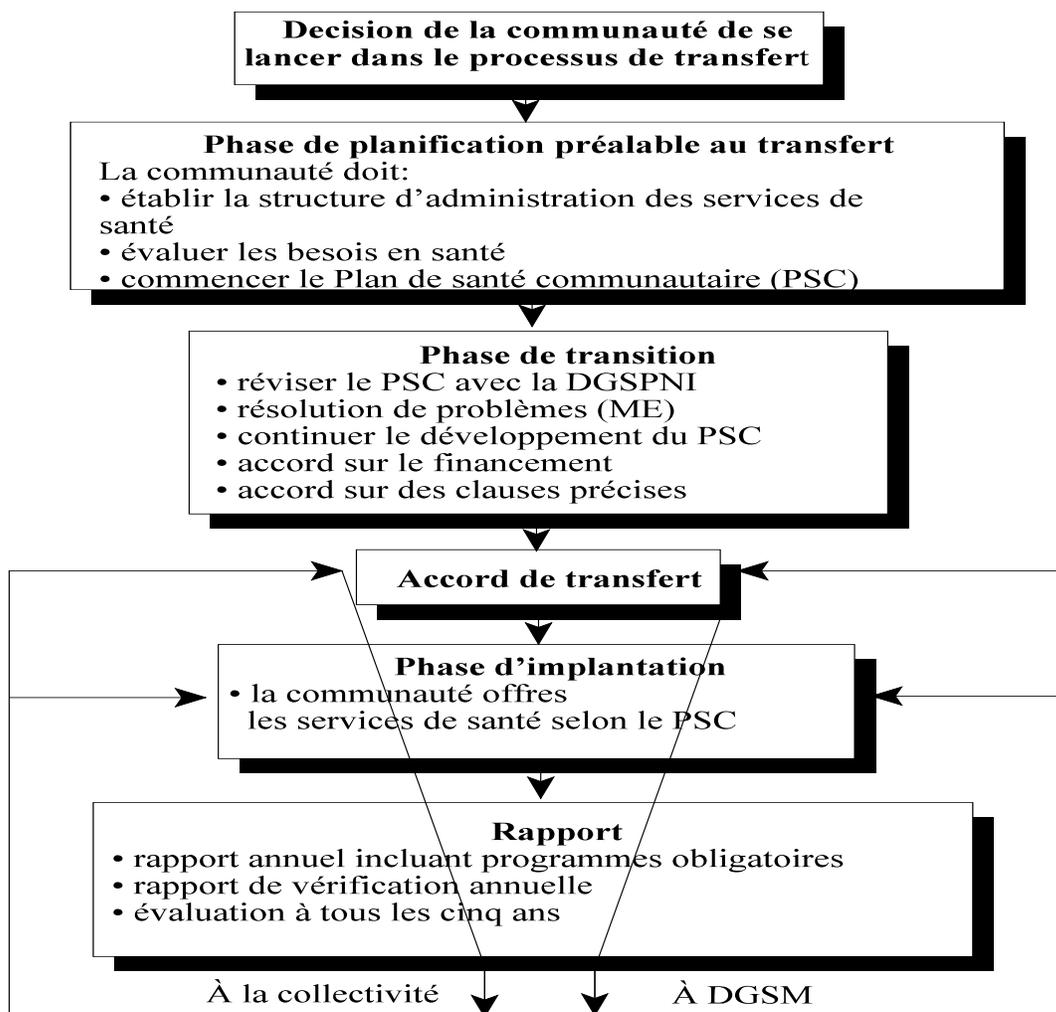
Le PSC appartient à la communauté et il est développé pour orienter la structure de santé communautaire lors du fonctionnement des programmes. Comme il est le document clé de planification, le PSC doit être révisé régulièrement pour le garder à jour selon les changements qui se produisent ou qui sont nécessaires dans les programmes et services de santé. Le PSC est un document essentiel pour la communauté dans l'évaluation quinquennale de ses services et programmes de santé.

La Figure 4 montre les étapes à suivre pour en venir à un Transfert.



Figure 4

Cadre du transfert des programmes de santé au contrôle de la communauté



Basé sur le document 13.11, du Rapport du Vérificateur général du Canada à la Chambre des Communes, octobre 1997, Chapitre 13, Santé Canada - Santé des Premières nations, pages 13 à 17.



Le PSC comprend 15 composantes que la communauté développe par étapes durant les trois phases du Transfert :

Phase de planification préalable au Transfert

- **Les priorités et les besoins en santé communautaire tels qu'identifiés dans l'Évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC);**
- **La structure d'administration des services de santé;**
- **La gestion et la prestation des programmes obligatoires;**
- **La gestion et la prestation des programmes de santé communautaire**

Phase de transition

- **Services de médecin hygiéniste;**
- **Assurance-responsabilité et mauvaise pratique;**
- **Réserve de médicaments et de fournitures médicales;**
- **Réserve de biens meubles (RBM);**
- **Exigences en matière de confidentialité;**
- **Mécanismes de responsabilité et de présentation des rapports;**
- **Supervision du personnel par des professionnels;**
- **Budget global**

Phase de mise en oeuvre

- **Plan de formation suite au Transfert (peut se compléter durant la phase de transition);**
- **Plan d'intervention d'urgence (peut se compléter durant la phase de transition);**
- **Plan d'évaluation (à compléter dans la première année du Transfert)**

Le Guide 2 se concentre sur le Plan de santé communautaire et fournit des explications et des exigences détaillées pour chaque composante.

Il est important que la communauté revoit continuellement sa prestation de programmes et de services pour en établir le succès et déterminer les domaines qui ont besoin de changements ou de plus d'attention. Même si on n'exige pas de plan final d'évaluation continue avant la phase de mise en oeuvre, le travail sur le développement du plan d'évaluation débute dès la phase de planification préalable au Transfert.

Les communautés doivent se rappeler de l'évaluation dans toutes les phases de préparation de leur PSC. Par exemple, les sections du PSC sur les programmes obligatoires et les programmes de santé communautaire doivent inclure les objectifs et les résultats souhaités pour ces programmes et services ainsi que les indicateurs de résultats. Les communautés doivent déterminer les dossiers à tenir sur une base journalière pour être sûres d'avoir les indicateurs nécessaires.



Le Tableau 1 présente un résumé des activités de planification clés pour le Transfert et les ressources qui s’y rattachent et qui sont disponibles pour leur réalisation. Voir le Guide 2 pour les explications et les exigences détaillées.

Tableau 1 : Activités de planification et ressources rattachées à l’Approche du transfert

Approche de transfert ¹	
Activités de planification clés	Ressources de planification
<p>Phase de planification préalable au transfert Échéancier : 1 an</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soumettre la proposition de planification avec la RCB (ou toute autre approbation appropriée à la (aux) Bande(s) ou groupe(s) inuit qui accorde(nt) le mandat et lettre de vérification • Faire l’évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) • Établir la structure d’administration des services de santé communautaire et donner de la formation • Développer les 4 premières composantes du Plan de santé communautaire (PSC) : identifier les priorités en santé communautaire; décrire la structure d’administration des services de santé; décrire l’administration et la prestation des programmes obligatoires; décrire l’administration et la prestation des programmes de santé communautaire • Décider de l’assistance technique nécessaire du personnel de la DGSPNI. 	<ul style="list-style-type: none"> • 38, 000 \$ - 96,000 \$ (EBSC)² (par projet) • Fonds pour la formation préalable au transfert : 10 000 \$ (par communauté) (une fois seulement) • 9 000 \$ (par projet) pour les 4 composantes du PSC. • 50% du financement³ de la formule de gestion financière
<p>Phase de transition Échéancier : 9 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • La DGSPNI revoit le PSC actuel • Développer les 8 composantes du PSC pour décrire les provisions pour: le médecin; la couverture d’assurance-responsabilité et mauvaise pratique; l’obtention de médicaments et de matériel médical; réserve de biens mobiliers; exigences en matière de confidentialité; responsabilité et rapports; supervision professionnelle; budget global. • La DGSPNI révisé PSC • Mémoire d’entente 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 000 \$ pour les 8 composantes du PSC • 100% de la formule de gestion financière⁴ ramené sur 9 mois.
<p>Phase de mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signature d’un Accord de transfert de 3 à 5 ans • Durant la première année de l’Accord, développer les 3 composantes finales du PSC pour décrire les plans de formation après le transfert⁵, intervention d’urgence et évaluation 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 000 \$ pour le plan de formation • 5 000 \$ pour le plan d’urgence • 11 000 \$ pour le plan d’évaluation

¹ Dans toutes les activités de planification, le financement continue pour la prestation des programmes et des services.

² Voir Annexe B

³ Voir Annexe C

⁴ Voir Annexe D

⁵ On peut compléter les plans de formation et d’intervention d’urgence lors de la phase de transition.



Ressources pour les activités de planification

On fournit du financement et de l'assistance technique aux communautés durant toutes les phases de planification du Transfert tel que démontré dans le Tableau 1. Le financement est accordé pour les activités de planification suivantes:

- réalisation de l'Évaluation initiale de besoins en santé communautaire (EBSC)
- établissement d'une structure d'administration des services de santé
- formation nécessaire durant le processus de planification
- préparation des 15 composantes du Plan de santé communautaire (PSC)

Les communautés qui planifient en vue du Transfert ont accès à du financement, pour une fois seulement, pour faire la première évaluation des besoins en santé communautaire. Ce financement est basé sur la population de la communauté. (Voir l'Annexe B pour la formule dont on se sert pour calculer ce financement).

On se sert d'une formule de gestion de la santé, basée sur la population de la communauté et sur son éloignement pour déterminer le financement servant à appuyer l'établissement d'une structure d'administration des services de santé. Durant la phase de planification préalable au Transfert, on se sert de la Formule 50% de la gestion financière de la santé pour calculer cet appui (voir l'Annexe C pour la Formule du 50% utilisée dans le calcul de ce financement). Peu importe le temps que la communauté prend pour compléter les activités de la phase de planification préalable au transfert, le financement offert pour la structure d'administration des services de santé est le montant de la Formule 50% pour un an. Durant la phase de transition, on se sert de la formule 100% de la gestion de la santé pour calculer l'appui apporté (voir l'Annexe D pour la formule 100% utilisée dans le calcul de ce financement). De même, peu importe le temps que la communauté prend pour compléter les activités de la phase de transition, le financement donné pour ces activités est le montant de la Formule 100% calculé pour une période de neuf mois.

On donne, une fois seulement, du financement pour la formation nécessaire durant le processus de planification. Les communautés reçoivent aussi du financement pour préparer leur PSC. Le financement pour les diverses activités est donné par versements partiels à chacune des trois phases.

Accords de transfert multicommunautaire

Un groupe de communautés peuvent coopérer dans la planification, la gestion et la prestation de programmes et de services de santé à leurs membres. Ensemble, le groupe fait une évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) de tous ses membres et établit une structure d'administration de la santé et un plan de santé communautaire (PSC). Le PSC devrait préciser les services à offrir aux communautés, lesquels seraient fournis par des communautés seules et lesquels par le groupe multicommunautaire et à quelle fréquence ces services seront offerts.

Les détails du financement des activités de planification sont fournis dans le Tableau 1. Dans la



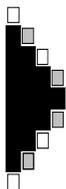
phase de planification préalable au transfert, le financement unique (une fois seulement) pour les groupes multicommunautaires sera déterminé comme suit :

- ▶ **Évaluation des besoins en santé communautaire** : le financement est calculé selon la formule de l'Annexe B qui se sert de toute la population des communautés participantes.
- ▶ **Développement du plan de santé communautaire** : le financement du Tableau 1 sert au développement du PSC pour toutes les communautés participantes.
- ▶ **Formation préalable au transfert** : le financement pour la formation précisée dans le Tableau 1 est fourni à chaque communauté du groupe.
- ▶ **Structure de gestion de la santé** : le financement est calculé selon la formule du 50% de l'Annexe C. Le montant total donné au groupe multicommunautaire pour sa structure d'administration de la santé est calculé en appliquant la population de chaque communauté à la formule et en prenant la somme de ces totaux.

Dans les phases de transition et de mise en oeuvre, le financement de la structure d'administration de la santé se calcule selon la formule du 100% de l'Annexe D. Encore une fois, la somme totale offerte au groupe multicommunautaire pour sa structure d'administration de la santé, se calcule en appliquant la population de chaque communauté à la formule et en prenant ensuite la somme de ces totaux. Durant la phase de transition, le financement de la structure d'administration de la santé est basé sur neuf mois.

Lorsqu'on signe un accord de transfert avec un groupe multicommunautaire, le groupe est responsable de la gestion de cet Accord, que le groupe fournisse ou non les services. Toutes les communautés faisant partie de l'Accord sont responsables de résoudre les différends dans le groupe. Chaque groupe multicommunautaire devrait développer un processus pour s'occuper des différends.

Après la signature de l'Accord de transfert des services de santé



Après avoir signé l'Accord de transfert, les communautés maintiennent une relation continue avec la DGSPNI.

Le point central du Guide 3 porte sur la relation de la DGSPNI avec la communauté suite à la signature d'un Accord de transfert. Ce qui suit est un résumé des responsabilités de la DGSPNI et de la communauté.



Après la signature d'un Accord de transfert, les responsabilités de la DGSPNI ont trait principalement aux domaines suivants :

- **Protection contre les risques pour la santé**
 - dans des cas où on exige une réponse immédiate, p. ex., maladie transmissible, menace pour l'hygiène du milieu, désastre, épidémie, crise ou urgence.
 - prévention à long terme, progressive du risque, p. ex., problèmes de prestation de services.
- **Évaluation des impacts financiers et des programmes sur la communauté, p. ex., évaluer l'efficacité des programmes et des services face au Plan de santé communautaire; revoir et renouveler les Accords.**
- **Fonctions progressives résultant d'une relation spéciale, p. ex., liens avec les systèmes provinciaux de santé; appui au Ministre pour le rapport au Parlement et au Cabinet; capacité de conseiller et d'aviser, i.e. agent d'hygiène du milieu, médecin, infirmière, dentiste.**

Les Bureaux régionaux de la DGSPNI fournissent de l'assistance technique continue à la communauté dans la rencontre de ses nouveaux engagements. Ils servent aussi de liaison avec d'autres personnes ressources telles que le personnel des gouvernements provinciaux et du Bureau national de la DGSPNI.

Les principales responsabilités de la communauté selon l'Accord de transfert des services de santé sont résumées dans la Figure 5.



Figure 5 : Responsabilités de la communauté après la signature d'un Accord de transfert

Après avoir signé un Accord de transfert des services de santé, une communauté est entièrement responsable de l'administration des programmes et des services de santé :

- ✓ donne des programmes et des services communautaires basés sur son Plan actuel de santé communautaire;*
- ✓ est responsable des programmes obligatoires (i.e. contrôle des maladies transmissibles incluant l'immunisation, l'hygiène du milieu, et les services de traitement);*
- ✓ prépare un plan de préparation aux mesures d'urgence et assure la réponse initiale aux urgences;*
- ✓ prépare un plan de formation et fournit le développement professionnel des fournisseurs de services*
- ✓ emploie ou met sous contrat des fournisseurs de services et gère leur travail;*
- ✓ gère les finances et est responsable à la communauté de la façon dont l'argent est dépensée et la façon dont fonctionnent les programmes;*
- ✓ planifie et développe de nouveaux programmes ou retouche des programmes existants à partir des priorités en santé communautaire et des résultats ultérieurs de l'évaluation de la santé;*
- ✓ met régulièrement à jour le PSC et fournit des copies à la DGSPNI;*
- ✓ fournit régulièrement à la province des rapports exigés sur les services obligatoires (chaque province légifère sur les exigences de rapport spécifiques pour ces programmes de santé et de sécurité publiques);*
- ✓ fournit des rapports d'étape financiers pour les programmes ciblés (si applicable);*
- ✓ doit remettre trois rapports annuels à la DGSPNI:*
 - une copie du rapport annuel présenté à la communauté,*
 - une copie du rapport sur la prestation de programmes obligatoires,*
 - un rapport de vérification financière fait par un vérificateur indépendant choisi par la communauté;*
- ✓ garde tout fonds de surplus à la fin de l'année mais est aussi responsable de tout déficit;*
- ✓ conserve des dossiers et fait une révision annuelle de l'Entente de transfert avec la DGSPNI pour déterminer le succès de la communauté dans la prestation de services et de programmes de santé;*
- ✓ développe un plan d'évaluation et réalise une évaluation de sa prestation de services et de programmes de santé à tous les 5 ans après le Transfert grâce au financement de la DGSPNI pour demeurer responsable auprès des membres de sa communauté et identifier les succès et les changements nécessaires aux programmes; l'évaluation se fait dans la quatrième année du Transfert pour laisser du temps à l'évaluation et aux discussions sur le renouvellement à la fin de la cinquième année du transfert.*
- ✓ donne un rapport sur l'évaluation à la communauté et à la DGSPNI;*
- ✓ renouvelle l'Accord de transfert en se basant sur les résultats de l'évaluation du programme communautaire et sur la réalisation des priorités de santé identifiées dans le Plan actuel de santé communautaire.*



Cadre de responsabilité

Sous l'Entente de transfert, la relation de responsabilité entre les Chefs et les Conseils et le Ministre de la Santé reflète une approche basée sur une plus grande flexibilité sur les finances et les programmes dans un cadre qui exige plus de visibilité et de responsabilité de la part des membres de la communauté et du Parlement.

Responsabilité des Chefs et des Conseils aux membres de la communauté...

Selon un Accord de transfert, les Chefs et les Conseils ou leur organisation de santé désignée auront la responsabilité principale et l'autorité d'évaluer les besoins en santé, de déterminer les priorités, de concevoir et d'opérer le programme, et de répartir les ressources. Les membres de la communauté tiendront les dirigeants de la communauté responsables du succès du programme de santé à satisfaire les besoins de la communauté et à assurer, à tous les membres de la communauté, un accès juste et égal aux services. Ceci inclut un processus pour s'occuper des plaintes et des appels des membres de la communauté sur les services et à leur fournir une copie du rapport annuel.

Responsabilité des Chefs et des Conseils au Ministre...

Les Chefs et les Conseils sont est responsable au Ministre de satisfaire les modalités de l'Accord de transfert. On exige une vérification annuelle des programmes transférés et ciblés.

Responsabilité du Ministre envers le Parlement...

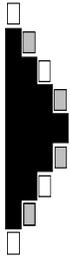
Le Ministre continue d'être responsable auprès du Parlement de la gestion financière prudente des ressources communautaires de santé et des résultats généraux du programme visant à protéger la santé et la sécurité du peuple autochtone. La responsabilité ministérielle est maintenue *en s'assurant*, au départ, que les communautés qui se lancent dans des Accords de transfert ont les structures d'administration et les processus de responsabilité communautaire nécessaires, et *en contrôlant*, par une vérification annuelle et d'autres rapports et mécanismes, la performance de la communauté face aux exigences de programmes obligatoires selon les modalités de l'Accord de transfert.

Les mécanismes de responsabilité incluent :

- le plan de santé communautaire et les mises à jour,
- le plan d'intervention d'urgence communautaire,
- des vérifications annuelles et des rapports,
- l'évaluation à tous les cinq ans,
- l'intervention dans des urgences où l'autorité de santé responsable ne peut agir ou n'agit pas.

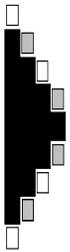


Que faire pour débiter?



Une communauté qui désire explorer la question de Transfert laisse connaître son intérêt en contactant le Bureau régional ou de zone le plus près de la DGSPNI. Un directeur de la DGSPNI ou un agent de transfert rencontre le Chef et le Conseil ou la Direction Inuit ou des membres de la communauté que le Conseil a désignés ou encore les deux. Ils discutent de l'information contenue dans ce Guide pour les aider à décider de leur approche. La communauté a besoin de considérer sérieusement plusieurs motifs avant de prendre sa décision.

La Figure 6 fournit une liste de vérification détaillée des items qu'on doit d'abord considérer avant que la communauté s'engage dans le processus de planification du Transfert.



Pour être éligible à initier le processus de planification du transfert, la communauté soumet :

- un mandat tel qu'appuyé par une résolution du Conseil de bande (RCB) ou toute autre forme d'approbation convenable à la (aux) Bande(s) ou au(x) groupe(s) inuit qui accordent le mandat;*
- une preuve d'expérience réussie dans la gestion financière et administrative de programme.*

Figure 6: Préparation de la planification préalable au Transfert - Ce que vous devez considérer

La liste de vérification suivante présente l'information dont vous aurez besoin et certains détails auxquels vous devez penser pour vous préparer à travailler dans les trois phases du processus de planification du Transfert.

Information générale dont vous aurez besoin :

- une résolution du Conseil de bande ou toute autre forme d'approbation convenable pour la (les) Bande(s) ou le(s) groupe(s) inuit accordant le mandat d'aller de l'avant avec le processus de Transfert;
- le nom de la personne qui sera le contact de la Bande pour la DGSPNI;



- si plusieurs communautés appliquent ensemble :
 - le nom et la population de chaque communauté,
 - si quelques-unes des communautés membres ont l'intention de soumettre des demandes séparées, individuelles pour le financement de l'étape préalable au Transfert,
 - les rôles futurs des Conseils de tribu et des communautés individuelles dans la gestion et la prestation de services de santé;
- si la communauté discute d'autres ententes de financement ou d'autonomie gouvernementale avec les Affaires indiennes et du nord canadien; où en sont les discussions; si la communauté a l'intention d'inclure la santé dans son Entente d'autonomie gouvernementale, et quand on s'attend à ce que cette entente soit en place.

L'expérience de la gestion de la communauté :

- expérience de la communauté dans la gestion de programmes ou d'argent;
- le nom et le montant d'argent impliqué dans les programmes;
- le nombre de personnes embauchées par la communauté;
- la communauté a-t-elle déjà un Comité de santé, une Autorité, ou un Conseil (i.e. une structure d'administration des services de santé)?
- combien de fois le Comité, l'Autorité, ou le Conseil se rencontre-t-il?
- Y a-t-il d'autre personnel de gestion de la santé et, le cas échéant, quel genre et combien de membres?

Questions financières :

- l'expérience de la communauté en gestion financière (la communauté a besoin d'un dossier complet d'administration financière pour pouvoir gérer efficacement ses ressources de santé);
- une copie du plus récent rapport de vérification ou une lettre d'un vérificateur;
- la communauté reçoit-elle d'autre argent de la DGSPNI pour la liaison et la consultation communautaires, et si oui, quel est le montant et à quoi servent les fonds?



Un plan de travail pour les activités de planification préalable au Transfert

- On aura besoin d'un plan de travail pour les activités suivantes :
 - établir et former un Comité, une Autorité, ou un Conseil de santé;
 - l'évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) pour évaluer les besoins et les priorités en santé;
 - l'examen des services déjà en place; et
 - le développement d'un Plan de santé communautaire.
- Pour chaque activité, un plan de travail devrait inclure:
 - ce que l'activité accomplira;
 - comment contribue-t-elle ou est-elle reliée au cheminement vers le Transfert?
 - un échéancier pour la compléter et un calendrier de tâches;
 - qui sera responsable de réaliser l'activité? et
 - ce qu'il en coûtera.
- Si une communauté planifie d'embaucher du personnel pour l'aider dans les activités de planification préalable au Transfert, la communauté aura besoin :
 - d'un énoncé de tâches qui décrit les responsabilités de chaque personne; et
 - de savoir à qui chaque personne devra répondre (p. ex., le Chef et le Conseil, le Comité de santé, ou d'autre personnel en santé communautaire);
 - de connaître le genre d'implication du Bureau régional de la DGSPNI dans la phase de planification préalable au Transfert.

Besoin de formation préalable au transfert

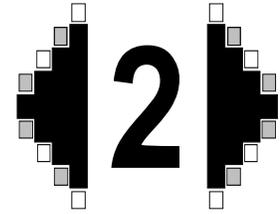
- La DGSPNI fournit des fonds pour trois types d'activités de formation à court terme durant la phase de planification préalable au Transfert :
 - formation des membres du Bureau de santé ou du Comité de santé;
 - formation des membres de la communauté qui aideront à planifier le Transfert et à développer le Plan de santé communautaire; et
 - ateliers d'information en santé communautaire.



- La communauté doit considérer :
 - *la formation des membres du Bureau de santé ou du Comité de santé :*
 - le nombre de personnes qui auront besoin de formation;
 - le nombre de jours ou d'heures nécessaires;
 - qui va donner la formation?
 - où va se donner la formation?
 - qu'enseignera-t-on? et
 - le budget
 - *la formation des membres de la communauté :*
 - qui sera formé et quel sera le rôle de chacun dans la planification du Transfert et le développement du Plan de santé communautaire?
 - comment la formation contribuera-t-elle au Transfert?
 - où la formation sera-t-elle donnée?
 - jusqu'à quel point se servira-t-on des gens formés dans la communauté pour en former d'autres?
 - combien de temps prendra la formation?
 - comment la formation sera-t-elle offerte (p. ex., ateliers de travail, séminaires)?
 - le budget.
 - *les ateliers communautaires d'information sur la santé*
 - comment les ateliers vont-ils contribuer au Transfert?
 - où vont avoir lieu ces ateliers?
 - qui dirigera ces ateliers, et
 - le budget.



L'Approche des services intégrés de santé communautaire



Qu'est-ce que l'Approche des services intégrés de santé communautaire?

En février 1994, la DGSPNI a reçu l'autorisation du Conseil du Trésor pour le "Programme de contribution des services intégrés de santé communautaire". Cette approche de contrôle par les Premières nations et les Inuits des services de santé et des ressources qui s'y rattachent, implique la signature par la communauté d'un Accord de contribution pour les types précis de services de santé communautaire qu'elle désire administrer.

Les deux principales composantes de l'Approche intégrée sont l'établissement d'une structure d'administration de la santé communautaire et la mise en place d'une entente de financement pour un budget global. La structure de gestion de la santé communautaire peut prendre la forme d'un Comité ou d'un Conseil de santé, ou d'un coordonnateur de services de santé. L'Accord de financement peut être approuvé pour une période de trois à cinq ans, le budget étant toutefois renouvelable à chaque année.

L'Approche intégrée offre aux communautés une occasion de recevoir de la formation en cours d'emploi dans l'administration et la prestation de programmes de santé communautaire. Plutôt que de compléter une période de planification et de s'embarquer ensuite dans l'offre de programme, la communauté commence immédiatement à administrer des programmes de santé communautaire et à s'occuper des priorités de la communauté. Aussi, les communautés peuvent apporter certains ajustements aux programmes, répartir les ressources, et établir des structures de gestion de la santé qui reçoivent du financement sur une base permanente. Cette Approche suggère une implication plus étroite du personnel de la DGSPNI, du moins dans la phase initiale. Par conséquent, les communautés devraient s'attendre à une assistance accrue de la DGSPNI pour les aider à identifier les priorités dans la communauté.

Pour certaines communautés, le fait d'opérer sous l'Approche intégrée peut être un point de départ pour prendre un plus grand contrôle grâce au Transfert ou à l'Autonomie gouvernementale. Pour d'autres communautés, l'Approche intégrée peut être la façon la plus convenable de fournir des services de santé aux membres de la communauté parce que leur niveau de ressources en santé les rend inéligibles au transfert, ou elles ont besoin de plus de travail de développement au niveau de la communauté, ou elles décident que cette méthode d'opération est celle qui fonctionne le mieux pour elles.



Quels sont les objectifs de l'Approche des services intégrés de santé communautaire?

Les objectifs de cette Approche sont :

- d'appuyer les communautés des Premières nations et Inuits dans l'amélioration de leur capacité à diriger et à prendre contrôle des ressources de santé; et
- de faciliter et de promouvoir l'engagement de la communauté dans la planification et la mise en oeuvre de programmes et de services de santé.

Quels sont les avantages de l'Approche des services intégrés de santé communautaire pour les communautés des Premières nations et Inuits?

Les avantages de cette Approche incluent :

- l'appui financier, une fois seulement, pour la planification et la formation à la gestion;
- le financement progressif d'une nouvelle structure d'administration des services de santé;
- l'expérience en cours d'emploi de la gestion de programmes et de services;
- des occasions d'examiner les priorités du programme communautaire;
- un plus grand pouvoir de décision sur:
 - les objectifs du programme,
 - la répartition des ressources de programme,
- l'occasion de considérer un processus amélioré de contrôle de la communauté sur les programmes et services de santé, comme le Transfert.

Résumé des responsabilités et des ressources de l'Approche des services intégrés de santé communautaire

Une communauté qui choisit cette Approche obtient moins de contrôle qu'avec le Transfert mais un plus grand contrôle que si elle continue à fonctionner selon les Accords généraux de contribution. Une communauté qui opère avec l'Approche de services intégrés de santé, installe sa propre structure d'administration des services de santé mais partage la responsabilité d'offrir les services avec la DGSPNI. Tant que les services de santé obligatoires sont fournis, les communautés ont la flexibilité de changer les objectifs et les activités d'un programme, d'augmenter les ressources d'un service, et de réduire les ressources d'un autre selon les priorités de la communauté.



Les ressources disponibles pour la formation initiale, les activités de planification et le niveau de financement fourni, une fois que la communauté a conclu un Accord, sont moindres que celles du Transfert. (Pour plus de détails, voir la section, “Activités de planification et ressources qui se rattachent à l’Approche communautaire intégrée” et le Tableau 2 de ce Guide). La planification nécessaire à la phase de mise en oeuvre pour se lancer dans un Accord de services communautaires intégrés, prend environ un an.

Éligibilité de la communauté



Pour les communautés des Premières nations et Inuits situées au sud du 60^{ième} parallèle...

Pour être éligible à l’Approche des services intégrés de santé communautaire, la communauté doit :

- ***déjà opérer des programmes et des services de santé financés par des Accords de contribution de la DGSPNI;***
- ***accepter d’établir une structure d’administration des services de santé avec du personnel formé;***
- ***accepter d’entreprendre un processus de planification d’où résultera un plan de travail qui identifie les changements que la communauté désire effectuer dans les programmes et/ou la répartition des ressources pour répondre aux priorités de santé communautaire.***

Les communautés qui ont déjà reçu des ressources pour la planification du Transfert, mais qui ont discontinué les préparatifs du Transfert, peuvent désirer se lancer dans l’Approche intégrée. Si une structure d’administration des services de santé était déjà en place et si un plan de travail était complété, la communauté pourrait aller directement à la phase de mise en oeuvre. Si ces conditions préalables n’existaient pas, alors elle se lancerait dans la phase de planification.

Les fonds de gestion de la santé fournis d’après l’Approche intégrée seraient ajustés pour ces communautés qui reçoivent déjà des fonds de gestion de la santé pour le salaire d’un coordonnateur de la santé ou pour l’assistance d’un Comité de santé.

Programmes et services éligibles pour l’Approche intégrée

La Figure 7 montre des programmes et des services qui, financés au début grâce aux Accords généraux de contribution, sont éligibles au contrôle de la communauté sous l’Approche intégrée.



Figure 7 : Programmes et services de santé éligibles sous l'Approche intégrée**

- **Grandir ensemble**
- **Développement de communautés en santé - Gestion de crise en santé mentale**
- **Développement de communautés en santé - Programme sur l'abus des solvants**
- **Programme canadien de nutrition prénatale** (à l'exclusion des fonds de développement)
- **Promotion de la santé communautaire et prévention des maladies et des blessures**
 - Représentants en santé communautaire
 - Soins infirmiers communautaires
 - Formation en soins infirmiers
 - Services de soutien à la santé communautaire
 - Éducation à la santé
- **Soins primaires en santé communautaire**
 - Soins infirmiers communautaires*
 - Services de soutien à la santé communautaire
- **Dento-thérapie**
- **Programme de santé environnementale**
- **Syndrome d'alcoolisme foetal/Effets de l'alcool sur le fœtus**
- **Éducation à la santé**
- **Services de santé**
 - Opérations et entretien des installations et Résidence
 - Contrôle des maladies transmissibles
 - Conseil de santé et coordonnateurs de la santé
- **Programme national contre l'abus de l'alcool et des autres drogues pour les Autochtones**

* Des limites s'appliquent dans certaines provinces à cause de l'absence de loi applicable. Voir le Guide 2.

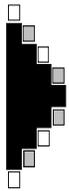
** Les services sous le Programme de soins de santé non-assurés ne peuvent pas être inclus dans l'Accord communautaire de services intégrés de santé (p. ex., services dentaires, drogues) mais peuvent faire partie d'un Accord général de contribution séparé.

Les soins de santé non assurés, i.e. ceux fournis sous le Programme de soins de santé non assurés, ne peuvent être inclus dans un Accord de services intégrés de santé communautaire. Aussi on devrait noter que les dento-thérapeutes et les infirmières, remplissant des fonctions



élargies dans certaines provinces, ne peuvent pas travailler directement pour les communautés parce qu'ils ne sont pas reconnus sous certaines lois provinciales de santé pour des raisons de responsabilité. Les ressources associées aux infirmières et aux dentothérapeutes, qui ne peuvent pas travailler directement pour les communautés, peuvent être incluses dans un Accord intégré si un Accord spécial d'échange est en place. On peut se servir de l'Accord d'échange lié au processus de Transfert dans le cadre de l'Approche intégrée, afin de créer une situation par laquelle ces employés, tout en restant à l'emploi de la DGSPNI, pourraient dépendre de la communauté pour les opérations quotidiennes et faire partie de l'équipe de santé.

Que faire pour débiter?



Pour commencer le processus d'une Approche communautaire intégrée, la communauté soumet une résolution du Conseil de bande ou une lettre d'intention au Directeur régional de la DGSPNI.

Les communautés n'ont pas besoin de préparer de proposition ou de soumettre un document formel autre qu'une résolution ou une lettre d'intention d'une Bande des Premières nations ou d'une communauté Inuit pour commencer le processus. Une fois que le Bureau régional de la DGSPNI a reçu cette annonce de la communauté, il prépare un Accord des services intégrés de santé communautaire pour la phase de planification.

Planification de l'Approche intégrée

Les activités importantes de planification de l'Approche intégrée, et les ressources disponibles pour les réaliser sont présentées au Tableau 2. Le point important de la planification de l'Approche intégrée est d'établir et de former une structure d'administration des services de santé et de préparer un plan de travail communautaire à être complété durant la phase de planification. L'Annexe E fournit un exemple de plan de travail.



Tableau 2 : Activités de planification et ressources rattachées à l'Approche intégrée

Approche intégrée¹	
Activités de planification importantes	Ressources de planification
<p>Phase de planification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échéancier : 1 an • Soumettre une lettre ou une preuve de mandat de la communauté • Établir une structure d'administration des services de santé communautaire et donner de la formation • Développer un plan de travail de santé communautaire incluant : les priorités de la communauté en matière de santé; les objectifs; les activités; le mécanisme de prestation des programmes obligatoires; indicateurs de succès. • Développer le budget pour appuyer les activités du plan de travail • Réviser le plan de travail communautaire avec la DGSPNI • La communauté signe l'Accord intégré pour la phase de planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement (une fois seulement) pour le développement du plan de travail : 10 000 \$. • Financement d'après la Formule de gestion de 50%, disponible sous le Transfert²
<p>Phase de mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • La communauté signe l'Accord intégré qui appuie la structure d'administration et le plan de travail • La communauté alloue les ressources selon le plan de travail • La communauté change les objectifs et les activités des programmes selon les priorités en santé communautaire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement d'après la Formule de gestion de 50% disponible sous le Transfert² • Financement pour la vérification annuelle

¹ Durant toutes les activités de planification, le financement pour la prestation des services et des programmes de santé se continue.

² Voir Annexe C.

Nota: La formule de calcul du montant de financement pour la vérification des ententes intégrées est:

Appliquez 0.5% à l'accord total, en excluant les items payés une seule fois, avec un minimum de 2 500.00\$.



Le plan de travail de l'Approche intégrée est basé sur les programmes et services déjà fournis à ses membres par la communauté grâce aux Accords de contribution avec la DGSPNI. Le plan de travail décrit les buts, les objectifs et les activités du programme; comment les services de santé publique obligatoires seront donnés; et comment la communauté aimerait redistribuer les fonds dans les divers services de santé pour refléter les priorités en santé de leur communauté.

**Approche
intégrée**

Les communautés *peuvent ne pas* créer de nouveaux programmes hors des services exigés par la DGSPNI bien qu'il soit possible de réaffecter des fonds et de remanier le programme de santé par le truchement du plan de travail. La flexibilité dans la répartition des ressources ne se produit pas avant la phase de mise en oeuvre. Cette phase commence après la révision du plan de travail et l'approbation de la réaffectation proposée de ressources par le Bureau régional de la DGSPNI.





Les composantes exigées pour le plan de travail sont :

- **les priorités actuelles en santé communautaire;**
- **les buts, objectifs, activités, et les mesures des résultats de chaque domaine de programme (les buts du programme doivent se situer à l'intérieur du cadre général des programmes et services de santé approuvés par la DGSPNI); et**
- **la façon dont les programmes obligatoires de santé et de sécurité publiques seront offerts, i.e. le contrôle des maladies transmissibles (y compris l'immunisation), l'hygiène du milieu et les services de traitement (là où ça s'applique);**
- **un plan de ressources indiquant comment seront réparties les ressources dans les divers programmes.**

Les communautés peuvent changer les objectifs et les activités d'un programme ou d'un service selon les priorités de la communauté, mais les objectifs et les activités doivent demeurer à l'intérieur du mandat du programme de la DGSPNI. Par exemple, une communauté pourrait choisir qu'un RSC passe plus de temps sur des activités d'éducation sanitaire, ou décider de ne pas avoir de travailleurs de PNLAADA et utiliser des ressources en santé mentale, qui s'y rattachent. Toute réaffectation de ressources doit être revue et acceptée par la communauté et la DGSPNI avant de faire partie du plan de travail.

La communauté et la DGSPNI se rencontrent pour examiner le plan de travail. Si ce dernier inclut toutes les composantes exigées, on signe un Accord de services intégrés de santé communautaire pour la phase de mise en oeuvre.

Financement des activités de planification

L'Accord de la phase de planification inclut du financement pour les programmes et les services de santé administrés ou offerts par communauté, ainsi que 10 000 \$ (une fois seulement) pour préparer le plan de travail. De plus, on accorde une aide financière ponctuelle pour appuyer une structure d'administration des services de santé communautaire incluant la formation. Le niveau de cette aide financière ponctuelle représente 50% de l'aide financière généralement fournie d'après les Ententes de transfert. La Formule de financement de la gestion de la santé est basée sur la population de la communauté et sur son éloignement. (Voir l'Annexe C pour la Formule du 50% utilisée dans le calcul du financement).

Pour ce qui est du Conseil de tribu ou des initiatives multicommunautaires, le financement "unique" du plan de travail et l'aide financière ponctuelle pour la structure de gestion de services de santé sont déterminés sur la base d'une communauté à la fois.



Phase de mise en oeuvre

Après la signature de l'Accord des services intégrés de santé communautaire pour la phase de mise en oeuvre, la communauté exécute le plan de travail approuvé, incluant toute réaffectation de ressources parmi les programmes ou les services tels qu'approuvés. La durée d'un Accord intégré est de trois à cinq ans et le budget est renouvelable à chaque année. Cet Accord inclut les ressources de programmes en santé communautaire, l'appui à la gestion de la santé, et l'assurance pour responsabilité et mauvaise pratique (si nécessaire).



On exige que les communautés soumettent des rapports au Bureau régional de la DGSPNI de la façon suivante :

- ***des rapports financiers de dépenses réelles pour chaque composante du programme doivent être soumis en octobre et janvier de chaque année (on trouve un exemple de rapport financier à l'Annexe F).***
- ***une vérification financière annuelle est due dans les 120 jours suivant la fin de l'année fiscale d'une communauté.***
- ***des rapports de programmes annuels sur les services de santé fournis et sur les résultats du programme basés sur le plan de travail (on trouve un exemple de rapport annuel de programme à l'Annexe G).***

On résume à la Figure 8 les principales responsabilités de la communauté selon un Accord de services intégrés de santé communautaire.



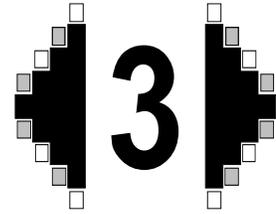
Figure 8 : Responsabilités de la communauté suite à la signature d'un Accord intégré

Après avoir signé un Accord intégré, une communauté :

- ✓ **continue d'offrir ces programmes et services couverts auparavant par les Accords généraux de contribution;**
- ✓ **exécute le plan de travail approuvé en santé communautaire et le plan de ressources qui s'y rattache (budget);**
- ✓ **travaille en collaboration avec les employés de la DGSPNI qui peuvent continuer à fournir les services qu'ils donnaient avant la signature de l'Accord intégré, p. ex., la DGSPNI peut continuer à offrir ses programmes sur les maladies transmissibles (incluant l'immunisation), l'hygiène du milieu, et la préparation à l'urgence;**
- ✓ **possède sa propre structure d'administration de la santé, laquelle reçoit du financement sur une base permanente;**
- ✓ **a la flexibilité de changer, avec l'approbation de la DGSPNI, des aspects du programme pour mieux répondre aux priorités en santé communautaire;**
- ✓ **a la flexibilité financière de déplacer des fonds d'un programme à un autre pour répondre aux priorités en santé communautaire;**
- ✓ **doit remettre à la communauté et à la DGSPNI un rapport annuel sur les indicateurs de résultat des programmes qu'elle offre;**
- ✓ **doit soumettre régulièrement des rapports financiers à la DGSPNI pendant la durée de l'Accord et rembourser tout surplus à la fin de l'année;**
- ✓ **doit soumettre un rapport de vérification annuelle préparé par un vérificateur indépendant choisi par la communauté;**
- ✓ **conserve des dossiers et fait, avec le DGSPNI, une révision annuelle du plan de travail de la communauté afin de déterminer le succès de l'approche communautaire;**
- ✓ **renouvelle, chaque année avec la DGSPNI, l'Accord sur les services intégrés de santé communautaire ou à la fin de l'Accord pour des ententes multiannuelles.**



Approche de l'autonomie gouvernementale



En 1995, le Gouvernement fédéral annonçait la Politique relative au Droit inhérent à l'autonomie gouvernementale. Cette politique appuie le contrôle des Premières nations et Inuits sur tous les aspects de leur vie. L'autonomie gouvernementale introduit donc une troisième approche pour accroître le contrôle aux communautés des Premières nations et Inuits sur les programmes et services de santé. Selon cette politique, les Premières nations peuvent passer certaines lois touchant la santé dans leur communauté. De plus, la gamme de ressources pour les programmes de santé, qu'on peut inclure dans une Entente d'autonomie gouvernementale est plus importante que celles incluses dans une Entente de transfert de services de santé et peut inclure des biens immobiliers et des services du Programme de soins de santé non assurés. La flexibilité dans la répartition des ressources est aussi plus grande et les exigences sont moins grandes en matière de rapport.



Les principales caractéristiques de la Politique relative au Droit inhérent à l'Autonomie gouvernementale incluent :

- **la reconnaissance que le droit inhérent est un droit autochtone qui existe sous la Section 35 de la Constitution;**
- **le droit inhérent sera exercé à l'intérieur du cadre constitutionnel existant, harmonisé avec les autres parties intéressées et résolu par des négociations;**
- **on doit inclure les provinces et les territoires dans les négociations où on discute de questions qui affectent leur juridiction;**
- **le financement devrait être une responsabilité partagée entre le fédéral, les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones.**

Dans le Gouvernement fédéral, le Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien a pour mandat de négocier l'Autonomie gouvernementale avec les Premières nations, les groupes inuit et métis situés au *nord du 60^{ième} parallèle*. L'interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens de fait (non-inscrits) a un mandat pour négocier une Autonomie gouvernementale au *sud du 60^{ième} parallèle* avec des Métis et des Autochtones qui résident hors réserve. Les Ministres d'autres ministères fédéraux ont des mandats pour négocier dans leurs domaines de responsabilité respectifs. Ainsi, Santé Canada mène les négociations en santé. La nature du rôle du Ministère dans une Autonomie gouvernementale fera l'objet de négociations entre les deux parties. Étant donné le niveau de contrôle disponible aux communautés grâce à l'Entente d'autonomie gouvernementale, on s'attend à ce que le rôle de la DGSPNI soit minime.

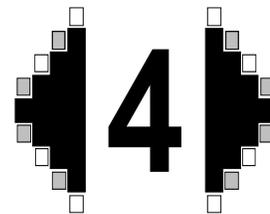


Pour plus d'information sur l'autonomie gouvernementale, communiquez avec :

Secrétariat d'Autonomie gouvernementale
Direction des politiques stratégiques, de la planification et de l'analyse
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada
Indice de l'adresse : 1921C
Ottawa, Ontario K1A 0L3
Téléphone : (613) 957-3457



Les principales différences entre le Transfert et l'Approche intégrée



Les principales différences entre le Transfert et l'Approche intégrée

Les différences présentées ici entre le Transfert et l'Approche intégrée sont basées sur du matériel fourni précédemment dans ce Guide. Pour des détails sur des sujets spécifiques, veuillez vous référer aux sections pertinentes.

Les principaux buts du Transfert et de l'Approche intégrée

Transfert	Approche intégrée
<ul style="list-style-type: none">• <i>permettre aux communautés de concevoir des programmes de santé, d'établir des services et d'allouer des fonds selon les priorités en santé communautaire;</i>• <i>s'assurer que les communautés ont de la flexibilité dans la prestation des programmes et des services de santé;</i>• <i>s'assurer que la santé et la sécurité publiques soient maintenues grâce à l'offre de programmes de santé et de traitement obligatoires; et</i>• <i>renforcer et améliorer la responsabilité des chefs de la communauté envers les membres de la communauté.</i>	<ul style="list-style-type: none">• <i>appuyer les Premières nations et les communautés inuit dans l'amélioration de leur capacité à diriger et à prendre de plus en plus le contrôle des programmes, services et ressources de santé; et</i>• <i>faciliter et encourager l'engagement de la communauté dans la planification, la mise en oeuvre et la révision des programmes et des services de santé.</i>

L'Approche de transfert et l'Approche Intégrée présentent des différences importantes :

- l'éligibilité de la communauté à participer;
- les programmes et services que peut contrôler la communauté;
- les activités de planification et le temps exigé pour les compléter;
- les ressources fournies pour réaliser les activités de planification;
- la flexibilité qu'obtient la communauté pour gérer ses programmes;
- les rôles et responsabilités de la communauté et de la DGSPNI suite à la signature d'un Accord.



Éligibilité de la communauté

Pour être éligible à commencer le processus de planification de l'Approche de transfert, une communauté doit fournir:

- *un mandat tel qu'appuyé par une résolution du Conseil de bande ou toute autre forme d'approbation convenable à la (aux) Bande(s) ou au(x) groupe(s) inuit qui accorde(nt) le mandat;*
- *une preuve d'expérience réussie dans la gestion financière et administrative de programme.*

Pour être éligible à l'Approche des services intégrés de santé communautaire, la communauté doit :

- *déjà opérer des programmes et services de santé financés par des Accords généraux de contribution de la DGSPNI;*
- *accepter d'établir une structure d'administration de santé avec du personnel formé;*
- *accepter d'entamer un processus de planification résultant en un plan de travail qui identifie les changements que la communauté désire apporter aux programmes et/ou dans la répartition des ressources pour répondre aux priorités de santé communautaire;*
- *fournir la preuve du mandat de la communauté ou une lettre d'intention pour commencer le processus.*

Programmes et services éligibles

Le Tableau 3 compare les programmes et services éligibles à être inclus dans un Accord de Transfert de services de santé et dans un Accord de services intégrés de santé communautaire. La terminologie dont on se sert pour décrire certains services, peut varier d'une région à l'autre. Vérifiez auprès du Bureau régional de la DGSPNI pour clarifier ce qui s'applique dans votre région.

Activités de planification et ressources qui s'y rattachent

Le Tableau 4 résume brièvement et compare les processus de planification pour en venir à un Accord de transfert des services de santé et à un Accord de services intégrés de santé communautaire. Le Tableau 3 inclut les activités importantes de planification et les ressources disponibles pour y arriver.



Tableau 3 : Programmes et services de santé et ressources éligibles au contrôle des Premières nations pour l'Approche de transfert et l'Approche intégrée

Accords généraux de contribution	Accord de transfert des services de santé	Accord de services intégrés de santé communautaire**
<ul style="list-style-type: none"> • Grandir ensemble • Développement de communautés en santé : Gestion de crise en santé mentale • Développement de communautés en santé : Programme sur l'abus des solvants • Programme canadien de nutrition prénatale • Prévention de la santé communautaire et promotion de la santé • Soins primaires en santé communautaire • Dentothérapie • Programme de santé environnementale • Syndrome d'alcoolisme foetal/Effets de l'alcool sur le foetus • Carrières en santé • Consultations en santé • Services de santé • Certains services sous le Programme d'avantages de soins de santé non-assurés, p.ex. Le transport médical • Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues pour les Autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • Grandir ensemble • Développement de communautés en santé : Gestion de crise en santé mentale • Développement de communautés en santé : Programme sur l'abus des solvants • Programme canadien de nutrition prénatale • Prévention de la santé communautaire et promotion de la santé • Soins primaires en santé communautaire • Dentothérapie • Programme de santé environnementale • Carrières en santé (à l'exclusion des bourses et bourses d'études) • Services de santé • Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues pour les Autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • Grandir ensemble • Développement de communautés en santé : Gestion de crise en santé mentale • Développement de communautés en santé : Programme sur l'abus des solvants • Programme canadien de nutrition prénatale • Prévention de la santé communautaire et promotion de la santé • Soins primaires en santé communautaire • Dentothérapie • Programme de santé environnementale • Syndrome d'alcoolisme foetal/Effets de l'alcool sur le foetus • Éducation en santé • Services de santé • Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et d'autres drogues pour les Autochtones

* Des limites s'appliquent dans certaines provinces à cause de l'absence de loi applicable. Voir Guide 2.

** On ne peut pas inclure les services du Programme de soins de santé non-assurés dans l'Accord des services intégrés de santé communautaire (p. ex., soins dentaires, drogues) mais ils peuvent faire partie d'un Accord de contribution séparé.

Note : Le complément de programmes et de services se développera selon l'introduction de nouveaux programmes et le développement des services.

Tableau 4 : Activités de planification et ressources qui s'y rattachent pour l'Approche de transfert et l'Approche intégrée

Approche de transfert ¹		Approche intégrée ¹	
Activités de planification clés	Ressources de planification	Activités de planification clés	Ressources de planification
<p>Phase de planification avant le transfert</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échéancier : 1 an • Soumettre une proposition de planification avec la RCB ou approbation qui convienne à la (aux) bande(s) ou groupe(s) inuit qui accorde(nt) le mandat et lettre de vérification • Mener une évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) • Établir une structure de gestion de santé communautaire et donner la formation • Développer les 4 premières composantes du Plan de santé communautaire (PSC): identifier les priorités en santé communautaire; décrire la structure de gestion de santé; décrire la gestion et la prestation des programmes obligatoires; décrire la gestion et la prestation des programmes de santé communautaire. • Décider de l'assistance technique nécessaire du personnel de la DGSPNI 	<ul style="list-style-type: none"> • 38 000- 69 000 \$ (EBSC)² (par projet) • Fonds donnés une fois seulement pour formation préalable au transfert : 10 000 \$ (par communauté) • 9 000 \$ (par projet) pour 4 composantes du PSC • 50% de la formule d'aide financière pour la gestion³ 	<p>Phase de planification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échéancier : 1 an • Soumettre une lettre d'intention ou résolution de Conseil de bande • Établir une structure de gestion de santé communautaire et donner la formation • Développer un plan de santé communautaire incluant; priorités en santé communautaire; objectifs; activités; mécanisme de prestation des programmes obligatoires; indicateurs de succès. • Développer un budget pour supporter les activités du plan de travail • Réviser le plan de travail communautaire avec la DGSPNI. • La communauté signe l'Accord intégré pour la phase de planification 	<ul style="list-style-type: none"> • Financement une seule fois pour le développement du plan de travail et offre de formation: 10 000 \$ • Sous le Transfert, 50% de la Formule d'aide financière pour la gestion : disponible.
<p>Phase de transition</p> <ul style="list-style-type: none"> • Échéancier : 9 mois • La DGSPNI révisé le PSC à date • Développer les 8 composantes du PSC pour décrire les provisions pour le médecin hygiéniste; assurance-responsabilité et mauvaise pratique; réserve de médicaments et de fournitures médicales; réserve de biens mobiliers; exigences en matière de confidentialité; mécanismes de responsabilité et de rapports; supervision professionnelle; budget global. • La DGSPNI révisé le PSC • Mémoire d'entente 	<ul style="list-style-type: none"> • 15 000 \$ pour les 8 composantes du PSC • 100% de la formule d'aide financière pour la gestion mais basée sur 9 mois. 		
<p>Phase de mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signature d'un Accord de transfert de 3 à 5 ans • Durant la 1^{ière} année de l'Accord, développer 3 dernières composantes du PSC décrivant plans de : formation après le transfert ⁵; préparation aux urgences ⁵, et évaluation. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 000 \$ pour plan de formation • 5 000 \$ pour plan de préparation aux urgences • 11 000 \$ pour plan d'évaluation 	<p>Phase de mise en oeuvre</p> <ul style="list-style-type: none"> • La communauté signe Accord intégré qui appuie la structure de gestion et le plan de travail. • La communauté répartit les ressources en se basant sur le plan de travail • La communauté change les objectifs et les activités des programmes selon les priorités de la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sous le Transfert ³, 50% de la Formule d'aide financière pour la gestion: disponible. • Financement pour la vérification annuelle

¹ Pendant toutes les activités de planification, le financement pour la prestation des programmes et services se continue.

² Voir Annexe B

³ Voir Annexe C

⁴ Voir Annexe D

⁵ Les plans de formation et de préparation aux urgences peuvent être complétés durant la phase de transition.

Rôles et responsabilités après la signature d'un Accord

Après la signature d'un Accord de transfert...

La communauté est entièrement responsable de l'administration des programmes et des services de santé — elle emploie ou met sous contrat des fournisseurs de services, fournit les programmes et services obligatoires, planifie et développe de nouveaux programmes, gère les finances et répond seulement à la communauté sur la façon dont l'argent est dépensé et dont les programmes sont réalisés. Elle est responsable de s'assurer que les programmes obligatoires pour la protection de la santé et de la sécurité publiques soient menés de façon efficace, p. ex., l'immunisation et les services d'hygiène du milieu. Elle doit préparer des rapports annuels sur les finances et les programmes. La communauté évalue continuellement jusqu'à quel point elle gère efficacement ses propres services de santé pour pouvoir en répondre aux membres de la communauté.

Après la signature d'un Accord de services intégrés de santé communautaire pour la phase de mise en oeuvre ...

La communauté possède moins de contrôle que sous le Transfert mais tout de même plus de contrôle que si elle continuait selon les Accords de contribution. Une communauté qui fonctionne selon l'Approche intégrée communautaire, établit sa propre structure d'administration de la santé mais partage la responsabilité d'offrir les services avec la DGSPNI. L'Approche intégrée fournit aux communautés de la formation "en cours d'emploi" pour contrôler et administrer leurs programmes de santé. Tant que les services obligatoires de santé sont fournis, les communautés ont la flexibilité de changer les objectifs et les activités d'un programme, d'augmenter les ressources d'un service et de réduire celles d'un autre selon les priorités de la communauté. Elles doivent présenter des rapports annuels sur les finances et les programmes.



Les principales différences entre le Transfert et l'Autonomie gouvernementale

Le Tableau 5 décrit brièvement les différences dans les domaines de politiques clés concernant l'Approche de transfert et de l'Autonomie gouvernementale.

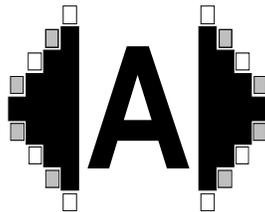
Tableau 5 : Différences dans le domaine des politiques clés concernant le Transfert et le droit inhérent à l'Autonomie gouvernementale

Transfert	Droit inhérent à l'autonomie gouvernementale
1. La politique s'applique aux Indiens de droit (inscrits) enregistrés sous la Loi des Indiens.	1. La politique s'applique aux Autochtones incluant Indiens, Inuits et Métis.
2. La politique donne seulement une autorité administrative déléguée.	2. La politique donne une autorité juridictionnelle incluant le pouvoir de passer des lois.
3. Les Accords de transfert sont réalisés sur une base bilatérale entre la DGSPNI et les Premières nations	3. Les Accords d'autonomie gouvernementale sont négociés sur une base tripartite (Canada, Premières nations, provinces/territoires) bien que des Accords bilatéraux puissent être possibles.
4. La DGSPNI représente Santé Canada et dirige le processus.	4. Le MAIDN mène les négociations globales d'Autonomie gouvernementale. Santé Canada mène les négociations sur la santé.
5. Le Transfert englobe seulement les programmes et ressources de santé de la DGSPNI.	5. Les négociations d'Autonomie gouvernementale englobe une multitude de ressources et de programmes fédéraux et aussi les ressources et programmes provinciaux.
6. La responsabilité ministérielle pour la mise en oeuvre et les impacts des services de santé se continue après les transferts de santé.	6. La juridiction ou l'autorité des gouvernements et institutions autochtones s'accroît à mesure que les obligations fiduciaires de la Couronne diminuent.
7. Le Transfert de santé est principalement une application basée sur le territoire.	7. L'Autonomie gouvernementale s'appliquera aux ententes de territoires et peut inclure l'administration de programmes non basés sur le territoire.
8. Le transfert de santé a des ressources pour le développement et l'amélioration des capacités pour les Premières nations.	8. L'Autonomie gouvernementale n'a pas de ressources de développement mais peut fournir aux Premières nations des ressources pour la négociation.
9. Les services de PSNA inclus seulement comme projets pilotes et grâce à des ententes contractuelles spécifiques pour des services de transport.	9. Les services de PSNA sont négociables.
10. Le financement des Accords de transfert en santé est la responsabilité de la DGSPNI.	10. Le financement des Accords d'autonomie gouvernementale se partage entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones.



Transfert	Droit inhérent à l'autonomie gouvernementale
11. La responsabilité financière est au Ministre.	11. Les gouvernements et institutions autochtones sont responsables au Parlement et aux gouvernements provinciaux.
12. Les Accords de transfert exigent l'approbation ministérielle.	12. L'Entente de principe d'autonomie gouvernementale et les Ententes finales exigent l'approbation du Cabinet et les traités d'Autonomie gouvernementale exigent l'approbation du Parlement.
13. Les Accords de transfert ne deviennent pas des droits et ne sont pas inclus dans la Constitution.	13. Les éléments fondamentaux d'Accords d'autonomie gouvernementale, avec l'approbation des provinces, peuvent être inclus dans la Constitution constitutionnellement.





Contrôle des Premières nations - Historique



Contrôle des Premières nations – Historique

Pour mettre le Transfert de santé dans son contexte, il est utile de comprendre, d'un point de vue historique, comment les Premières nations et le Gouvernement fédéral ont uni leurs efforts pour répondre au désir exprimé par les Premières nations d'administrer et de contrôler leurs propres programmes de santé.

Le Livre Blanc de 1969

Document du Gouvernement fédéral prônant l'assimilation accrue des Premières nations à la Société canadienne.

Le Livre Rouge de 1970

La réponse des Premières nations au Livre Blanc insistant sur des plans pour renforcer le contrôle de la communauté sur sa vie et sur les programmes communautaires offerts par le gouvernement.

Le Document de 1975 sur les relations entre le Gouvernement fédéral et les Autochtones

Les Livres Blanc et Rouge ont servi de point de départ d'une coopération entre le Gouvernement fédéral et les Premières nations pour commencer à planifier le futur sérieusement, ce qui a résulté dans le document de 1975, "Relations entre le Gouvernement canadien et les Autochtones canadiens". Celui-ci a défini un cadre de politiques visant à renforcer le contrôle autochtone sur ses programmes et services.

Politique de 1979 sur la santé des Indiens

La Politique fédérale sur la santé des Indiens est fondée sur la relation particulière qui existe entre les Indiens et le gouvernement fédéral, une relation que les deux parties ont à coeur de maintenir. Cette politique reconnaît que les conditions dans lesquelles vivent de nombreuses communautés indiennes ont placé les Indiens dans une position très défavorisée par rapport à la plupart des autres Canadiens, tant sur le plan de la santé que sous d'autres rapports.

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. Elle découle aussi de la volonté des Indiens de conserver et de renforcer leur culture et leurs traditions. Cette politique reconnaît le déclin des communautés indiennes et les conditions de pauvreté intolérables qui touchent de nombreux Indiens, et elle cherche à définir un cadre qui permettrait aux communautés indiennes de corriger cet état de fait. Le gouvernement fédéral reconnaît ses responsabilités légales et traditionnelles à l'égard des Indiens et il s'efforce d'augmenter la capacité des communautés indiennes de réaliser leurs aspirations dans le cadre des institutions canadiennes.

La Politique fédérale sur la santé des Indiens tient donc compte de tous ces éléments dans l'élaboration des programmes destinés aux Indiens. La principale préoccupation qui sous-tend cette politique est le niveau de santé incroyablement bas de nombreux Indiens qui vivent dans des conditions enracinées dans la pauvreté et le déclin de leur communauté. Le



gouvernement fédéral constate que seules les communautés indiennes elles-mêmes peuvent changer leur sort et que, pour ce faire, elles auront besoin de l'appui sans réserve de l'ensemble de la société canadienne.

Par conséquent, l'objectif de la Politique fédérale sur la santé des Indiens est d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en oeuvre par les communautés indiennes elles-mêmes.

L'amélioration de l'état de santé des Indiens repose sur trois piliers. Le premier, et le plus important, est le développement communautaire, tant sur le plan socioéconomique que sur les plans culturel et spirituel, qui permettra d'éliminer les conditions de pauvreté et d'apathie qui empêchent les membres des communautés d'atteindre un état de bien-être physique, mental et social.

Les relations traditionnelles entre les Indiens et le gouvernement fédéral constituent le deuxième pilier, le gouvernement fédéral défendant les intérêts des communautés indiennes face à l'ensemble de la société canadienne et de ses institutions, et aidant les communautés indiennes à réaliser leurs aspirations. Il faut renforcer ces relations en ouvrant la communication avec les Indiens et en les encourageant à participer davantage à la planification et à l'exécution des programmes de santé, ainsi qu'à l'établissement du budget qui sera affecté à ces programmes.

Le troisième pilier est le système de santé canadien. Ce système se compose de divers éléments étroitement liés dont la responsabilité peut appartenir aux gouvernements fédéral ou provinciaux, aux administrations municipales, aux bandes indiennes ou au secteur privé. Ces divisions sont toutefois superficielles lorsqu'on considère le système de santé dans son ensemble. Les fonctions les plus importantes que le gouvernement fédéral remplit dans ce système sont liées aux activités touchant la santé publique dans les réserves, à la promotion de la santé, ainsi qu'à la détection et à la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement. Les fonctions les plus importantes des gouvernements provinciaux et du secteur privé sont le diagnostic et le traitement des maladies aiguës et chroniques et la réadaptation. Les communautés indiennes ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé et dans l'adaptation de la prestation des services de santé aux besoins qui leur sont propres. Évidemment, cette brève description ne rend pas compte des nombreux aspects du système. Le gouvernement fédéral entend continuer à jouer un rôle actif dans les aspects du système de santé canadien qui touchent les Indiens. Il a à coeur d'aider les communautés autochtones à jouer un rôle actif et plus positif au sein du système de santé et dans la prise de décisions qui ont des répercussions sur leur santé.

Ces trois piliers - le développement communautaire, les relations traditionnelles entre les Indiens et le gouvernement fédéral et le système de santé canadien - permettront d'enrayer le problème important du mauvais état de santé des Indiens au Canada.



Projets en santé communautaire : 1983-1986

La Direction générale de la santé Premières nations et des Inuits a parrainé des projets de démonstration pour les Premières nations. L'expérience a été lancée afin de fournir, tant aux autorités fédérales qu'aux Premières nations, la même information sur le contrôle des services de santé par les Premières nations.

Approbation du Cabinet en 1988 pour le Transfert de la santé au sud du 60^{ième} parallèle.

Pour que la DGSPNI puisse procéder, dans le cadre de la réforme administrative, au Transfert de la santé aux Premières nations, on a dû développer et obtenir un cadre de politiques, des autorisations et des ressources. On a formé un Sous-comité sur le transfert des programmes de santé au contrôle autochtone avec des représentants des Premières nations ayant de l'expérience en soins de santé. Le Sous-comité a inclus les expériences des projets de santé communautaire et a recommandé une approche de développement et de consultation pour le transfert de la santé. On s'est ensuite servi de ces recommandations pour finaliser le cadre de la politique du Transfert de la santé.

Le 16 mars 1988, le Cabinet du gouvernement fédéral approuvait le cadre de la politique de Transfert de la santé pour transférer des ressources, des programmes de santé pour les Autochtones, situés au sud du 60^{ième} parallèle, au contrôle autochtone par un processus qui:

- permet à la communauté de prendre contrôle, à son rythme, du programme de santé, i.e. la communauté peut prendre le contrôle graduellement sur un certain nombre d'années grâce au transfert par étapes;
- exige que certains programmes obligatoires de santé publique et de traitement soient fournis;
- renforce la responsabilité des Chefs et des Conseils face aux membres de la communauté;
- donne aux communautés:
 - la flexibilité financière pour accorder des fonds selon les priorités en santé communautaire et pour retenir les balances de fonds non utilisés;
 - la responsabilité d'éliminer les déficits et de vérifier les finances à chaque année et de faire des évaluations à intervalles précis;
- permet des ententes réparties sur plusieurs années (3 à 5 ans);
- ne cause pas préjudice au traité ou aux droits autochtones;
- opère à l'intérieur de la loi actuelle;
- est optionnel et ouvert à toutes les communautés autochtones à l'intérieur des limites provinciales.



Autorisation du Transfert par le Conseil du Trésor : 1989

En 1989, le Conseil du Trésor approuvait l'autorisation financière et les ressources pour supporter la planification préalable au Transfert et pour financer les structures d'administration en santé communautaire.

Autorisation par le Conseil du Trésor de l'Approche des services intégrés de santé communautaire : 1994

En 1994, le Conseil du Trésor approuvait l'autorisation financière et les ressources pour supporter l'Approche des services intégrés de santé communautaire. Le programme a été mis sur pied pour donner un choix aux Bandes qui n'étaient pas prêtes ou intéressées au programme de Transfert.

Politique du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale : 1995

En 1995, le Gouvernement fédéral annonçait la Politique du Droit inhérent à l'Autonomie gouvernementale. Les principales caractéristiques de la politique incluent :

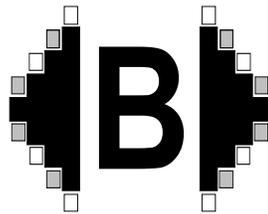
- la reconnaissance que le droit inhérent est un droit autochtone qui se trouve sous la section 35 de la Constitution;
- le droit inhérent sera exercé à l'intérieur du cadre constitutionnel actuel, harmonisé avec les autres juridictions et développé grâce à des négociations;
- les provinces et territoires doivent être impliqués dans les négociations où on discute de questions affectant leur juridiction;
- le financement devrait être partagé entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones.

Transfert de la santé au Yukon : 1997

Depuis octobre 1954, Santé Canada a été responsable de l'administration et de la prestation des programmes de santé universelle au Yukon. Le 1er avril 1997, le Yukon reprenait, suite à un accord mutuel entre les deux gouvernements, l'administration et la prestation de ces programmes. Le Conseil des Premières nations était partie prenante dans l'Entente.

Plus tôt, en avril 1993, Santé Canada transférait l'opération de l'Hôpital général de Whitehorse au gouvernement du Yukon.





***Formule pour déterminer le financement
de l'Évaluation des besoins en santé
communautaire (EBSC) selon l'Approche de transfert***

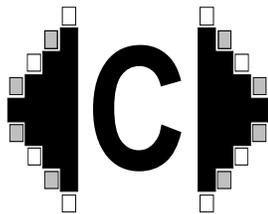


Annexe B

Formule pour déterminer le financement de l'Évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) selon l'Approche de transfert

Population	Fonds disponibles pour la planification	Préparation	Mise en oeuvre	Analyse	TOTAL
0-500	4 000,00 \$	7 000,00 \$	10 000,00 \$	17 000,00 \$	38 000,00 \$
501-1 000	5 000,00 \$	9 500,00 \$	19 000,00 \$	18 000,00 \$	51 500,00 \$
1 001-2 000	5 000,00 \$	14 000,00 \$	31 000,00 \$	23 000,00 \$	73 000,00 \$
plus de 2 000	5 000,00 \$	19 000,00 \$	49 000,00 \$	23 000,00 \$	96 000,00 \$





***Formule du 50% pour déterminer les fonds annuels d'appui à
la gestion de la santé pour la phase de planification
préalable au Transfert et l'Approche intégrée***

Annexe C
Formule 50%



Annexe C

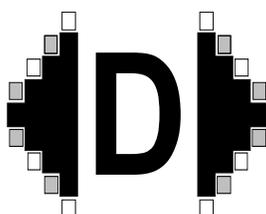
Formule du 50% pour déterminer les fonds annuels d'appui à la gestion de santé pour la phase de planification préalable au Transfert et l'Approche intégrée

Population*		(c) Pour la première	Montant pour la population dans la colonne (C)	Pour chaque membre additionnel
DE	À			
0	100	SA	Pour populations de moins de 100 : le financement de 50% est 138,00 \$ multiplié par la population	138,00 \$
101	400	101	13 800,00 \$	43,00 \$
401	3 000	401	26 700,00 \$	15,50 \$
3 001	5 000	3 001	67,000,00 \$	10,50 \$
5 001	7 000	5 001	88 000,00 \$	7,50 \$
Plus de 7 000		7 001	103 000,00 \$	5,00 \$

NOTE : Une portion (80%) du financement pour l'appui à la gestion est ajustée selon un facteur d'éloignement afin de compenser les désavantages suscités par l'isolation d'une communauté.

* Les chiffres sur la population dont on se sert pour calculer le financement doivent être approuvés par la DGSPNI.





***Formule du 100% pour déterminer les fonds annuels
d'appui à la gestion de la santé pour le Transfert***



Annexe D

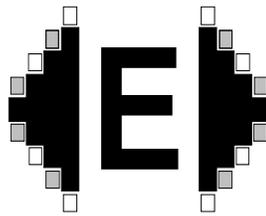
Formule du 100% pour déterminer les fonds annuels d'appui à la gestion de santé pour le Transfert

Population*		(C) Pour la Première	Montant alloué pour la population dans la colonne (C)	Pour chaque membre additionnel
De	À			
0	100		Pour populations de moins de 100 : le financement de 100% est 276,00 \$ multiplié par la population	276,00 \$
101	400	101	27 600,00 \$	86,00 \$
401	3 000	401	53 400,00 \$	31,00 \$
3 001	5 000	3 001	134 000,00 \$	21,00 \$
5 001	7 000	5 001	176 000,00 \$	15,00 \$
Plus de 7 000		7 001	206 000,00 \$	10,00 \$

Note : Une partie (80%) du financement pour l'appui à la gestion est ajusté selon un facteur d'éloignement pour compenser les désavantages suscités par l'isolation d'une communauté.

* Les chiffres de la population dont on se sert pour calculer le financement doivent être approuvés par la DGSPNI





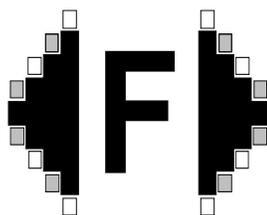
Exemple de plan de travail pour l'Approche intégrée



Annexe E
Exemple de plan de travail pour l'Approche intégrée

<p style="text-align: center;">But Ce que le programme tente d'atteindre</p>	<p style="text-align: center;">Objectifs Ce qu'on doit faire pour atteindre le but</p>	<p style="text-align: center;">Activités Liste d'actions possibles conçues pour satisfaire l'objectif</p>	<p style="text-align: center;">Mesures de résultat Comment savoir si on a réussi</p>
<p>Exemple 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • réduire chez les enfants l'incidence de maladies pouvant être prévenues par un vaccin. 	<ul style="list-style-type: none"> • immuniser 95% des enfants de moins d'un an dans la communauté "x" entre le 1^{er} juillet et le 1^{er} septembre 1995. 	<ul style="list-style-type: none"> • donner des sessions d'éducation sur l'immunisation pour les parents d'enfants de moins d'un an • accroître le nombre de cliniques d'immunisation à heure flexible 	<ul style="list-style-type: none"> • incidence des maladies qu'on peut prévenir par un vaccin chez les bébés • # d'enfants immunisés
<p>Exemple 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • abaisser les résultats défavorables de grossesse reliés à l'usage du tabac (p.ex. Insuffisance pondérale) 	<ul style="list-style-type: none"> • abaisser de 30% en décembre 2004 le pourcentage des femmes qui fument durant leur grossesse. 	<ul style="list-style-type: none"> • Donner des sessions d'éducation pré-natale sur l'effet de la cigarette durant la grossesse. • Organiser des groupes d'abandon du tabac pour les femmes enceintes 	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de femmes qui fument durant la grossesse • incidence des résultats d'insuffisance pondérale et d'autres résultats défavorables durant la grossesse, dus à l'usage du tabac.





***Exemple de rapport sur les dépenses actuelles
du programme pour l'Approche intégrée***



Annexe F

Exemple de rapport sur les dépenses actuelles du programme pour l'Approche intégrée

Note : Ce rapport doit être reçu par la DGSPNI en octobre et janvier chaque année. De plus, un rapport de vérification annuelle est dû dans les 120 jours suivant la fin d'année d'une communauté.

Dépenses :

- | | |
|---|-----------------|
| 1. Programme des services de santé (excluant les coûts de PSNA) | \$ _____ |
| 2. PNLAADA (prévention) | \$ _____ |
| 3. "Grandir ensemble" | \$ _____ |
| 4. Santé mentale, abus des solvants et soins à domicile | \$ _____ |
| 5. Gestion et appui | \$ _____ |
| Total des dépenses | \$ _____ |





*Exemple de rapport annuel sur les programmes
pour l'Approche intégrée*



Annexe G
Exemple de rapport annuel sur le programme
pour l'Approche intégrée

Note : Ce rapport devrait identifier le progrès de chaque programme dans l'atteinte de ce qu'il était censé faire, tel qu'indiqué dans le plan de travail.

Buts	Objectifs	Mesures de résultats	Progrès

