

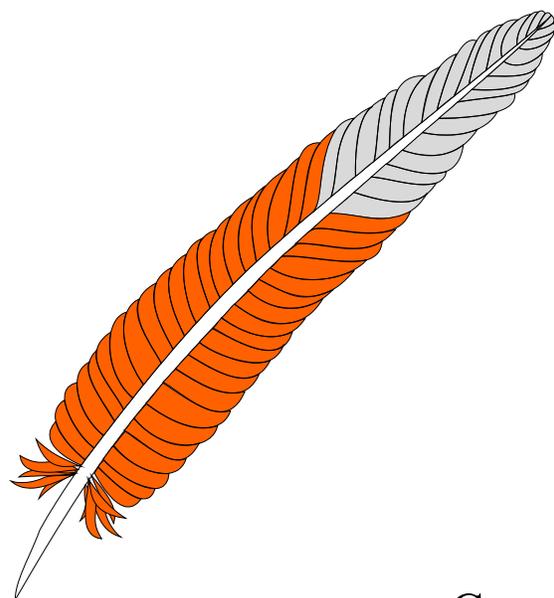
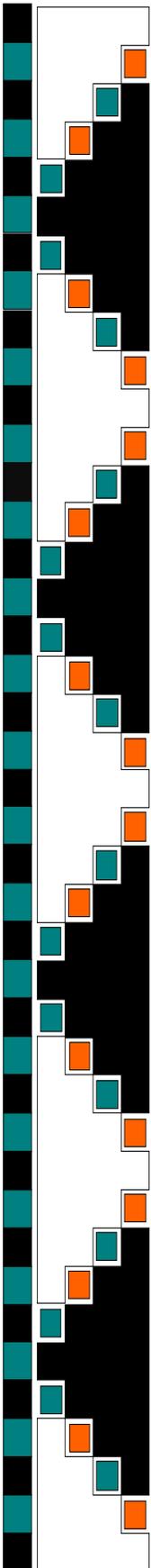


Santé
Canada

Health
Canada

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

Guide 2 *Le transfert des services de santé*



Original: Mars 1999
Révisé en mars 2004

Canada 

This document is also available in English under the title:

Transfer of Health Programs to First Nations and Inuit Communities: Guide 2 - The Health Services Transfer

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

À propos de ce Guide	iii
But	iii
Le Transfert convient-il à ma communauté?	iii
Utilisation de ce Guide	iii
Information supplémentaire qui vous sera nécessaire - Guides 1 et 3	iv
Comment se garder à jour	iv
Les Trois Phases du Transfert	1
Quelles sont les principales étapes de l'Approche de Transfert des services de santé?	1
Critères de la planification préalable au Transfert	1
Financement et assistance technique pour la planification du Transfert	4
Phase de planification préalable au Transfert	7
Quel est le but de la phase de planification préalable au Transfert? Quelles ressources sont disponibles?	7
Composantes du Plan de santé communautaire à compléter	8
PSC-1 Priorités et besoins en santé communautaire	8
PSC-2 Structure en gestion de la santé	9
PSC-3 Gestion et prestation des programmes obligatoires	10
PSC-4 Gestion et prestation des programmes de santé communautaire	15
Phase de transition	19
Quel est le but de la phase de Transition? Quelles ressources sont disponibles?	19
Composantes du Plan de santé communautaire à compléter	19
PSC-5 Officier médical des services de santé	20
PSC-6 Assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle	20
PSC-7 Réserves de médicaments et de matériel médical	21
PSC-8 Réserve de biens meubles	22
PSC-9 Procédures de confidentialité	24
PSC-10 Mécanismes de responsabilité et de rapport	24
PSC-11 Supervision professionnelle	26
PSC-12 Budget complet	27
Travail sur le Mémoire d'Entente et l'Entente de Transfert des services de santé	28
Phase de Mise en oeuvre	32
Qu'est ce que la phase de Mise en oeuvre? Quelles ressources sont disponibles?	32
Composantes du Plan de santé communautaire à compléter	32
PSC-13 Plan de formation	32
PSC-14 Plan de préparation aux urgences	33
PSC-15 Plan d'évaluation	35
Après le Transfert - Le Nouvel Environnement	36



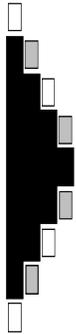
Autre Question de Transfert	37
Les Ententes de Transfert multi-communautaire	37
Qu'en est-il du Transfert des services de 2 ^{ième} et 3 ^{ième} niveau?	38
Qu'en est-il des services fournis sous le programme de bénéfices de santé non assurés?	39
Qu'en est-il du Transfert des programmes de traitement de l'abus d'alcool, des autres drogues et de solvants chez les jeunes?	39
Annexe A Formule servant à déterminer le financement de l'évaluation des besoins en santé communautaire dans l'Approche de Transfert	40
Annexe B Formule du 50% pour déterminer les fonds annuels de soutien à la gestion de la santé lors de la phase de planification préalable au Transfert	42
Annexe C Formule du 100% pour déterminer les fonds annuels de soutien à la gestion de la santé pour le Transfert	44
Annexe D Aspects financiers du Transfert de la planification jusqu'à la Mise en oeuvre	46
Annexe E Guide des Structures en gestion de la santé pour les Premières nations	49
Annexe F Budgets et prévisions de "cash flow"	62
Annexe G Exemple de Mémoire d'Entente	65
Tableaux et figures :	
Figure 1 : Phases du Transfert des services de santé ainsi que les composantes du Plan de santé communautaire à compléter	2
Figure 2 : Cadre du transfert des programmes de santé au contrôle de la communauté	3
Tableau 1 : Activités de planification et ressources rattachées à l'Approche du Transfert	5
Figure 3 : Programmes et services de santé visés par le Transfert	6
Tableau 2 : Programmes obligatoires et exigences de rapport	14
Figure 4 : Liste de vérification pour la planification de programmes	16



À propos de ce Guide

But

Ce Guide est le deuxième d'une série de trois guides qui fournissent de l'information sur le transfert du contrôle des programmes de santé des Autochtones et des Inuits, du gouvernement fédéral aux communautés des Premières nations et Inuits. Ce Guide fournit des détails sur le transfert des services de santé aux Conseils de tribu et aux autres organismes des Premières nations ou des Inuits, ainsi qu'aux directeurs et aux agents responsables du transfert à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).



Ce Guide décrit les composantes du Plan de santé communautaire (PSC) et le processus, les procédures et les politiques pour le Transfert. L'information de ce Guide sera utile aux Conseils de bande et de tribu et aux autres organismes des Premières nations ou des Inuits qui ont décidé d'aller de l'avant avec le Transfert.

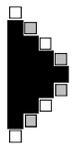
Le PSC est le document clé des discussions entre la communauté et la DGSPNI pour en venir à une Entente de Transfert. Le PSC fournit des détails sur la communauté, ses besoins de santé identifiés, et sur tous les aspects touchant la prestation de services et de programmes de santé par la communauté sous une Entente de Transfert.

Le Transfert convient-il à ma communauté?

Si vous n'êtes pas sûr que l'Approche de Transfert convienne à votre communauté et si vous avez besoin de plus d'information sur l'éligibilité de la communauté et du programme, lisez *le Guide 1 - Une introduction aux trois approches*. Le Guide 1 fournit un aperçu des trois options pour la prestation des services de santé:

- l'Approche de Transfert des services de santé
- l'Approche intégrée des services de santé communautaire
- l'Autonomie gouvernementale.

Utilisation de ce Guide



Ce guide décrit le transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits situées au sud du 60^{ième} parallèle.

Servez-vous de ce guide comme le principal document ressource pour compléter le Plan de santé communautaire. Lisez-le en entier ou choisissez les sections de la Table des matières que vous désirez mieux connaître. Servez-vous des références de chaque section pour trouver d'autres documents qui contiennent plus de détails sur des sujets précis. Il peut exister certaines



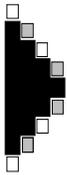
variations régionales comme les règlements qui régissent certains professionnels de la santé et la protection de l'environnement sous juridiction provinciale.

Information supplémentaire qui vous sera nécessaire - Guides 1 et 3

Le premier Guide, *Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits : Guide 1 - Une introduction aux trois approches*, fournit une introduction aux approches de transfert du contrôle des programmes de santé et résume les politiques de la Direction générale des services médicaux (DGSPNI) concernant le contrôle des programmes de santé par les communautés des Premières nations et Inuits à travers le Canada. Le Guide 1 contient de l'information qui vous sera nécessaire avant d'utiliser le Guide 2. Le troisième Guide, *Transfert du contrôle des programmes de santé aux communautés des Premières nations et Inuits : Guide 3: Après le Transfert - Le nouvel environnement*, explique ce qui se passe durant la mise en oeuvre du Transfert.

Comment se garder à jour

Les trois Guides mettent à jour d'anciens documents de la DGSPNI sur le transfert des programmes de santé au contrôle des Premières nations et des Inuits.



S'il se trouve d'autres guides ou documents qui fournissent des énoncés de politiques qui entrent en conflit avec le contenu de ces Guides, on doit suivre les politiques de ces Guides.

La relation entre le gouvernement fédéral et le peuple autochtone 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.



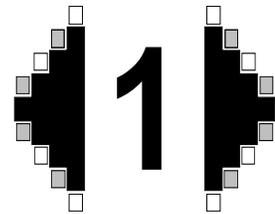
Pour vous assurer d'avoir la version la plus récente des Guides 1, 2 ou 3, communiquez avec le Bureau régional de la DGSPNI ou consultez le site Web de la DGSPNI:

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

Les Guides 1, 2 ou 3 peuvent être téléchargés du site Web de la DGSPNI. Les changements qui affectent les Guides seront affichés.



Les Trois Phases du Transfert



Quelles sont les principales étapes de l'Approche de Transfert des services de santé?

- **Phase de planification préalable au Transfert :** Pendant cette phase, les communautés débutent le processus, tiennent des discussions avec la DGSPNI, commencent la planification, obtiennent du financement pour la période préalable au Transfert et complètent les quatre premières composantes de leur Plan de santé communautaire (PSC). Il faut environ 12 mois pour compléter cette phase.
- **Phase de transition :** Pendant cette phase, la planification se continue. Les prochaines huit composantes du PSC se complètent, des représentants de la communauté travaillent avec le personnel régional de la DGSPNI afin d'établir un Mémoire d'Entente (MDE), basé sur la recherche réalisée lors de la préparation du PSC. Il faut habituellement neuf mois pour compléter cette phase.
- **Phase de mise en oeuvre :** Cette phase débute lorsque la communauté et la DGSPNI signent l'Entente de Transfert des services de santé. Pendant cette phase, la communauté gère ses propres programmes de santé conformément à l'Entente de Transfert signée et le PSC. Les trois dernières composantes du PSC doivent être complétées pendant la première année de cette phase (la communauté peut choisir de compléter deux des trois dernières composantes, le Plan de formation et le Plan de préparation à l'urgence, dans la phase de transition).

Figure 1 donne la liste des phases du Transfert et des 15 composantes du PSC.

Figure 2 fournit un aperçu plus général du cadre de Transfert.

Critères de la planification préalable au Transfert

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

- un mandat approuvé par une Résolution du Conseil de Bande ou toute autre forme d'approbation qui convient à la (aux) bande (s) ou au (x) groupe(s) Inuit qui accordent le mandat.
- une preuve d'expérience financière et administrative réussie en gestion de programmes.

Il n'est pas nécessaire que cette expérience réussie en gestion de programmes et de finances soit faite en santé. Elle peut s'être réalisée dans des domaines comme l'éducation, les services sociaux, et le développement économique.

Les propositions peuvent venir d'une Tribu ou d'un groupe mandaté par un certain nombre de Bandes et appuyé par des résolutions de Conseil de tribu ou d'autre mandat formel, ou d'une communauté inuit. Les propositions doivent établir un échéancier menant au Transfert et avoir un lien clair entre les activités de développement et le Transfert. Les activités de planification menées pendant la phase de planification préalable au Transfert et la phase de transition doivent conduire au développement d'un Plan de santé communautaire et à la décision de s'inscrire ou non dans une Entente de Transfert.

Figure 1 : Phases du Transfert des services de santé ainsi que les composantes du Plan de santé communautaires à compléter

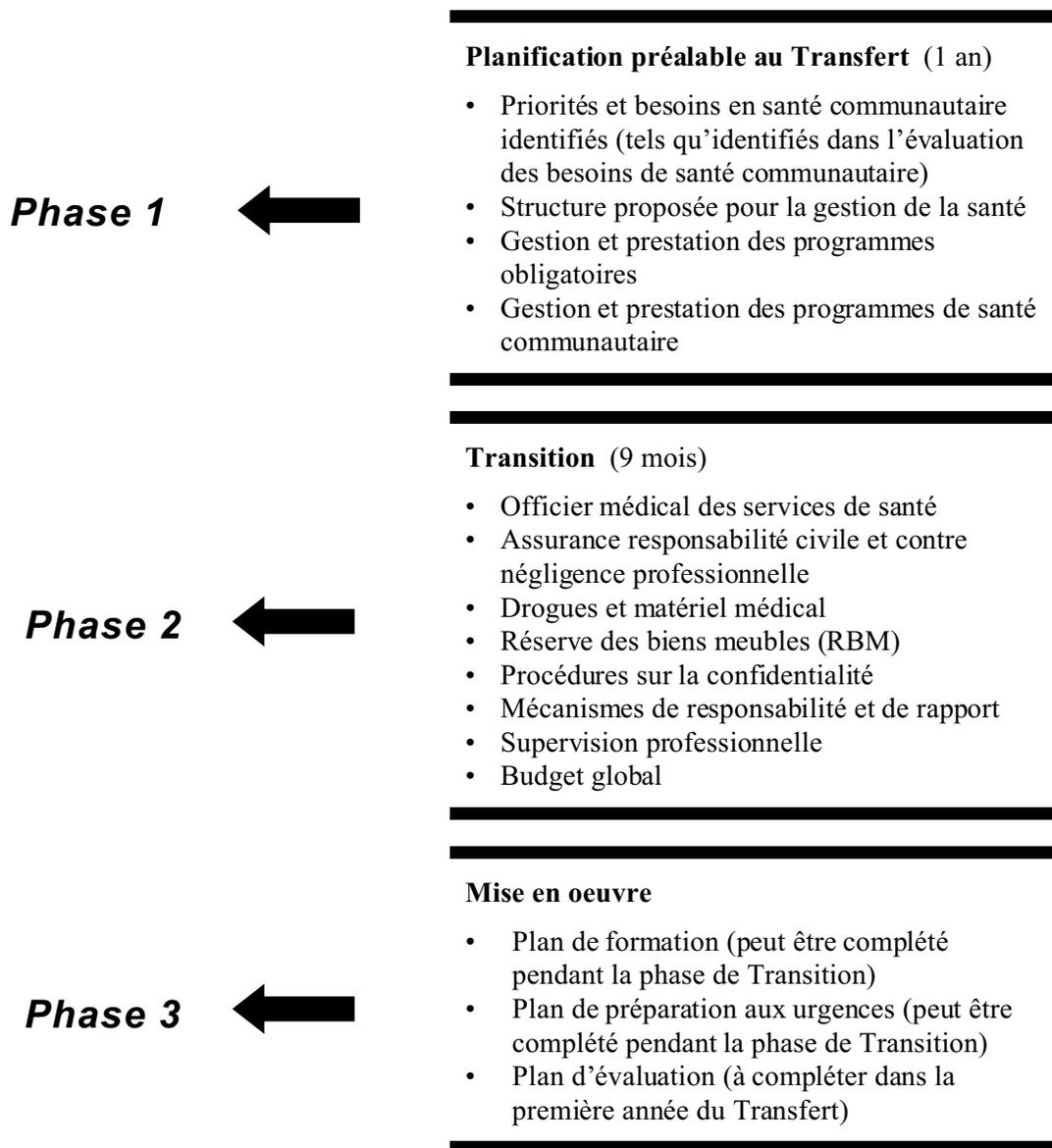
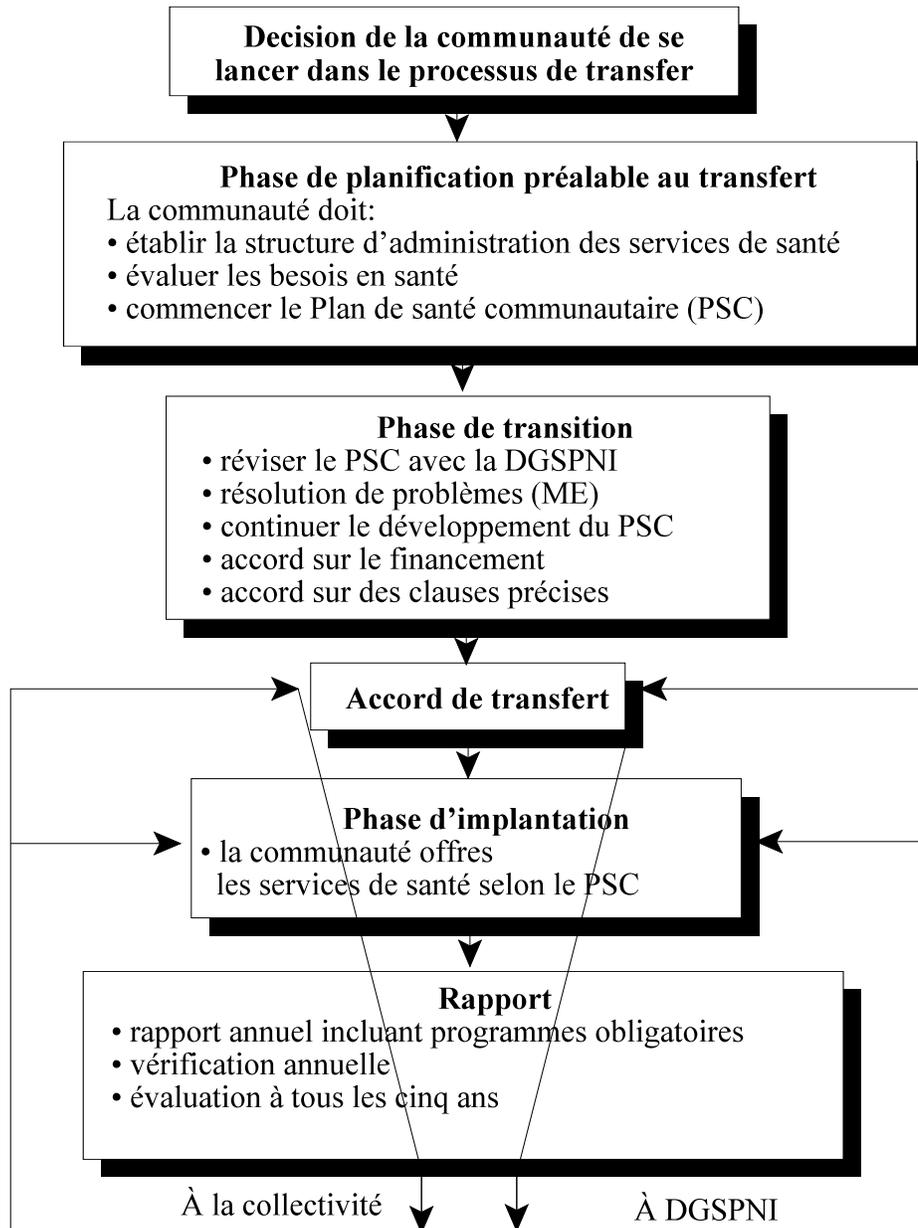


Figure 2

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



Basé sur l'Exposition 13.11, Rapport du Commissaire aux Comptes Généraux du Canada à la Chambre des Communes, octobre 1997, Chapitre 13, Santé Canada - Santé des Premières nations, pages 13-17.



Financement et assistance technique pour la planification du Transfert

Le financement et l'assistance technique sont fournis aux communautés pendant toutes les phases de planification du Transfert, tel que montré dans le Tableau 1. Le financement est fourni pour les activités de planification suivantes:

- conduite de la première évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC)
- élaboration d'une structure de la santé
- formation nécessaire pendant le processus de planification
- préparation des 15 composantes du Plan de santé communautaire (PSC).

Les communautés qui planifient le Transfert ont accès, une fois seulement, à des fonds pour faire la première évaluation des besoins en santé communautaire. Ce financement est basé sur la population de la communauté approuvée par la DGSPNI. (Voir l'Annexe A pour la formule utilisée dans le calcul du financement du EBSC).

Le financement visant à appuyer l'élaboration d'une structure de gestion de la santé est déterminé par une Formule de gestion de la santé basée sur la population de la communauté et son niveau d'éloignement. Pendant la phase de planification préalable au Transfert, la formule du 50% en gestion de la santé est utilisée pour calculer le montant d'appui. (Voir l'Annexe B pour la formule du 50% utilisée pour calculer ce financement). Le financement est calculé à 50% parce que les communautés ne gèrent pas encore de programmes mais font la planification nécessaire pour la gestion future. Peu importe le temps que la communauté prend pour compléter les activités de la phase de planification préalable au Transfert, le financement donné pour la structure de gestion de la santé est le montant de la formule du 50% *pour un an*.

Le financement visant à appuyer la structure de gestion de la santé pendant la phase de Transition se calcule en utilisant la formule du 100% de la formule de gestion de la santé (Voir l'Annexe C pour la formule du 100% utilisée dans le calcul de ce financement). Le financement passe de la formule du 50% à la formule du 100% pendant cette phase, parce que la structure de gestion de la santé est maintenant fonctionnelle. Peu importe le temps que la communauté prend pour compléter les activités de la phase de Transition, le financement donné pour la structure de gestion de la santé est le montant de la formule du 100% mais *calculé sur la base de neuf mois*.

Les communautés reçoivent du financement, une fois seulement, pour la formation nécessaire pendant le processus de planification. Ils reçoivent aussi du financement pour préparer leur PSC en paiements séparés pour chacune des trois phases.

À travers toutes les activités de planification, le financement continue pour la prestation des programmes et services. La Figure 3 fournit une liste des programmes et services éligibles au contrôle communautaire dans une Entente de Transfert. Pour un résumé de tous les aspects financiers du Transfert, y compris le financement après avoir réalisé le Transfert, voyez Annexe D.



**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 autre approbation qui convient 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 de gestion 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 de gestion des services 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 \$ - 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 civile et contre négligence professionnelle; l'obtention de médicaments et de matériel médical; réserve de biens mobiliers; exigences en matière de confidentialité; responsabilité et rapports; supervision professionnelle; budget global. 	<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'une Entente de Transfert de 3 à 5 ans • Durant la première année de l'Entente, 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 A

³ Voir Annexe B

⁴ Voir Annexe C

⁵ La formation et l'intervention d'urgence peuvent être complétés dans la Phase de transition.



Figure 3 : Programmes et services de santé visés par le Transfert

- **“Grandir ensemble”**
- **Développement de communautés en santé - Gestion de crise en santé mentale**
- **Développement de communautés en santé - Programme d’abus de solvants - Pré et post traitement**
- **Programme canadien de nutrition prénatale (à l’exclusion des fonds de développement)**
- **Santé communautaire - Prévention et promotion de la santé**
 - 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**
- **Carrières en santé (à l’exclusion des bourses et bourses d’études)**
- **Services de santé**
 - Opérations et entretien d’établissements et Résidence
 - Contrôle des maladies transmissibles
 - Conseil de santé et coordonnateurs de santé
- **Programme national sur 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.



Phase de planification préalable au Transfert



Quel est le but de la phase de planification préalable au Transfert? Quelles ressources sont disponibles?

Le but de la planification préalable au Transfert est de développer la capacité de gestion de la santé au niveau communautaire et de donner aux communautés le temps et les ressources pour commencer à préparer le Transfert. Les communautés offrent déjà des programmes de santé communautaire grâce à des ententes de contribution, peuvent avoir complété beaucoup du travail exigé dans cette phase.

Deux choses sont supposées s'être produites avant qu'une communauté entre dans cette phase. D'abord, ses leaders ont consulté leurs communautés sur ce que le Transfert signifie. Deuxièmement, la communauté accepte que ses leaders devraient explorer la possibilité de prendre la responsabilité de donner les services de santé communautaire. Les communautés peuvent aussi avoir complété la proposition pour la planification préalable au Transfert. La préparation de la proposition permet aux communautés de réfléchir d'avance aux nombreuses questions qu'elles devront résoudre en préparant le Transfert.

Une communauté établit son propre échéancier pour compléter les activités de planification et décide comment elle réalisera le travail nécessaire. La phase de planification préalable au Transfert peut prendre jusqu'à 12 mois à compléter. La DGSPNI a établi du financement, pour une fois seulement, et les formules pour les ressources qu'une communauté recevra pour compléter chaque tâche de la phase de planification préalable au Transfert, tel que présenté ci-dessous :



- **Évaluation des besoins de santé communautaire**
- **Quatre composantes du PSC**
- **Structure de gestion de la santé**
- **Formation**
- **Financement par formule (voir l'Annexe A)**
- **9,000 \$ pour préparer toutes les quatre composantes (par projet)**
- **formule du 50% du financement de la gestion (voir l'Annexe B)**
- **10,000 \$ (par communauté)**

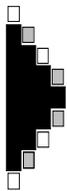
Composantes du Plan de santé communautaire à compléter

Pendant la phase de planification préalable au Transfert, les communautés font l'évaluation des besoins de santé communautaire, élaborent leur structure de gestion de la santé (appelé le Conseil ou l'Autorité de la santé dans ce document) et forment les membres du Conseil de santé, ainsi que tout membre de la communauté qui participera à la préparation du PSC.

Les communautés préparent aussi les quatre premières composantes du PSC :

- Les priorités et besoins en santé communautaire (tels qu'identifiés lors de l'évaluation des besoins en santé communautaire)
- La structure en gestion de la santé
- La gestion et la prestation des programmes obligatoires
- La gestion et la prestation des programmes de santé communautaire

Les sections suivantes fournissent les exigences pour les 4 premières composantes du PSC. Les 15 composantes du PSC sont numérotées de PSC-1 à PSC-15 dans ce Guide.



Bien que la composante du Plan d'évaluation du PSC ne soit pas préparée avant la phase de Mise en oeuvre, on doit commencer à se demander comment la communauté examinera et évaluera ses propres programmes pendant la préparation des 4 premières composantes du PSC. Les tâches qui se rattachent à l'évaluation sont décrites dans les sections pertinentes de la composante, qui suivent.

PSC-1 Priorités et besoins en santé communautaire

L'identification des priorités et des besoins en santé communautaire par une Évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) est une importante activité de recherche menée au début de cette phase. Les communautés ayant de l'expérience dans la gestion des programmes de soins de santé communautaire et qui ont réalisé récemment une évaluation de la communauté, peuvent se servir des résultats pour leur PSC.

L'évaluation des besoins en santé communautaire implique une enquête auprès d'un minimum de 30% de la communauté pour découvrir quels sont les plus fréquents problèmes de soins de santé, qui exigent le plus d'attention. La communauté peut utiliser cette information pour établir ses priorités lors de la conception des programmes et des services de soins de santé, qui rencontreront le mieux ses besoins.

L'évaluation des besoins en santé communautaire est l'élément de base clé du PSC. Elle fournit la base de toute la planification en santé communautaire et elle doit être complétée comme telle avec soin pour s'assurer de la représentativité de la communauté (grandeur appropriée de l'échantillon), qu'elle répond aux vrais besoins des membres de la communauté (les bonnes questions) et qu'elle renferme une analyse et un résumé (rapport) clairs et exacts. Pour plus d'information sur la réalisation de l'évaluation, veuillez vous référer à: *Un Guide pour le développement de l'évaluation des besoins en santé communautaire chez les Premières nations*,



disponible à la DGSPNI. L'Annexe A donne la formule utilisée dans le calcul du financement offert aux communautés pour compléter l'évaluation des besoins.

PSC-2 *Structure en gestion de la santé*

Le PSC doit inclure une description de la structure que la communauté projette utiliser pour gérer les programmes et services de santé. Cette composante du PSC inclut :

- une brève description des rôles et responsabilités de chacune des personnes suivantes selon leur rôle dans le Transfert des services de santé communautaire : le Chef et le Conseil, le Conseiller responsable de la santé, le Conseil/l'Autorité de la santé communautaire.
- des profils détaillés des postes, y compris les rôles, responsabilités, qualifications, l'expérience nécessaire, et les lignes de supervision pour tout le personnel des services de santé, qui sera appelé à donner les services de santé communautaire après le Transfert pour :
 - tout le personnel de soins de santé identifié dans le PSC sous les programmes obligatoires de santé et de sécurité publiques et les programmes de santé communautaire.
 - les infirmières (ou les infirmières ayant des tâches élargies) et les dento-thérapeutes
 - les postes de personnel de soutien exigés pour aider le personnel de soins de santé identifiés ci-dessus
- un organigramme montrant les relations de rapport de chaque poste du personnel de soins de santé à la structure proposée de gestion de la santé, énoncée plus haut.
- les politiques du personnel à mettre en place, y compris les politiques sur:
 - les niveaux de salaire, les bénéfices et les heures de travail
 - l'enregistrement et la licence professionnels.
 - la supervision professionnelle
 - l'assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle
 - la confidentialité des dossiers médicaux
- l'enveloppe de bénéfices à offrir au personnel de soins de santé

Pour plus d'information sur l'élaboration d'une structure en gestion de la santé, consultez l'Annexe E : Guide des structures de gestion de la santé pour les Premières nations.

Toute question relative aux ressources humaines devrait être référée au Bureau régional de la DGSPNI.



PSC-3 *Gestion et prestation des programmes obligatoires*

Trois programmes transférables sont “obligatoires” - ils doivent être disponibles dans toutes les communautés pour s’assurer que les règlements provinciaux de santé et de sécurité sont satisfaits. Les programmes obligatoires en santé sont :

- A. Le contrôle des maladies transmissibles y compris l’immunisation
- B. La santé et la sécurité environnementales /au travail
- C. Services de traitement

Étant donné qu’on a identifié les programmes ci-dessus comme obligatoires, les services suivants ont été identifiés comme obligatoires, i.e. essentiels pour satisfaire les exigences du programme obligatoire :

- Les services de santé environnementale
- Officier médical des services de santé
- La supervision professionnelle des infirmières

Pour chaque programme obligatoire, le Plan de santé communautaire doit inclure de l’information sur ses objectifs, ses activités, ses indicateurs d’efficacité et ses systèmes de tenue de dossiers. Cette information est la base d’évaluation des programmes obligatoires des communautés afin de se rendre compte de leur efficacité à maintenir ou à améliorer la santé de la communauté.

Sous une Entente de Transfert, on s’attend, comme *minimum*, à ce qu’une communauté rencontre les exigences des programmes obligatoires. Pour les programmes obligatoires, on doit inclure dans le PSC l’information suivante :

A. Contrôle des maladies transmissibles

Le PSC doit traiter des deux parties du Contrôle des maladies transmissibles - les maladies transmissibles et l’immunisation :

1. Les maladies transmissibles

- les objectifs du Programme de contrôle des maladies transmissibles
- une liste des maladies à rapporter qui, après le Transfert, doivent être rapportées chaque mois aux représentants provinciaux de la santé (obtenez la liste la plus récente de votre agent de Transfert)
- une description des types et de l’échéancier des activités exigées pour offrir le Programme de contrôle des maladies transmissibles.
- les dossiers quotidiens à garder de sorte que la communauté puisse:
 - rapporter à la province, après le Transfert, le nombre mensuel de cas de maladies transmissibles
 - fournir l’information nécessaire pour compléter la vérification annuelle du programme et pour évaluer l’efficacité de ce programme



- le personnel de soins de santé qui sera responsable de prendre soin de ces dossiers et de préparer et soumettre les rapports exigés.
- une liste des postes du personnel exigé pour donner le Programme de contrôle des maladies transmissibles
- une liste du personnel de soins de santé qui remplira les tâches suivantes associées au Programme de contrôle des maladies transmissibles : diagnostic, traitement, contrôle de la première manifestation, élaboration de contact, et suivi.

2. Immunisation

- les objectifs du Programme d'immunisation communautaire
- un aperçu des cédules d'immunisation et des activités planifiées pour contrôler la diphtérie, la coqueluche (pertussis), polio, tétanos et la rougeole, les oreillons et la rubéole.
- les indicateurs qui seront utilisés pour évaluer l'efficacité du programme d'immunisation communautaire transféré à rencontrer ses objectifs.
- les dossiers quotidiens à conserver pour que la communauté puisse rapporter à la province les niveaux d'immunisation après le Transfert, et fournir l'information nécessaire pour compléter la vérification annuelle du programme et évaluer l'efficacité de ce programme.
- le personnel de soins de santé qui sera responsable de maintenir ces dossiers et préparer et soumettre les rapports exigés.
- une liste des postes du personnel exigée pour combler les exigences du Programme d'immunisation communautaire.
- le plan d'utilisation du vaccin *BCG* pour la tuberculose tel que recommandé dans le Guide canadien d'immunisation.
- le plan d'utilisation des vaccins pour l'hépatite A, l'influenza (grippe), méningocoque, pneumocoque et pour la varicelle s'il devenait nécessaire d'immuniser les membres de la communauté.
- comment la communauté s'occupera d'un résident qui met les autres à risque de contracter une maladie transmissible (spécifiquement, le PSC doit indiquer si la communauté utilisera la loi provinciale de santé publique ou un règlement de santé ou une résolution du Conseil de Bande pour s'occuper de la situation).

B. Santé et sécurité environnementales/au travail

Les gouvernements fédéral et provinciaux jouent un rôle dans le programme de santé environnementale. Le gouvernement fédéral est responsable du Programme de santé environnementale sur les réserves, et le gouvernement provincial est responsable des questions de santé environnementale hors-réserve selon la loi canadienne d'évaluation de l'environnement.



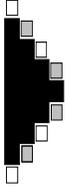
Le programme de santé environnementale est basé sur l'idée de développement continu, i.e. développement qui satisfait les besoins de la génération présente sans compromettre la capacité des générations futures de satisfaire leurs propres besoins. Le développement continu signifie :

- l'usage efficient et écologiquement responsable des ressources naturelles
- l'équilibre des buts économiques, sociaux et environnementaux
- la prévention, la minimisation ou la disparition d'effets adverses de développement, y compris les risques environnementaux à la santé, tel que la contamination de l'air, de l'eau, du sol ou de la nourriture.

Le PSC doit inclure :

- les objectifs du Programme de santé environnementale
- les genres d'activités d'inspection que l'on aura besoin pour offrir le Programme de santé environnementale, combien de fois on réalisera ces activités, et la cédule d'inspection planifiée pour : les réserves d'eau; le système d'égout; l'élimination des déchets solides; toutes les installations qui fournissent de la nourriture; toutes les installations publiques (y compris les facilités récréatives et institutionnelles); les événements spéciaux (comme les "pow wows"); et le logement.
- les indicateurs qui seront utilisés pour déterminer si ce programme a réussi à rencontrer ses objectifs
- les dossiers à conserver de sorte que la communauté puisse rapporter aux provinces, chaque année, les inspections sur la sécurité et les violations, et fournir l'information nécessaire pour compléter les exigences de rapport annuel pour évaluer l'efficacité de ce programme dans le futur.
- la personne qui sera responsable de maintenir ces dossiers, de préparer et de soumettre les rapports exigés
- les provisions pour enquêter sur les maladies transmissibles
- la personne (Agent de santé environnementale) qui sera responsable d'inspecter, de tester et d'échantillonner ce qu'on a mentionné plus haut (doit être un inspecteur certifié en santé publique [Canada]; le représentant en santé communautaire ou d'autres membres de l'équipe de santé communautaire peuvent recueillir des échantillons en santé environnementale et exécuter des tests sous la direction de l'Agent de santé environnementale)
- comment la communauté s'occupera de tout danger de santé environnementale. Le PSC doit indiquer spécifiquement si la communauté utilisera la loi provinciale sur la santé publique, un règlement de santé ou une résolution du Conseil de bande (ou d'une combinaison de ces options) pour s'occuper de ce danger pour la santé.





Les communautés peuvent recevoir de l'aide du Directeur régional en santé environnementale pour développer un programme convenable d'inspection en santé environnementale. La brochure intitulée : "Votre programme de santé environnementale", décrit les activités de base impliquées dans le développement d'un tel programme.

C. Services de traitement

Toutes les communautés doivent compléter les items suivants de leur PSC :

- l'endroit où les membres de la communauté recevront généralement les services suivants :
 - traitement de premiers soins
 - références de spécialistes
 - hospitalisation
 - services de réadaptation
 - services institutionnels (p. ex., traitement de l'abus des substances)
 - soins à domicile
- le personnel de soins de santé qui sera responsable d'organiser les services suivants :
 - références aux spécialistes
 - transport médical
 - logement près du site de référence
 - suivi
- les dossiers à conserver de sorte que la communauté puisse fournir l'information nécessaire pour compléter les exigences de rapport annuel et évaluer ce programme.

Si les services de traitement actuellement fournis directement à la communauté doivent être inclus dans l'Entente de Transfert, les conditions suivantes s'appliquent :

- Les centres/programmes de traitement ont déjà sur place la capacité de gestion de la santé, sous forme d'une entité incorporée et d'un Directeur.
- Le transfert des programmes de traitement pour l'abus d'alcool, d'autres drogues et de solvants chez les jeunes consiste dans le transfert d'un programme seulement. Par conséquent, une longue période de planification et l'achèvement d'un Plan de santé communautaire ne seraient pas exigés. Cependant, le plan opérationnel ou d'affaires, les politiques d'appui et procédures pour les opérations du centre devraient être examinées pour assurer que les programmes soient décrits et que les objectifs, les descriptions de poste et les politiques sur le personnel soient en place.

Il existe une politique spéciale pour les Programmes de traitement pour l'abus d'alcool, d'autres drogues et de solvants chez les jeunes, principalement le PNLAADA et le Programme national du traitement de l'abus des solvants chez les jeunes (PNTASJ). Pour



plus d'information, consultez le chapitre 5, *Autres questions sur le Transfert*. La politique sur le Transfert des Programmes de traitement pour l'abus d'alcool, d'autres drogues et de solvants chez les jeunes est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.

Le Tableau 2 résume les exigences de rapport sur les programmes obligatoires, une fois que le Transfert est complété.

Tableau 2 : Programmes obligatoires et exigences de rapport

La communauté doit présenter au ministre fédéral de la santé un rapport sur la prestation de programmes obligatoires selon la cédule suivante :

Programmes	Information exigée	Méthode/Fréquence de rapport
Contrôle des maladies transmissibles	<ul style="list-style-type: none"> • Niveaux d'immunisation (selon l'âge, le sexe, l'antigène) • • Rapport sur les maladies transmissibles, tel qu'exigé par la loi provinciale; incluant le relevé du contact et le suivi 	<ul style="list-style-type: none"> • Annuelle selon la cédule fédérale ou provinciale d'immunisation identifiée dans le Plan de santé communautaire • Déclaration à la province ou au ministère dans les 24 heures pour les maladies ayant un potentiel d'épidémie. • Résumé annuel
Santé environnementale	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre total et pourcentage d'établissements qui satisfont aux normes provinciales/fédérales sanitaires et environnementales; services de nourriture; réserve d'eau; égouts et vidanges; pollution et substances dangereuses 	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé annuel • Déclaration dans les 24 heures de dangers environnementaux ou de conditions pouvant avoir de sérieux impacts environnementaux; incluant les étapes à suivre pour remédier à la situation
Services de traitement*	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de patients vus dans les catégories de diagnostic tel que spécifié dans le Plan de santé communautaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Résumé annuel

* Seulement si les services de traitement font partie de l'Entente de Transfert.



PSC-4 *Gestion et prestation des programmes de santé communautaire*

Après avoir complété l'évaluation des besoins en santé communautaire, la communauté aura déjà identifié des priorités pour ses programmes de santé communautaire. Ces programmes s'ajoutent aux programmes obligatoires décrits dans la section précédente. Le PSC devrait identifier l'information suivante concernant les programmes de santé communautaire :

- le nom de chaque programme de santé communautaire
- les objectifs de chaque programme
- une description des types et de la fréquence d'activités exigées pour offrir ces programmes
- une liste d'indicateurs à utiliser pour évaluer jusqu'à quel point chaque programme a réussi à rencontrer ses objectifs
- les dossiers quotidiens à conserver, comme les taux de morbidité et de mortalité, afin que la communauté puisse évaluer l'efficacité de ses programmes de santé communautaire
- le nombre et le genre de personnel nécessaire à la prestation de chaque programme de santé communautaire.

Les descriptions de programmes de santé communautaire devraient traiter de la manière que l'on recueillera l'information de base nécessaire pour :

- décrire ce que le programme tente de réaliser
- décrire les processus d'implantation
- identifier les impacts sur la communauté
- contrôler le progrès contre les objectifs
- démontrer l'efficacité du programme.

La Figure 4 fournit une liste de contrôle des considérations dans chacun de ces domaines.

De plus, tôt dans le processus, les communautés doivent identifier les indicateurs d'efficacité et les sources d'information sur ces indicateurs pour chaque programme de santé afin de leur permettre de faire plus tard des évaluations des programmes de santé communautaire. Pour plus d'information sur l'évaluation, consultez la section PSC-10 et un *Guide d'évaluation des programmes de santé pour les Autorités de santé des Premières nations et des Inuits*, disponible à la DGSPNI.



Figure 4 : Liste de vérification pour la planification de programmes

A. Description du programme

1. Qu'est-ce que le programme tente d'accomplir?

- Les objectifs sont-ils clairement définis?
- Où sont-ils énoncés? (p.ex., proposition de projet, pamphlet, autre publication)
- Sont-ils mesurables? (i.e., cibles précises identifiées)
- Est-ce que tous les membres du programme s'accordent sur les objectifs? (i.e. consensus, des consultations ont eu lieu)
- A-t-on documenté les Ententes?

2. Comment le programme tente-t-il d'y arriver?

- Est-ce que des documents descriptifs sont disponibles (p. ex., modèles logiques, pamphlets, publications, etc.)
- Est-ce que des documents formels de planification sont disponibles?
- Les plans et documents du programme ont-ils été acceptés par toutes les parties?
- Les budgets et échéanciers ont-ils été établis, acceptés et approuvés?
- Quels mécanismes de rapport de progrès a-t-on établis?
- Avez-vous accès à l'information?
- Si non, avec qui communiquons-nous pour discuter les arrangements?

B. Processus/mise en oeuvre

1. Qu'a fait le programme?

- Recueillons-nous continuellement de l'information pour tous les participants?
- L'information inclut des items tels que :
 - les événements - # de participants, données démographiques
 - les ressources - produits et utilisation
 - la formation - #, composition, qualité
 - les consultations - #, nature, résultats
- Avons-nous des rapports de progrès pour tous les participants?
- Avons-nous accès aux formules d'évaluation et de rétroaction, aux dossiers, aux données des systèmes d'information?
- Comment a-t-on accès à l'information nécessaire?
- Connaissons-nous d'autres personnes qui recueillent de l'information semblable? Les avons-nous contactées? Avons-nous des ententes de partage d'information?



C. Impacts sur la communauté

1. Qui a-t-on atteint avec le programme?

- Avons-nous de l'information précise et fiable sur nos groupes clients?
- Avons-nous de l'information sur les taux de participation ou d'utilisation du programme?
- Savons-nous si d'autres recueillent de l'information sur la participation au programme?
- Développons-nous des formules d'évaluation des événements et des ressources?
- Conservons-nous des dossiers précis des consultations, des services de suivi, etc.?
- A-t-on besoin d'enquêtes auprès des clients?

2. Qu'a-t-on atteint comme résultat du programme?

- S'intéresse-t-on et demande-t-on nos produits et services?
- Quelle preuve en a-t-on?
- Est-ce que les groupes clients et les autres adoptent nos politiques, nos modèles, et nos stratégies? Quelle preuve a-t-on?
- Les clients utilisent-ils et/ou fournissent-ils de la rétroaction sur nos concepts et thèmes proposés?
- Avons-nous amélioré les capacités de nos clients face à la santé? Quelle preuve en a-t-on?
- Quelle action communautaire en est-il résultée? Peut-on l'attribuer à notre programme?
- Quelle preuve en a-t-on?

D. Contrôle face aux objectifs

1. Nous rapprochons-nous des objectifs du Programme?

- Avons-nous des données sur la fréquence de cette question? (aux niveaux local, provincial, national)
- Pouvons-nous avoir accès à des ressources (i.e. expertise) pour l'analyse de données secondaires d'enquêtes nationales ou provinciales pertinentes et d'études de ressources pertinentes?
- Avons-nous des données locales dans ces domaines?



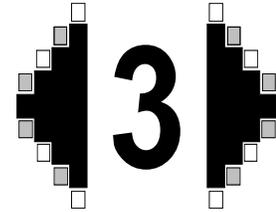
E. Efficacité du programme

1. Les programmes sont-ils efficaces?

- Avons-nous accès à de la recherche formelle d'évaluation?
- Menons-nous des études formelles de processus en évaluation?
- Faisons-nous des revues de littérature dans des domaines applicables?
- Pouvons-nous avoir accès aux compétences dans ces domaines?



Phase de transition



Quel est le but de la phase de Transition? Quelles ressources sont disponibles?

La phase de Transition est cette période où on prend beaucoup de décisions sur la manière que la communauté dirigera ses services de santé. Huit composantes du PSC sont développées pendant cette phase. Cette dernière peut durer jusqu'à neuf mois et, quand elle se termine, la plupart du PSC a été complété, un Mémoire d'Entente est signé et l'Entente de Transfert est approuvée.

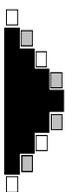
Tel qu'on l'a vu plus tôt dans le Tableau 1, du financement est disponible pour la phase de Transition :

- pour appuyer la structure en gestion de la santé (formule de 100% du financement de gestion, sur la base de neuf mois)
- pour préparer les composantes cinq à douze du PSC (15 000 \$).

Composantes du Plan de santé communautaire à compléter

Les communautés continuent à planifier comment elles géreront leurs programmes et services de santé et prépareront les huit prochaines composantes de leur PSC. Ces composantes sont :

- L'officier médical des services de santé
- L'assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle
- Les réserves de médicaments et de matériel médical
- La réserve de biens meubles
- Les procédures de confidentialité
- les mécanismes de responsabilité et de rapport
- la supervision professionnelle
- Le budget global



De plus, pendant la phase de Transition, la communauté et la DGSPNI travaillent à la finalisation de l'Entente de Transfert qui est basée en grande partie sur les 12 composantes du PSC. L'information sur la finalisation de l'Entente de Transfert se trouve à la fin de ce chapitre.



Les sections suivantes fournissent les exigences détaillées des composantes cinq à douze du PSC.

PSC-5 Officier médical des services de santé

Conformément aux règlements provinciaux de santé, chaque communauté transférée doit posséder une entente écrite d'un médecin, d'une agence ou d'une unité de santé qui agira comme Officier médical de santé (OMS) pour la communauté. La responsabilité de l'OMS est de contrôler les programmes de santé et de sécurité publiques. L'OMS doit être un médecin autorisé ayant de la formation ou de l'expérience en santé publique. Les communautés ont les choix suivants pour l'obtention des services d'un OMS:

- par le biais d'une communauté avoisinante
- par un contrat de service
- La DGSPNI continue de fournir le service après le Transfert.

Le Plan de santé communautaire devrait indiquer :

- qui agira comme Officier médical de la santé pour la communauté après le Transfert
- où l'OMS sera localisé et quand et combien de fois l'OMS sera accessible aux professionnels de soins de santé communautaire qui fournissent les premiers soins de santé
- l'estimation du coût de ce service.

On peut obtenir de l'information supplémentaire sur le travail de l'OMS dans la publication de la DGSPNI, intitulée, *L'Officier médical de la santé*.

PSC-6 Assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle

Quand le Conseil ou l'Autorité de la santé des Premières nations planifie ou dirige des programmes de santé communautaire, on exige une assurance responsabilité civile. Sous une Entente de Transfert, l'employeur des Premières nations ou inuit est légalement responsable de tout méfait ou dommage dû à ses propres activités et à celles de ses employés, y compris les professionnels, les para-professionnels, et le personnel de soutien. L'employeur doit avoir, précisément, une assurance responsabilité civile qui le couvre, lui-même, les contractants, et les employés pour des gestes dans la performance de leurs devoirs et pour les accidents sur les lieux où le programme de santé est fourni.

La couverture pour des membres de groupes d'employés comme les Représentants en santé communautaire (RSC), les Agents de santé environnementale (ASE), les conseillers de PNLAADA et le personnel de soutien en santé (commis, réceptionnistes, concierges) est habituellement fournie par le biais du Conseil ou de l'Autorité de la santé. Pour le personnel professionnel de soins de santé i.e., les infirmières, les médecins, les dentistes et les dento-thérapeutes, la couverture personnelle d'assurance responsabilité civile et contre négligence



professionnelle peuvent être disponibles à travers leurs associations professionnelles. Dans tous les cas, le Conseil ou l'Autorité de la santé doit s'assurer que tous les membres du personnel professionnel sous contrat soient enregistrés ou licenciés auprès des autorités réglementaires professionnelles provinciales et qu'ils aient de l'assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle.

Les communautés devraient aussi avoir une assurance sur la propriété, qui couvre les pertes ou dommages, ou le vol de tout bien meuble transféré à la communauté sous l'Entente de Transfert.

Pour obtenir une couverture d'assurance, le Conseil ou l'Autorité de la santé des Premières nations peut vouloir joindre un hôpital provincial ou une association de soins de santé et prendre une assurance responsabilité civile à travers cet organisme. Ce genre d'adhésion élargit aussi le réseau d'organismes de soins de santé du Conseil ou de l'Autorité de la santé.

Si ce genre d'adhésion n'est pas disponible, le Conseil ou l'Autorité de la santé devrait examiner des options de couverture directement avec des courtiers ou des compagnies d'assurance. Il est recommandé d'obtenir des prix de plusieurs compagnies avant de décider sur la couverture d'assurance finale.

Les documents d'assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle sont des parties importantes de l'ensemble de l'Entente de Transfert signée par le gouvernement fédéral. Pour plus d'information sur l'assurance, consulter la publication de la DGSPNI : *Directives sur la couverture d'assurances pour les organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent des programmes de santé sous des Accords de Transfert.*

Le PSC doit inclure :

- les détails sur le coût et la couverture des assurances responsabilité civile et contre négligence professionnelle et pour la propriété qu'on doit acheter pour le programme de santé
- le nom de la compagnie qui fournira l'assurance.

PSC-7 Réserves de médicaments et de matériel médical

On peut inclure dans l'Entente de Transfert les fonds pour les médicaments et le matériel médical utilisés dans les centres et établissements de santé. (Cette exigence varie selon la région). La communauté peut acheter des médicaments du Service de distribution de médicaments de la DGSPNI ou d'une autre source.

Pour ce qui est des réserves de médicaments et de matériel médical, le PSC doit inclure :

- qui sera responsable d'autoriser l'achat de médicaments
- les détails des politiques et procédures communautaires couvrant la commande, l'achat, la prescription, la distribution, le contrôle d'inventaire, l'entreposage et la disposition de drogues conformément aux règlements de la *Loi sur le contrôle des drogues et autres substances.*



Pour plus d'information, consultez le document de la DGSPNI, intitulé, *Le contrôle des drogues par les Premières nations sous une Entente de Transfert de service de santé.*

PSC-8 Réserve de biens meubles



Les biens meubles sont des items qui ne sont pas attachés de façon permanente à un immeuble. On peut les déplacer, en disposer ou les remplacer séparément. Ces biens incluent des articles tels que des véhicules à moteur, de l'équipement médical et de bureau et du mobilier dans les cliniques.

On peut inclure dans une Entente de Transfert tous les biens meubles d'un établissement de santé, y compris les ressources nécessaires au remplacement de ces biens, si la communauté choisit d'opérer et de voir au maintien de la facilité.

Pendant la phase de Transition, on devra compléter et inclure dans l'Entente de Transfert un inventaire détaillé, y compris une description, les numéros de série et la valeur de tous les biens meubles. Dans le cas d'une Entente multi-Bande, un inventaire séparé devrait être préparé pour chaque établissement.

La DGSPNI transfère la propriété des véhicules et de l'équipement existant aux communautés. Cela fait partie de l'Entente de Transfert. Une fois que la DGSPNI transfère les biens meubles à une communauté, celle-ci devient responsable de leur maintien et de leur remplacement. L'Entente de Transfert inclut des ressources pour assurer, opérer et maintenir ces biens, et pour les remplacer à la fin de leur vie utile.

La DGSPNI transfère aux communautés des ressources pour les biens meubles sous deux formes :

- une somme globale (une seule fois) qui représente la dépréciation accumulée de tous les biens meubles inclus dans le Transfert
- un montant représentant la dépréciation annuelle de tous les biens meubles inscrits dans l'inventaire.

Les fonds d'articles évalués à moins de 1 000 \$ font partie des fonds annuels réguliers d'opération, transférés aux communautés. Les fonds de remplacement d'items transférés à la communauté, qui ont une valeur de remplacement de 1 000 \$ ou plus, sont conservés dans une réserve séparée: "Réserve pour les biens meubles".



La Réserve pour les biens meubles (RBM)

Les ressources de remplacement de biens meubles transférés à une communauté, qui ont une valeur de remplacement de plus de 1 000 \$, sont maintenues dans un fonds de réserve séparé “La Réserve pour les biens meubles” (RBM).

- Le paiement par somme forfaitaire (pour la dépréciation accumulée) et les paiements annuels de dépréciation vont dans le RBM. Tout intérêt ou autre revenu gagné par le RBM et les recettes de vente de biens meubles doivent rester dans le RBM.
- La DGSPNI calcule les paiements de la somme globale selon une formule. Cette formule tient compte de l’âge, de la valeur de remplacement et de la vie utile du bien individuel.
- Le document de politiques de la DGSPNI, “*Le Transfert des biens meubles*”, inclut des procédures détaillées pour utiliser la formule dans le calcul des montants du paiement forfaitaire et de la dépréciation annuelle.

Paiement d’une somme forfaitaire

Le paiement d’une somme forfaitaire (une fois seulement) s’applique à tous les biens meubles à transférer à une communauté. Cette somme est égale à la dépréciation accumulée de tous les biens meubles à transférer.

Exemple :

<i>Description du bien</i>	<i>Valeur de Remplacement</i>	<i>Vie utile</i>	<i>Dépréciation annuelle</i>	<i>Âge du bien</i>	<i>Calcul de la somme globale</i>
<i>Ordinateur</i>	<i>2,500.00 \$</i>	<i>5 ans</i>	<i>500.00 \$</i>	<i>3 ans</i>	<i>1500.00 \$</i>

La DGSPNI transfère un ordinateur de trois ans à une communauté. La valeur de remplacement est de 2,500 \$. La dépréciation accumulée sur l’ordinateur a été calculée à 1,500 \$. Alors la DGSPNI transférerait l’ordinateur et la dépréciation accumulée de 1,500 \$ à la communauté, i.e. la somme forfaitaire de 1,500 \$ en plus de la dépréciation annuelle de 500 \$ pour les 2 prochaines années fourniraient suffisamment de fonds pour remplacer l’ordinateur au bout des 5 ans de sa vie utile.

Le même principe s’applique à tout bien meuble transféré et le paiement total de la somme forfaitaire égalerait la dépréciation totale accumulée de tous ces items. Le paiement total de la somme forfaitaire doit aller dans le RBM de la communauté.

Paiement de la dépréciation annuelle

Un paiement annuel est fait à la communauté pour la dépréciation annuelle des biens meubles évalués à plus de 1,000 \$. Ce paiement doit aussi aller dans le RBM de la communauté.

(L’Annexe F, Budgets et prévisions de cash-flow, illustre le RBM comme faisant partie du budget de la communauté).



PSC-9 *Procédures de confidentialité*

L'Entente de Transfert inclut des clauses touchant le respect de la confidentialité de l'information personnelle de nature médicale ainsi que des clauses qui assurent le respect par la communauté de l'information confidentielle ayant trait aux affaires du gouvernement fédéral, et le respect par le gouvernement pour l'information confidentielle concernant les affaires de la communauté.

Le PSC doit décrire le système que la communauté entend utiliser pour assurer la confidentialité de l'information médicale sur les patients. Le PSC doit précisément montrer comment la communauté maintiendra la sécurité des dossiers médicaux, qui en sera responsable, qui aura accès aux dossiers médicaux. Les lignes directrices de politiques pour le personnel peuvent aider celui-ci en ce qui a trait à la confidentialité en incluant ces procédures. La communauté devrait consulter leur conseiller légal concernant les exigences de la loi sur l'information applicable qui peut gouverner les procédures d'utilisation, de rétention et de conservation de l'information médicale.

Bien que l'intention soit de renouveler les Ententes de Transfert à l'expiration, si une Entente se termine, la responsabilité de la gestion et de la prestation des programmes et services de santé retournerait à la DGSPNI. À ce moment-là, le Ministre aurait effectivement le contrôle de tous les dossiers, y compris les dossiers médicaux concernant la prestation des programmes et services de santé.

PSC-10 *Mécanismes de responsabilité et de rapport*

Cette composante du PSC décrit comment la communauté s'assurera que des rapports sur les programmes de santé soient préparés pour les membres de la communauté et pour les fins de la DGSPNI. Le document de politiques sur les "Lignes directrices sur les rapports et la vérification" est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.

Les mécanismes de rapport suivants sont en place :

- un rapport annuel à la communauté de la Première Nation ou inuit
- une vérification financière annuelle
- un rapport annuel sur la prestation des programmes obligatoires
- un rapport d'évaluation à tous les cinq ans

Le PSC doit inclure de l'information sur la manière que les rapports suivants seront préparés :

- A. Rapport annuel à la communauté
- B. Rapport annuel au Ministre
- C. Rapport d'évaluation



A. Le Rapport annuel à la communauté

Sous le Transfert, les membres de la communauté tiendront leurs dirigeants responsables du succès des programmes de santé dans l'attente de ce qu'ils étaient supposés atteindre, et de s'assurer que chaque personne de la communauté ait un accès juste et égal aux services de santé. L'Entente de Transfert exige que l'Autorité/le Conseil de la santé fasse chaque année aux membres de la communauté un rapport sur l'opération et les résultats des programmes de santé. Le rapport annuel contiendra spécifiquement l'information suivante :

- un résumé des programmes et services de santé
- des données sur les opérations et les résultats du service
- une explication sur toute déviation du Plan de santé communautaire
- un exemplaire du rapport de vérification financière.

Le rapport devrait être disponible à toute la communauté et à la DGSPNI.

Le PSC devrait aussi décrire le processus pour s'occuper des plaintes et des appels des membres de la communauté au sujet des programmes de santé.

B. Le Rapport annuel au Ministre

La communauté doit fournir un rapport annuel au Ministre et ce, dans les 120 jours suivant la fin de chaque année fiscale. Il doit contenir l'information suivante :

- Une vérification financière des programmes et services de santé, qui examine la capacité des contrôles financiers et qui certifie que l'on a suivi de bons principes de comptabilité.
- Un rapport sur la prestation des programmes obligatoires tel que précisé dans la section PSC-3 de ce Guide.
- Une copie du rapport annuel aux membres de la communauté tel que mentionné plus haut.

C. Le Rapport d'évaluation

L'Entente de Transfert exige que l'on complète une évaluation à tous les cinq ans et qu'elle soit réalisée dans la quatrième année de la période du Transfert. On cherche à évaluer l'efficacité des programmes et services de santé communautaire (selon le PSC actuel) et à déterminer tout changement dans l'état de santé des membres de la communauté.

Les communautés commencent à planifier l'évaluation de leurs programmes de santé lors de la phase de Planification préalable au Transfert (voir PSC-4) lorsqu'elles précisent les items suivants :

- les programmes et activités qu'elles comptent mener
- les buts et objectifs de chacun



- les indicateurs qu’elles utiliseront dans leurs évaluations pour mesurer jusqu’à quel point les programmes rencontrent leurs objectifs
- les dossiers quotidiens et autre information d’évaluation (données) que le personnel recueille pendant le fonctionnement des programmes.

Le PSC devrait relier les objectifs, les plans et les priorités communautaires à l’évaluation

PSC-11 *Supervision professionnelle*

L’accès à la supervision professionnelle pour tous les employés professionnels de la santé est une exigence essentielle du Transfert des Services de santé. Le Plan de santé communautaire doit inclure de l’information détaillée sur la manière que la supervision professionnelle sera fournie aux employés, y compris les infirmières, les agents de santé environnementale et les dento-thérapeutes. Le Plan devrait indiquer :

- où, quand et combien de fois cette supervision sera fournie à chaque professionnel de la santé
- l’estimation du coût de chaque service
- qui fournira le service
- le genre de supervision professionnelle qui sera fournie.
- le personnel de soins de santé qu’il supervisera .

Les communautés peuvent avoir accès à ces services à partir des sources suivantes :

- une unité de santé locale ou provinciale
- une association provinciale d’infirmières
- le personnel professionnel de la santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
- le propre personnel professionnel de la communauté (employé ou sous contrat)
- d’autres sources qui peuvent être disponibles.

La supervision professionnelle est exigée comme suit :

Professionnel de la santé	Exige la supervision professionnelle de :
Infirmière en santé communautaire	Infirmière supérieure qualifiée
Infirmière dans un rôle élargi	Infirmière supérieure qualifiée; consulte le médecin pour les soins au patient
Officier en santé environnementale	Inspecteur diplômé en santé publique
Dento-thérapeute	Dentiste autorisé



Supervision et arrangement spécial d'échange

L'arrangement spécial d'échange a été mis en place pour permettre aux communautés d'inclure, comme faisant partie de leur équipe de santé communautaire, des professionnels de la santé non reconnus d'après certaines Lois provinciales sur la santé. Ceux-ci incluent les dento-thérapeutes et les infirmières qui travaillent dans un rôle élargi.

Sous l'arrangement spécial d'échange, des participants sont nommés à des postes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (à terme ou indéterminés) par le biais d'une lettre d'Entente d'Échange Canada pour les dento-thérapeutes et les infirmières qui oeuvrent dans un rôle élargi. Ces professionnels de la santé fonctionnent comme membres de l'équipe de santé communautaire sous la direction quotidienne de l'Autorité de santé de la communauté. La supervision professionnelle peut être fournie par le personnel de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits ou d'autres professionnels de santé appropriés.

PSC-12 Budget complet

Le Plan de santé communautaire devrait inclure un budget annuel détaillé et des prévisions de "cash-flow" pour diriger et offrir chaque service de santé à la communauté. Ce budget est basé sur des discussions avec la DGSPNI à propos des coûts de prestation de l'ensemble de programmes à transférer (Consultez l'Annexe F pour les lignes directrices d'un budget et la prévision de "cash-flow").

Sous le Transfert, une communauté reçoit du financement global pour couvrir les coûts de prestation des programmes de santé transférés et on s'attend à ce qu'elle dirige ses priorités de santé changeantes, d'après le budget global fourni. Cela peut signifier le déplacement des ressources d'un domaine de programme à un autre.

La communauté reçoit un montant de budget pour couvrir le coût de la prestation de l'ensemble des programmes chaque année. Le montant transféré inclut :

- des fonds de programme calculés selon le budget de programme approuvé de la DGSPNI pour la communauté à la communauté, la zone, et les niveaux régionaux (là où ça s'applique).
- des fonds pour les coûts associés à la gestion générale, à la comptabilité, à l'assurance responsabilité civile, à l'espace de bureau pour le personnel, à la formation d'employés, au remplacement d'équipement et à la vérification annuelle; le montant pour réaliser cette vérification est calculé comme un pourcentage des dépenses totales du programme pour une année donnée.
- des fonds pour couvrir la structure en gestion de la santé au niveau communautaire. Consultez l'Annexe C pour la formule de financement de la gestion de la santé.

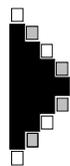
L'Annexe D fournit un résumé des aspects financiers à travers le processus de Transfert, de la phase de planification jusqu'à la mise en oeuvre et plus.



Si le besoin se fait sentir, le budget de base de l'Entente peut être ajusté par la DGSPNI. Ces ajustements peuvent refléter des augmentations approuvées par la DGSPNI pour les programmes et services qui sont transférés. On peut aussi faire des ajustements sous de nouvelles initiatives de programme.

Voici quelques points supplémentaires que la communauté peut considérer dans la préparation de son PSC :

- Les communautés peuvent conserver tout fonds non dépensé et l'utiliser pour des activités reliées à la santé.
- Les communautés sont responsables de tout déficit.
- Les communautés doivent engager des vérificateurs indépendants pour faire les vérifications financières annuelles.
- Les communautés peuvent déplacer des fonds d'un budget de programme à un autre selon leurs propres priorités en santé en autant qu'elles continuent à rencontrer les exigences de programme obligatoire. Cependant, l'intégrité de la Réserve des biens meubles doit être maintenue pour être sûr que les besoins en capitaux de la communauté sont assurés. L'usage des fonds de la RBM est sujet à vérification et il doit être logique avec le but de la RBM.



Le Transfert offre de la flexibilité dans le réaménagement des ressources parmi les domaines de programme. Pour affronter les défis du changement de priorités en santé, les communautés peuvent traiter plus stratégiquement de leur budget global de santé plutôt que de gérer sur la base de programmes et de lignes de budget individuels.

Travail sur le Mémoire d'Entente et l'Entente de Transfert des services de santé

Pendant la phase de Transition, la communauté et la DGSPNI préparent l'Entente de Transfert des services de santé. Avant qu'une communauté puisse commencer les discussions avec la DGSPNI sur l'Entente de Transfert, elle doit avoir :

- un PSC partiellement complété (les 4 premières composantes)
- la permission formelle ou l'autorisation de ses membres (sous forme de Résolution de Conseil de Bande ou toute autre forme d'approbation qui convienne à la (aux) bande (s) ou au (x) groupe(s) inuit qui accorde(nt) l'approbation pour travailler avec la DGSPNI à la finalisation d'une Entente de Transfert basée sur le PSC partiel.
- désigné le Chef et le Conseil, ou le Coordonnateur de santé (ou quelqu'un occupant un poste supérieur sur le Conseil de santé ou le Comité de santé qu'ils désignent) pour représenter la communauté dans les discussions avec la DGSPNI.

La finalisation de l'Entente de Transfert implique toute une gamme de questions sur le programme et les finances. Le Bureau régional de la DGSPNI et la communauté doivent accepter la façon de négocier ces questions avant qu'une Entente de Transfert puisse être signée.



Les deux événements ou étapes clés sont :

- La DGSPNI et la communauté signent un Mémoire d'Entente
- La DGSPNI et la communauté signent l'Entente de Transfert.

Pour plus de détails sur la préparation de l'Accord de Transfert, consultez *Procédures de discussion, d'approbation et de signature d'Accord de contribution de la DGSPNI*.

A. Le Mémoire d'Entente

Le Mémoire d'Entente est développé conjointement par des représentants du Bureau régional de la DGSPNI et de la communauté. Le Mémoire oriente le processus menant à une Entente de Transfert. C'est un pont ou un lien entre le PSC et l'Entente de Transfert finale. Des questions typiques du Mémoire incluent tout sujet qui ne faisait pas partie du PSC ou qui exige des décisions administratives par la DGSPNI à cause d'autres ententes (fédérale ou provinciale) ou politiques connexes. Le Mémoire établit aussi un échéancier pour la préparation, la révision, l'approbation et la signature de l'Entente de Transfert. Consultez l'Annexe G pour un exemple de Mémoire.

B. L'Entente de Transfert

1. Choix d'Entente

La communauté a le choix de signer une Entente de Transfert des services de santé avec Santé Canada ou de signer une Entente multi-ministérielle connue sous le nom de l'Entente de financement Canada/ Premières nations (EFCPN).

L'EFCPN est un mécanisme de financement que les Premières nations peuvent utiliser si elles désirent avoir une entente qui inclut plusieurs programmes de ministères fédéraux, résultant ainsi en un nombre réduit d'ententes et en un fardeau administratif moins lourd pour les Premières nations et les ministères fédéraux. Les Premières nations qui ne désirent pas avoir une Entente multi-ministérielle peuvent continuer leurs ententes individuelles avec Santé Canada.

L'EFCPN est structurée de manière à ce que tous les ministères fédéraux puissent participer à l'usage d'une EFCPN en incluant des conditions et termes précis (p.ex. Échéancier de Santé Canada) appropriés au ministère fédéral en question. Il n'y a pas de transfert de responsabilité de programme entre les ministères fédéraux.

Des ententes normalisées comme l'EFCPN simplifient l'environnement opérationnel des Premières nations. L'Entente utilise des autorisations et des systèmes de gestion uniformes, rationalise les pratiques administratives et améliore la responsabilité en ce qui a trait à l'impact collectif du financement fédéral sur les Premières nations.

Les agents responsables du Transfert à la DGSPNI peuvent expliquer les mérites des choix de Transfert et la communauté décide de l'option qu'elle préfère.



2. Que couvre l'Entente de Transfert?

L'Entente de Transfert est un document légal. Il formalise la relation entre la communauté et la DGSPNI en termes de prestation des programmes et Services de santé et établit les modalités de l'arrangement entre les deux parties dans ce domaine.

La DGSPNI utilise la même formule, le modèle national d'Entente de Transfert, pour toutes les communautés Premières nations ou les Inuits qui souhaitent signer une Entente de Transfert de services de santé. En termes généraux, l'Entente couvre les points suivants :

- les ressources de programme à transférer
- la durée de l'Entente
- l'information financière
- l'exigence de vérification et de rapports
- les exigences d'évaluation
- la confidentialité
- la responsabilité et l'indemnisation
- l'échange spéciale et le recouvrement de coûts
- la cessation
- l'intervention
- le processus de résolution de dispute
- les biens immeubles
- les réserves de médicaments et de matériel médical
- Des clauses sur les droits du traité autochtone et les réclamations de terre
- les Dispositions spéciales et les lois qui s'appliquent
- les budgets et les prévisions de "cash-flow"
- les programmes obligatoires et leurs exigences de rapport
- les inventaires des biens meubles et immeubles

Le modèle national d'Entente de Transfert (entente standard) est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.

3. Finalisation de l'Entente de Transfert

Après la signature du Mémoire d'Entente, des discussions se font à intervalles réguliers. On en vient à des décisions selon les questions et l'échéancier du Mémoire. Pour d'autres détails sur la préparation de l'Accord de Transfert, consultez *Procédures de discussion, d'approbation et de signature d'Accord de contribution de la DGSPNI (2003)*.



4. Révision et approbation de l'Entente de Transfert

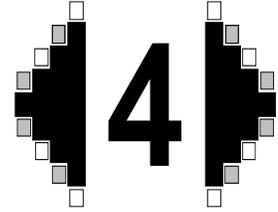
En général, le processus de révision et d'approbation implique les étapes de base suivantes :

- La DGSPNI et la communauté examinent et acceptent une ébauche d'Entente, basée sur le modèle national de la DGSPNI. L'ébauche d'Entente peut contenir des clauses supplémentaires que la DGSPNI et la communauté acceptent, en se basant sur des questions uniques pertinentes au Transfert mais qui ne sont pas déjà couvertes dans le modèle.
- L'Entente complétée est envoyée aux Bureaux régionaux et national de la DGSPNI pour révision et approbation.
- Quand le Chef et le Conseil et les représentants de la DGSPNI ont révisé, approuvé et signé l'Entente, cette dernière orientera les arrangements à travers lesquels la communauté opérera ses programmes de santé.
- Une Entente de Transfert dure de 3 à 5 ans. L'Entente sera renouvelée à la fin de cette période selon une entente mutuelle entre la DGSPNI et la communauté.

Les cérémonies officielles de signature et les communiqués de presse exigent de la coordination entre la communauté et les Bureaux régionaux de la DGSPNI.

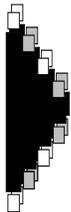


Phase de Mise en oeuvre



Qu'est-ce que la phase de Mise en oeuvre? Quelles ressources sont disponibles?

La phase de Mise en oeuvre réfère à la première année de mise en oeuvre de l'Entente de Transfert. La communauté met en oeuvre son plan de prestation de services et de programmes de santé, tels que décrits dans son PSC et reçoit le montant annuel basé sur le "cash flow" sur lequel on s'est entendu dans l'Entente de Transfert. En plus de leur budget continu pour les programmes, la communauté reçoit du financement (une fois seulement) pour compléter les trois composantes finales du PSC comme suit :



<i>Plan de formation</i>	\$2,000
<i>Plan de préparation aux urgences</i>	\$5,000
<i>Plan d'évaluation</i>	\$11,000

Tel que mentionné plus tôt, le Plan de formation et le Plan de préparation aux urgences peuvent être complétés pendant la phase de Transition. Consultez l'Annexe D pour un résumé des aspects financiers du Transfert, y compris le financement fourni durant toute la période de l'Accord.

Composantes du Plan de santé communautaire à compléter

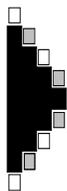
PSC-13 Plan de formation

Bien que des communautés emploient des professionnels formés, ces personnes ont besoin de formation continue et de cours de rappel pendant leur carrière pour être à jour et améliorer leurs compétences et leur expertise. De la formation périodique assure que du personnel qualifié sera disponible pour diriger et offrir des services de santé. Pendant la première année de Mise en oeuvre, les communautés doivent développer un plan de formation pour le personnel impliqué dans la prestation de soins de santé de base. Le plan de formation devient une composante du PSC.

La plupart du personnel professionnel a régulièrement besoin de formation pour donner des soins spécialisés et pour rester certifié dans son domaine. Par exemple :



- Les infirmières qui oeuvrent dans des communautés isolées, dans un rôle élargi, doivent recevoir de la formation sur les milieux éloignés ou en compétences cliniques.
- Les infirmières en santé communautaire devraient recevoir de la formation appropriée en promotion de la santé, en prévention de la maladie, et en santé publique.
- Les infirmières qui vaccinent les membres de la communauté doivent satisfaire aux règlements provinciaux pour ce qui est de se garder à jour dans leurs connaissances et compétences.
- Tous les agents de santé environnementale doivent posséder un Certificat d'Inspection en santé publique (Canada) émis par l'Institut canadien des inspecteurs en santé publique.



Le Plan de formation devrait contenir la liste des différentes catégories de travailleurs identifiés dans le PSC, énoncer les responsabilités de travail pour chaque catégorie, et indiquer comment et où sera offerte la formation pour chaque catégorie.

Cette composante du PSC :

- décrit les exigences immédiates et à long terme de formation du personnel de soins de santé et du Conseil de santé.
- identifie les priorités de formation
- indique comment et où sera offerte cette formation et le coût du programme de formation, chaque année. Si ces coûts seront partagés avec un autre ministère ou agence, le plan de formation devrait indiquer qui partagera le coût, et le montant que l'organisme (ou les organismes) contribuera.

Les communautés peuvent vouloir développer une politique sur le développement professionnel. La politique devrait dire aux employés quels genres de formation seront soutenus, combien l'employeur contribuera au coût de cette formation, et comment appliquer pour obtenir de l'aide financière.

PSC-14 *Plan de préparation aux urgences*

Le PSC doit inclure de l'information sur la manière qu'une communauté se propose de répondre à des catastrophes importantes comme des incendies, des inondations et des épidémies. Ce Plan communautaire de préparation aux urgences doit définir le rôle que le personnel de santé et médical jouerait pour s'occuper des blessures et de la maladie dans une situation d'urgence.

Les organismes fédéraux et provinciaux partagent la responsabilité pour des questions ayant trait à la préparation pour les urgences et à la façon d'y répondre. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien est responsable de la planification des réponses aux urgences dans les communautés des Premières nations. Les responsabilités d'une communauté, sous le Transfert, incluent le développement d'un plan pour fournir une réponse d'urgence coordonnée et efficace pour toute la communauté.



Toutes les agences listées ci-dessous devraient être impliquées d'une façon ou d'une autre afin d'aider la communauté à développer des plans de préparation aux urgences et à coordonner la formation communautaire pour s'occuper de diverses urgences :

- DGSPNI
- Organismes provinciaux de mesures d'urgence (OPMU)
- Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC)

Que devrait inclure le PSC sur la préparation communautaire aux urgences?

Le PSC devra inclure un plan de préparation aux urgences, fournissant l'information suivante :

- le nom du coordonnateur, la personne responsable de la coordination et de la direction des services d'urgence dans la communauté
- les circonstances où l'on doit activer le Plan communautaire de préparation aux urgences, p. ex., quand des catastrophes importantes comme des incendies, des inondations et des épidémies causent ou pourraient causer des problèmes de santé.
- les contacts importants à informer en cas d'urgence:
 - les travailleurs locaux en soins de santé ou les autres travailleurs
 - les agences externes (OPMU, hôpitaux, MAINC, Officier médical de santé)
 - les résidents de la communauté
 - le moyen de transport et la personne à contacter
 - au site d'urgence
 - du site d'urgence
 - au centre de traitement
 - pour évacuer la communauté
 - les contacts pour des urgences médicales
 - contact sur place pour des soins immédiats
 - contact pour prendre des arrangements de soins définitifs, i.e. soins médicaux complets après une catastrophe ou une urgence, y compris une évacuation médicale et pour raison de santé, s'occuper des cas de maladies contagieuses et apporter du soutien psychologique.
- la communication i.e. dispositions pour assurer la communication et avoir la personne à contacter pour les communications:
 - entre le coordonnateur du transport et le site d'évacuation désigné
 - entre le site d'urgence et le centre de traitement
 - à l'intérieur de l'équipe de réponse
 - entre l'hôpital et le site d'urgence
 - avec les résidents de la communauté



- liste d'ententes avec d'autres agences pour les urgences
- formation
 - si la communauté aura besoin de formation pour répondre aux urgences
 - qui va la donner et la payer.

PSC-15 *Plan d'évaluation*

L'Entente de Transfert exige qu'une évaluation soit complétée à tous les cinq ans et qu'elle soit réalisée dans la quatrième année de la période de Transfert. Elle vise à déterminer l'efficacité des programmes de santé communautaire et des objectifs (selon le PSC actuel) et tout changement dans l'état de santé des membres de la communauté.

Les communautés commencent à planifier l'évaluation de leurs programmes de santé pendant la phase de Planification préalable au Transfert (voir PSC-4) quand elles précisent les items suivants :

- les programmes et activités qu'elles entendent mener
- les buts et objectifs de chacun et chacune
- les indicateurs qu'elles utiliseront dans leurs évaluations pour mesurer le succès des programmes à rencontrer les objectifs.
- les dossiers quotidiens et d'autre information d'évaluation (données) que le personnel rassemble pendant le déroulement des programmes.

L'évaluation résultera dans la production d'un rapport qui sera fourni à la communauté et au Ministre avant la fin de chaque période de cinq ans du Transfert.

Ce que devrait inclure le PSC sur l'évaluation

Les Ententes de Transfert exigent que les communautés évaluent l'efficacité de leurs programmes et services de santé communautaire (selon le PSC actuel) et déterminent tout changement dans l'état de santé des membres de la communauté. La composante d'évaluation du PSC décrit comment la communauté entend utiliser des données qu'elle recueille pour évaluer l'efficacité de ses programmes de santé. Le Plan d'évaluation devrait aussi indiquer quand l'évaluation sera réalisée et complétée.

La brochure, *Un Guide d'évaluation des programmes de santé pour les Autorités de santé des Premières nations et des Inuits*, disponible dans les Bureaux régionaux de la DGSPNI, fournit de l'information de base sur l'évaluation incluant les objectifs du programme, les indicateurs, les données et la planification d'évaluation et le rapport. Elle décrit aussi comment établir des programmes de santé communautaire pour faciliter la tenue de dossiers et la collecte d'information pour évaluer plus tard l'efficacité du programme.

Le Plan d'évaluation inclut les composantes suivantes :



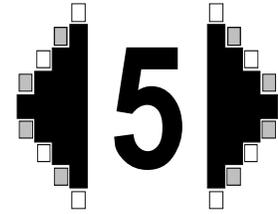
- Les termes de référence pour l'évaluation i.e., quels programmes et activités elle examinera
- les questions que l'évaluation posera sur les programmes
- comment sera faite l'évaluation i.e., l'approche ou la méthode à utiliser
- les indicateurs et les sources de données i.e., quels événements ou changements seront utilisés pour indiquer le degré de succès et quels dossiers doivent être conservés pour le démontrer.
- un plan de travail et un échéancier pour réaliser l'évaluation.

La DGSPNI fournit du financement pour faire les évaluations de programmes. Le financement d'évaluation est habituellement environ 5% des coûts des programmes et activités avec un montant minimum et maximum. Consultez l'Annexe D pour obtenir plus d'information sur le financement de l'évaluation.

Après le Transfert - Le Nouvel Environnement

Guide 3 - Après le Transfert - Le Nouvel Environnement, fournit de l'information sur ce qui se produit après le Transfert, y compris les rôles et responsabilités, les exigences de rapport, les vérifications financières et le renouvellement du Transfert.





Les Ententes de Transfert multi-communautaire

Un groupe de communautés peuvent travailler ensemble à la planification, à la gestion, et à la prestation des programmes et services de santé à leurs membres. Ensemble, le groupe mène l'évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC) pour tous ses membres, et établit une structure en gestion de la santé et un Plan de santé communautaire (PSC). Le PSC devrait préciser les services à être fournis aux communautés individuelles, lesquels de ces services seront fournis par les communautés individuelles et lesquels par le groupe multi-communautaire et à quelle fréquence les services seront fournis.

Les détails du financement des activités de planification sont fournis dans le Tableau 1. Dans la phase de planification préalable au Transfert, le financement (une fois seulement) pour les groupes multi-communautaires est déterminé comme suit :

- ▶ **Évaluation des besoins en santé communautaire** : le financement est calculé selon la formule de l'Annexe A qui utilise la population totale des communautés participantes.
- ▶ **Développement d'un Plan de santé communautaire** : le financement précisé dans le Tableau 1 sert au développement d'un PSC pour toutes les communautés participantes.
- ▶ **Formation préalable au Transfert** : le financement précisé dans le Tableau 1 est fourni à chaque communauté du groupe.
- ▶ **Structure en gestion de la santé** : le financement est calculé en utilisant la formule de 50% de l'Annexe B. Le montant total fourni au groupe multi-communautaire pour sa structure en gestion de la santé est calculé en appliquant la population de chaque communauté à la formule et en prenant ensuite la somme de ces montants.

Dans les phases de Transition et de Mise en oeuvre, le financement de la structure en gestion de la santé est calculé en utilisant la formule de 100% de l'Annexe C. Encore une fois, le montant total fourni au groupe multi-communautaire pour sa structure en gestion de la santé est calculé en appliquant la population de chaque communauté à la formule et en prenant ensuite la somme de ces montants. Pendant la phase de Transition, le financement de la structure en gestion de la santé est calculé sur la base de 9 mois.

Quand une Entente de Transfert est signée avec un groupe multi-communautaire, la responsabilité de la gestion de l'Entente revient au groupe, que le groupe fournisse ou non tous les services directement. La responsabilité de résoudre les différends dans le groupe revient à



toutes les communautés qui sont parties de l'Entente. Un processus de solution des différends devrait être développé par chaque groupe multi-communautaire.

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 ces services fournis au niveau régional ou de zone, respectivement. Généralement, les services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau sont des services de coordination, consultation et supervision par rapport aux services communautaires directs (1^{er} niveau).

Les postes typiques qui, dans une Région, fournissent des services de 2^{ième} et 3^{ième} niveau aux communautés incluent les suivants. Les postes peuvent varier quelque peu d'une Région à l'autre.

- ▶ Dentiste régional
- ▶ Nutritionniste régional
- ▶ Coordonnateur en santé communautaire
- ▶ Conseiller en médecine communautaire
- ▶ Infirmière régionale
- ▶ Infirmière régionale adjointe
- ▶ Infirmière régionale - Épidémiologie
- ▶ Coordonnateur régional de PNLAADA
- ▶ Coordonnateur de "Grandir ensemble"
- ▶ Agent régional en santé environnementale
- ▶ Agent de zone en santé environnementale
- ▶ Agent régional en éducation sanitaire
- ▶ Infirmière de zone
- ▶ Conseiller de zone pour PNLAADA
- ▶ Conseiller représentant de zone en santé communautaire
- ▶ Agent de développement communautaire
- ▶ Agent d'entretien
- ▶ Concierge

Certaines communautés peuvent décider de ne pas transférer les services de 2^{ième} et de 3^{ième} niveau et, dans ces cas, une autre organisme des Premières nations ou des Inuits ou la DGSPNI fournira ces services au nom de la communauté. Une communauté ou un groupe de communautés qui a démontré la capacité d'offrir les services de 2^{ième} et de 3^{ième} ligne peut considérer le transfert des services obligatoires et non obligatoires des services de 2^{ième} et 3^{ième} ligne comme faisant partie de leur Entente de Transfert.

Si les communautés décident qu'un autre organisme dirigera, en leur nom, les services de 2^{ième} et 3^{ième} ligne, la Politique de Transfert de ces services s'appliquera. Cette politique est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.



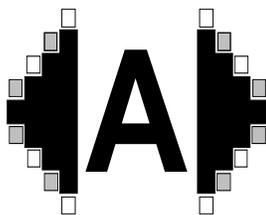
Qu'en est-il des services fournis sous le programme de bénéfiques de santé non assurés?

Le Cadre de Transfert et les autorisations connexes du Conseil du Trésor pour le programme de bénéfiques de santé non assurés (BSNA) sont actuellement en développement. En 1997, beaucoup de communautés se sont lancées dans des projets pilotes sur le Programme de bénéfiques de santé non assurés (BSNA) qui seraient évalués conjointement par les Premières nations et la DGSPNI. Les résultats des projets pilotes serviront à l'élaboration d'une politique de Transfert des BSNA. La DGSPNI veut présentement obtenir l'autorisation du Conseil du Trésor pour transférer tout le programme de services du BSNA. On développe présentement un guide qui sera publié une fois qu'on aura finalisé les autorisations appropriées et le cadre de programme.

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

Les Centres de traitement du Programme national de lutte contre l'alcool et les autres drogues chez les Autochtones (PNLAADA) et le Programme national de traitement de l'abus des solvants chez les jeunes (PNTASJ) sont des programmes de traitement résidentiel non médical financés par la DGSPNI. Le premier transfert d'un programme de Centre de traitement du PNLAADA s'est produit en 1993. Le processus de transfert de ces programmes de traitement diffère des autres programmes et services de santé. Pour les programmes de traitement, l'initiative de transfert implique un transfert administratif entre la DGSPNI et le récipiendaire incorporé du centre de traitement, par rapport à un transfert communautaire avec une Bande ou un Conseil de tribu. La politique sur le transfert des programmes de traitement de l'abus d'alcool, des autres drogues et des solvants chez les jeunes est disponible aux Bureaux régionaux de la DGSPNI.





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

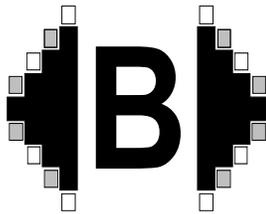


Annexe A

Formule servant à déterminer le financement de l'évaluation des besoins en santé communautaire dans l'Approche de Transfert

Population	Fonds disponibles pour 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 de soutien à la gestion de la santé lors de la phase de planification préalable au Transfert



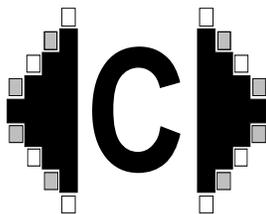
Annexe B

Formule du 50% pour déterminer les fonds annuels de soutien à la gestion de la santé lors de la phase de planification préalable au Transfert

Population*		(C) Pour les premiers	Montant pour la population indiquée dans colonne (C)	Pour chaque membre additionnel
De	À			
0	100	SA	Populations de moins de 100 : montant du 50% de \$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 fourni pour appuyer la gestion est ajustée par un facteur d'éloignement pour compenser les désavantages causés par l'isolement d'une communauté.





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



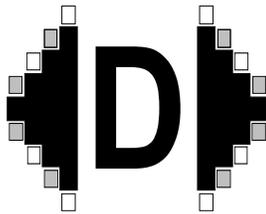
Annexe C

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

Population*		(C) Pour les premiers	Montant pour la population indiquée dans colonne (C)	Pour chaque membre additionnel
De	À			
0	100	SA	Pour populations de moins de 100 : montant de financement du 100% 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 portion (80%) du financement fourni pour appuyer la gestion est ajustée par un facteur d'éloignement pour compenser les désavantages causés par l'isolement d'une communauté.





***Aspects financiers du Transfert :
De la planification jusqu'à la Mise en oeuvre***



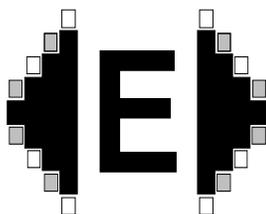
Aspects financiers du Transfert : De la planification jusqu'à la Mise en oeuvre

Phase	Item	Financement
Planification préalable au transfert	Gestion de la santé Financement et formation	50% de la formule de gestion de la santé (par communauté) 10 000,00 \$ pour la formation (par communauté) (une fois seulement)
	Évaluation des besoins en santé communautaire (EBSC)	38 000,00 \$ to 96 000,00 \$ (par projet) (formule du Tableau EBSC, une fois seulement)
	Développement du Plan de santé communautaire (4 premières composantes)	9 000,00 \$ (par projet) (une fois seulement)
Transition	Financement de la gestion de la santé	100% de la formule de gestion de la santé basée sur 9 mois (par communauté) (100% de la formule du tableau de gestion de la santé)
	8 composantes du PSC	15 000,00 \$ (par projet : une fois seulement)
Mise en oeuvre (Financement une fois seulement)	3 composantes du PSC - plan d'évaluation	(par projet) 11 000,00 \$ (une fois seulement)
	- plan de formation	2 000,00 \$ (une fois seulement)
	- plan de préparation aux urgences	5 000,00 \$ (une fois seulement)
Mise en oeuvre Continu durant la période de l'Entente de Transfert	Coûts de départ	paiement, une fois seulement, basé sur le montant total du Transfert: - 5% sur les premiers 300,000 \$ plus - 1% sur le montant qui reste
	Financement de la gestion de la santé	100% de la formule de gestion de la santé (par communauté)
	Rapport d'évaluation	30 000,00 \$ à 80 000,00 \$ (5% des coûts annuels de programme) en une somme globale ou au prorata sur la période d'Entente de Transfert
	Mise à jour du plan d'évaluation	3 500,00 \$ pour chaque Entente de Transfert, renouvellement aux 5 ans
	Coûts du programme	Dépenses actuelles de programmes pour les services distribués par la DGSPNI et grâce aux contributions
	Coûts du programme	Salaires et bénéfices du personnel qui donne des services directs en santé, du personnel de soutien, du personnel des Régions et des Zones qui fournit ou appuie les services de santé dans les communautés
	Coûts de personnel	Établissement de santé (p. ex.. Centres de santé, postes d'infirmières)



Phase	Item	Financement
	Coûts d'opération et d'entretien	Installations de santé (p.ex. Centres de santé, postes de soins infirmiers)
Mise en oeuvre (suite)	Gestion	Incluant: - Frais généraux de base (déterminés selon la formule, habituellement 5% à 15%). - Espace de bureau pour les employés qui travaillent en dehors de l'établissement de santé (environ 4 327,00 \$ par employé avec ajustement pour l'éloignement). - Coûts de vérification (0,5% du total de fonds transférés à la communauté. Un devis plus élevé peut être acceptable s'il est envoyé au BC et s'il est raisonnable, considérant le montant de l'Accord et la nature de les services).
	Réserve de biens meubles	Un paiement d'une somme globale (une fois seulement) fait lors de la signature de l'Accord de Transfert pour couvrir la dépréciation accumulée jusqu'à présent, plus le paiement d'une dépréciation annuelle déterminé selon la formule.
	Ajustements pour l'éloignement et l'environnement	Basé sur les facteurs d'éloignement et d'environnement
	Assurance responsabilité civile	Coûts actuels de l'assurance responsabilité civile
	Formation des employés	2 000,00 \$ par employé à temps plein (équivalent d'un employé à temps plein)
	Recrutement, incluant la publicité et le déplacement	2 000,00 \$ pour l'engagement d'une infirmière, ajusté selon l'éloignement
	Marge de sécurité	une marge de 10% calculée d'après le total des allocations ci-dessus, à l'exception de "Grandir Ensemble", des soins au foyer, de la santé mentale et de l'abus des solvants (marge déjà incluse). Les allocations de ces programmes s'ajoutent au total après que la marge ait été calculée.





***Guide des Structures en gestion de la santé
pour les Premières nations***



**Guide des Structures en gestion de la santé
à l'intention des communautés des Premières
nations et des Inuits**

TABLE DES MATIÈRES

LES STRUCTURES EN GESTION DE LA SANTÉ	1
Introduction	1
Le système canadien de soins de santé	1
Les services de santé intégrés	1
Domaines de contrôle et responsabilité	2
GENRES DE STRUCTURES EN GESTION DE LA SANTÉ	3
Structure en gestion de la santé	3
Coordonnateur/Directeur de santé	3
Comité de santé	3
Conseil de santé/Expert	3
ÉTABLISSEMENT D'UN CONSEIL/AUTORITÉ DE SANTÉ POUR LES Premières nations	4
Autorité	4
Règlements	4
Membres	4
Énoncé de mission	5
GESTION DU PROGRAMME DE SANTÉ	6
PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..	7
Personnel	8
Devoirs et responsabilités d'un Conseil/Autorité de santé ..	8
Élaboration de politiques	8
Planification de programmes	8
Gestion de programme	8
Responsabilité	9
Direction de la communauté vis-à-vis la communauté	9
Direction de la communauté vis-à-vis le Ministre fédéral de la Santé	9
Ressources humaines	9
Planification financière	10
Engagement de la communauté dans les soins de santé communautaire	10
Relations avec des organismes externes	10
Assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle	10
Paraprofessionnel	11
Professionnel	11
Fournisseurs d'assurance	11
CONCLUSION	12

STRUCTURES EN GESTION DE LA SANTÉ

Introduction

Une structure en gestion de la santé est une composante essentielle des initiatives de soins de santé communautaire. Quand les communautés des Premières nations ou des Inuits élaborent des structures en gestion de la santé, elles doivent d'abord déterminer les mandats et les autorités qui dispenseront les services de soins de santé à une ou plusieurs communautés. Les Chefs et Conseils mandatent les structures en gestion de la santé par le biais de résolutions du Conseil de Bande ou d'autres formes d'approbation qui conviennent à la communauté. Ces mandats englobent la planification, l'organisation et la prestation de services de soins de santé aux membres de la communauté. Le plan de santé communautaire décrit ces services et devient le guide d'opération des structures en gestion de la santé. Ces structures en gestion de la santé sont les composantes essentielles aux initiatives en soins de santé communautaire.

Les membres ou les directeurs des structures en gestion de la santé doivent être largement engagés envers la communauté. Ces membres de la communauté sont responsables de s'assurer que les structures en gestion de la santé répondent aux exigences légales, que les services soient efficaces et que les finances soient sagement administrées.

Le système de soins de santé canadien

La compréhension du système de soins de santé canadien aidera les dirigeants communautaires des communautés des Premières nations et des Inuits à développer des structures efficaces de gestion de la santé. Bien que le Plan de santé communautaire élabore des guides d'opération de la structure en gestion de la santé, il est important de comprendre comment appuyer le Plan dans le contexte du système de soins de santé canadien.

La Loi constitutionnelle de 1867 a octroyé diverses responsabilités aux gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux. Les provinces et territoires sont responsables des soins de santé, de l'éducation et des services sociaux. Deux autres joueurs importants ont récemment fait leur entrée dans le secteur des soins de santé; les Premières nations, les Inuits et les autres organismes non-gouvernementaux, et les municipalités. La relation entre ces partenaires directeurs se développe continuellement alors qu'ils redéfinissent leurs responsabilités partagées. L'élaboration de structures en gestion de la santé constitue un autre échelon de cette relation.

Les services de santé intégrés

L'intégration et l'harmonie à travers toute la gamme de programmes et de services de santé sont importantes pour les communautés des Premières nations et des Inuits. Cette intégration reflète les concepts de santé et de bien-être (holisme) des peuples autochtones, qui s'apparentent à un modèle de bien-être basé sur les déterminants de santé dans leur ensemble. L'holisme signifie qu'idéalement les services sociaux et de santé devraient être intégrés. Ce serait la moindre des choses que les services de santé et les services connexes à la santé soient coordonnés d'une manière holistique qui respecte les questions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles

des membres de la communauté. Quand les communautés conçoivent des systèmes de santé, elles doivent intégrer des services de santé et des services connexes à la santé qui sont holistiques et compatibles avec leur but d'auto-détermination.

Domaines de contrôle et de responsabilité

Le système de soins de santé canadien se compose de plusieurs composantes spécialisées et interreliées. Les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et municipaux gèrent plusieurs de ces composantes; les Conseils de santé des Premières nations et des Inuits et les autres organismes non-gouvernementaux sont responsables de la gestion d'autres composantes. Les structures en gestion de la santé ont un important rôle à jouer dans l'adaptation de la prestation des services de santé aux besoins spécifiques de leurs communautés.

Les membres des structures en gestion de la santé des Premières nations et des Inuits doivent examiner la gamme de services gérés par d'autres juridictions lorsqu'elles planifient des systèmes de soins de santé communautaires exhaustifs. Certains de ces services peuvent contribuer au bien d'une communauté en fournissant l'accès convenable à des spécialistes répondant aux besoins spéciaux des membres de la communauté. De plus, quand une communauté travaille à partir d'un plan de santé, d'autres juridictions peuvent participer comme partenaires dans le financement ou la prestation des services et programmes de santé

Vous trouverez ci-dessous des exemples de services de santé directs dispensés par divers paliers de gouvernement.

FÉDÉRAL	PROVINCIAL	NON-GOUVERNEMENTAL
SANTÉ PUBLIQUE ET PROMOTION DE LA SANTÉ	MALADIE GRAVE ET CHRONIQUE	
Santé publique	Services de diagnostic et de traitement	Cliniques
Promotion de la santé publique	Santé mentale	Soins à domicile
Protection de la santé publique	Réadaptation	Services aux invalides
Protection environnementale	Statistiques démographiques	Services en toxicomanie et réadaptation
Services non-assurés	Hôpitaux/Conseils	Croix Rouge
	Médecins/infirmières	
	Services assurés	

GENRES DE STRUCTURES EN GESTION DE LA SANTÉ

Structure en gestion de la santé

Une structure en gestion de la santé des Premières nations et des Inuits peut être un comité sur la santé ou un Conseil/Autorité de la santé. Un comité n'est pas incorporé, mais un Conseil/Autorité de la santé est incorporé en vertu des lois provinciales ou fédérales, ou des deux. Les deux genres de structure en gestion de la santé peuvent embaucher un Coordonnateur/Directeur de la santé.

Coordonnateur/Directeur de santé

Le coordonnateur/directeur de la santé gère les activités quotidiennes suivantes de la structure en gestion de la santé :

- gestion des programmes de santé;
- gestion du budget, de la planification et de la comptabilité;
- embauche;
- gestion et formation du personnel;
- sensibilisation de la communauté au regard des questions et des programmes de santé;
- préparation de tous les rapports obligatoires; et
- gestion des établissements et du matériel.

Ce Guide se concentre sur l'établissement d'un Conseil/ Autorité de santé auquel on réfère comme une "autorité de santé".

Comité sur la santé

Un Comité sur la santé des Premières nations ou des Inuits regroupe des membres de la communauté, nommés par le Chef et le Conseil. Ces membres consultent la communauté et encouragent activement la prestation de services de santé appropriés. Le Comité sur la santé opère dans un rôle d'appui et est responsable de sensibiliser la communauté à un mode de vie sain réduisant le besoin de soins médicaux..

Conseil/Autorité de la santé

Un Conseil /Autorité de la santé des Premières nations ou des Inuits est une entité bénévole, légale, séparée qui a été autorisée par une résolution du Conseil de Bande ou par d'autre mandat qui convient à la communauté. Il peut être incorporé en vertu des lois fédérales ou provinciales. Cela fait, il a le pouvoir d'établir des règlements régissant son fonctionnement, d'embaucher et de gérer du personnel et de prendre des décisions financières pour fournir des services autrefois offerts aux communautés des Premières nations ou des Inuits par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

ÉTABLISSEMENT D'UN CONSEIL/AUTORITÉ DE LA SANTÉ

Autorité

L'établissement d'un Conseil/Autorité de la santé des Premières nations ou des Inuits présuppose que, suite à une consultation de la communauté, le Chef et le Conseil ont décidé de charger ce groupe de la responsabilité des programmes de soins de santé de la communauté. Le Conseil/Autorité de la santé des Premières nations peut être autorisé à obtenir les ressources nécessaires à la régularisation des services de soins de santé communautaire. Le développement et l'approbation de règlements en santé communautaire établissent cette autorité.

Règlements

Des règlements en santé communautaire élaborent une série de lignes directrices pour l'opération du conseil de santé. Les règlements incluent les énoncés sur les responsabilités suivantes du conseil de santé:

- détermination des objectifs en santé communautaire;
- nomination du Conseil d'administration et élaboration de son mandat;
- nomination et élaboration du terme du coordonnateur/directeur de santé;
- cédules de rencontres, détermination du quorum et des procédures;
- gestion des finances-comptabilité;
- assurance de confidentialité;
- changements, retraits et ajouts aux règlements du Conseil de la santé;
- rédaction et conservation des procès-verbaux et d'autres rapports;
- planification, gestion, et mise en oeuvre de programmes; et
- évaluation de programmes.

Fort d'un ensemble convenable de règlements, le Conseil/Autorité de la santé peut alors élaborer les règles de travail pour la prestation des programmes de soins de santé communautaire. Ces règles de travail définissent :

- Les priorités
- programmes
- politiques
- procédures

Membres

Les membres du Conseil/Autorité de la santé et les directeurs ou coordonnateurs de santé doivent représenter un bon échantillon de la communauté qui bénéficie des programmes de santé.

Énoncé de mission

À un moment donné, tôt dans son mandat, le Conseil/Autorité de la santé doit rédiger son énoncé de mission. Une mission est un énoncé d'intention sur le travail d'ensemble que le Conseil sur la santé désire réaliser. Voici un exemple d'énoncé de mission d'un Conseil de la santé :

La mission du Conseil de santé des Premières nations de Musquodobit est d'aider le peuple des Premières nations à atteindre le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel en assurant une promotion de la santé, en ayant des activités de prévention de la maladie et en dispensant des services de santé convenables au point de vue culturel.

GESTION DU PROGRAMME DE SANTÉ

Le Tableau suivant est une structure en gestion d'un Conseil/Autorité de la santé pour la prestation de services de santé communautaire aux communautés des Premières nations ou des Inuits.

MEMBRES DE LA COMMUNAUTÉ	
CHEF ET CONSEIL	
CONSEIL SUR LA SANTÉ DES Premières nations ET DES INUITS	RESPONSABILITÉS
CONSEIL D'ADMINISTRATION	<ul style="list-style-type: none"> Élaboration de politiques Planification de programme Planification financière Engagement de la communauté Relations publiques Assurance responsabilité civile
DIRECTEUR OU COORDONNATEUR DE LA SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> Gestion du programme Imputabilité Ressources humaines Sensibilisation de la communauté Gestion des établissements et du matériel
TRÉSORIER (siège habituellement sur le Conseil d'administration)	<ul style="list-style-type: none"> Maintien des livres comptables Liaison avec les organismes de financement Administration financière
SECRÉTAIRE (siège habituellement sur le Conseil d'administration)	<ul style="list-style-type: none"> Soutien administratif Horaire des réunions Procès-verbaux/motions/suivis

PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

CONSEIL SUR LA SANTÉ DES Premières nations/DES INUITS			
DIRECTEUR OU COORDONNATEUR DE LA SANTÉ			
PROFESSIONNEL/PARAPROFESSIONNEL			
Services de traitement	Santé publique	Services environnementaux	PNLAADA
Infirmières en santé communautaire Dento-thérapeutes Spécialiste en contrat Superviseurs de professionnels Médecins Dentistes Autres services Accès aux hôpitaux et services médicaux provinciaux	Infirmières en santé communautaire Éducateurs en santé Représentants en santé communautaire Dento-thérapeutes Travailleurs en santé mentale	dirigeants en santé environnementale	Coordinateurs Conseillers Formateurs de jeunes
PERSONNEL DE SOUTIEN TECHNIQUE			
Gestion	Entretien	Autre	
Représentant des finances Soutien administratif Informatique	Gardiens d'immeuble Ingénieurs Concierges	Cuisinier	

Personnel

Le personnel professionnel et paraprofessionnel à l'emploi du Conseil/Autorité de la santé, sont responsables de la prestation des services de soins de santé que la communauté s'attend à recevoir sous le Plan de santé communautaire.

Devoirs et responsabilités d'un Conseil/Autorité de la santé .

Une fois qu'une communauté a établi un Conseil/Autorité de la santé doté d'une autorité et d'un mandat précis, le Conseil/Autorité de la santé définit ses devoirs et responsabilités. Certains de ces devoirs et responsabilités sont soulignés ci-dessous—.

Élaboration des politiques

Suite aux objectifs et priorités du Plan de santé communautaire, le Conseil/Autorité de la santé établit l'orientation politique qui reflète la philosophie et les buts de la communauté. Aussi, il révisé ses politiques avec toute la communauté une fois par année lors de la présentation de son rapport annuel sur le programme des services de soins de santé.

Planification du programme

Le Conseil/Autorité de la santé des Premières nations ou des Inuits s'assure que les programmes de soins de santé répondent aux besoins et priorités de la communauté. Comme les priorités de santé changent, les programmes se doivent d'être assez flexibles pour les modifier facilement.

Gestion du programme

Le Conseil/Autorité de la santé émet des politiques sur le personnel et en établit et applique les procédures. Il surveille l'élaboration des pratiques de gestion et d'administration. Il doit aussi s'assurer que son personnel adhère aux procédures développées à partir des politiques. Enfin, il doit établir des normes de maintien sur ses établissements.

Imputabilité

Chef et Conseil envers la communauté

Toutes les activités communautaires sont maintenues avec le consentement continu des membres de la communauté. Le Conseil/Autorité de la santé ne fait pas exception. Bien que les dirigeants de la communauté créent le Conseil par un acte formel, celui-ci doit suivre l'orientation de la communauté pour ce qui est des questions de santé. Cette obligation est mise à exécution grâce à un processus approuvé par les dirigeants de la communauté, lesquels renforcent leur autorité de parler pour tous les membres de la communauté tout en leur étant imputables. On peut trouver plus de détails sur la participation des membres de la communauté aux diverses étapes dans *“Un Guide pour le développement d'un plan de santé à l'intention des communautés des Premières nations et des Inuits”*.

La plupart des ententes de financement de la DGSPNI exigent que les communautés déposent, chaque année, auprès de leurs membres des rapports annuels dans les 120 jours suivant la fin de l'année fiscale. Le rapport annuel qui se base sur le Plan de santé communautaire, renferme l'information suivante :

un résumé des programmes et des services de santé;

- des données sur le fonctionnement et les résultats des services;
- une explication de toute déviation au Plan de santé communautaire; et
- une copie du rapport vérifié exhaustif.

Chef et Conseil envers le Ministre de la Santé :

Le Chef et le Conseil sont responsables au Ministre de la Santé de satisfaire les modalités de l'Accord de financement. La plupart des accords exigent que les communautés des Premières nations et des Inuits remettent au ministre les rapports suivants :

- un rapport vérifié exhaustif dans les 120 jours suivant la fin de l'année fiscale de la communauté;
- un rapport sur la prestation des programmes obligatoires dans les 120 jours suivant la fin de l'année fiscale de la communauté;
- une copie du rapport annuel déposé auprès aux membres de la communauté dans les 120 jours suivant la fin de l'année fiscale de la communauté; et
- à tous les cinq ans, la communauté doit remettre au Ministre de la Santé un rapport sur l'évaluation de programme.

Ressources humaines

Le Conseil/Autorité de la santé des Premières nations et des Inuits établit des normes de rendement pour le personnel, pour les pratiques de gestion et la prestation de services. Le Conseil/Autorité de la santé révisé le rendement individuel en se basant sur ces normes. Il est aussi responsable du développement du personnel. La participation du personnel dans des cours d'éducation continue, des ateliers et séances de formation les aide à améliorer et à mettre leurs

compétences à jour. Le personnel professionnel doit se tenir au courant des perfectionnements dans leurs disciplines en participant à des ateliers, des séminaires et des conférences d'éducation professionnelle continue.

Planification financière

Le Conseil/Autorité de la santé des Premières nations ou des Inuits doit approuver le budget annuel basé sur les priorités en soins de santé communautaire et s'assurer que les dépenses ne dépassent pas le budget. Ses responsabilités incluent aussi de s'assurer que les dispositions de financement avec les agences gouvernementales et non gouvernementales soient en place et que les fonds soient reçus à temps.

Engagement de la communauté dans les soins de santé communautaire

L'engagement de la communauté assure que le système de prestation des soins de santé communautaire rencontre les besoins des membres de la communauté et contribue à l'évaluation des programmes de santé communautaire. L'engagement de la communauté fournit une voix collective qui façonne le système de prestation des soins de santé en impliquant les membres dans divers processus menant à la prise de décision. Une bonne communication dans les deux sens assure que les membres de la communauté sont conscients des activités du Conseil/Autorité de la santé et encourage les membres à lui présenter des suggestions. Ces suggestions montrent que la communication entre l'autorité de santé et la communauté fonctionne bien. Les membres du Conseil/Autorité de la santé doivent informer les membres de la communauté du succès à répondre aux problèmes de santé et à les informer des problèmes qui persistent. Des histoires à succès assurent chacun qu'il y a du progrès et encouragent l'implication de la communauté à répondre aux défis en matière de santé.

Relations avec les organismes externes

Pour assurer l'accessibilité à tous les programmes et parrainages possibles en soins de santé, le Conseil/Autorité de la santé se doit de développer la meilleure relation de travail possible avec les organismes fédéraux, provinciaux, municipaux et privés. Dans ces contextes, le Plan de santé communautaire devient le moyen le plus efficace de développer des réseaux et d'identifier comment satisfaire les besoins de la communauté.

Assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle

Quand un Conseil/Autorité de la santé planifie et gère des programmes de santé communautaire, il doit se doter d'une assurance responsabilité civile. Un Conseil/Autorité de la santé est légalement responsable de ses propres actions et de celles de ses employés du programme de santé. Il est responsable de tous les membres de l'équipe de soins de santé communautaire, y compris :

Paraprofessionnel

- Représentants en santé communautaire
- Travailleurs de PNLAADA
- Personnel de soutien administratif (gestion, entretien, et autres)
- Autres travailleurs en santé communautaire

Les membres du personnel de soins de santé ont besoin d'assurance responsabilité civile pour les couvrir dans la performance de leurs devoirs et pour des accidents et des bêtises sur les lieux où ils fournissent les programmes de santé. Cette couverture est habituellement fournie à travers l'organisme de santé des Premières nations et des Inuits.

Professionnel

- Infirmières
- Médecins
- Dentistes
- Dento-thérapeutes
- Autres spécialistes

Pour le personnel professionnel de soins de santé, la couverture d'assurance personnelle (civile et faute professionnelle) peut être disponible par le biais de leurs associations professionnelles. Dans tous les cas, le Conseil/Autorité de la santé doit s'assurer que tous les membres du personnel professionnel sous contrat sont inscrits auprès, ou possèdent une licence des autorités réglementaires professionnelles provinciales et qu'ils ont une assurance contre la négligence professionnelle. Comme le Conseil/Autorité de la santé peut être tenu responsable des actions d'un contractuel s'il fait du tort à quelqu'un, le Conseil/Autorité de la santé doit posséder une assurance responsabilité civile qui couvre les employés sous contrat, à temps plein et permanents. Pour plus de détails, consultez le Document ressource F : *Lignes directrices en ressources humaines pour la gestion des programmes de santé des Premières nations et des Inuits*.

Fournisseurs d'assurance

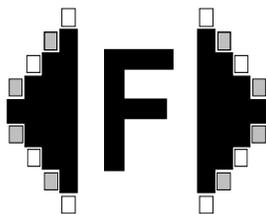
Le Conseil/Autorité de la santé des Premières nations et des Inuits peut vouloir se joindre à un hôpital provincial ou à des associations de soins de santé et obtenir son assurance responsabilité civile à travers ces organismes. Ce genre d'adhésion élargit le réseau d'organismes de soins de santé du Conseil/Autorité de la santé.

Si ce genre d'adhésion n'est pas disponible, le Conseil/Autorité de la santé a besoin de réviser ses options de couverture, directement avec les courtiers et les compagnies d'assurances. La pratique de gestion d'obtenir plusieurs devis fournira suffisamment d'information sur des coûts d'assurances convenables.

Nota: Consultez les *Directives sur les couvertures d'assurances pour les organisations des Premières nations et des Inuits qui administrent des programmes de santé sous des Accords de Transfert*.

CONCLUSION

Le Conseil/Autorité de la santé met en oeuvre le plan communautaire visant à répondre aux besoins en soins de santé actuels et le développement opportun du service de santé amélioré selon le changement de circonstances.



Budgets et prévisions de “Cash Flow”



Budgets et prévisions de “cash flow”

Budgets :

La première section devrait inclure une répartition, par montants annuels, du montant total de contribution qui est identifié dans l’Entente de Transfert. Des lignes séparées pour la réserve de biens meubles et/ou d’items financés sur une base temporaire devraient aussi être incluses. Par exemple :

- Budget de 12 mois pour la période de :

1er avril, 2003 au 31 mars, 2004	\$1,000,000.00
Réserve de biens meubles	\$50,000.00

- Budget de 12 mois pour la période de :

1er avril, 2004 au 31 mars, 2005	\$1,000,000.00
Réserve de biens meubles	\$50,000.00

etc...

Exemple de prévision de “cash flow”

La deuxième section devrait couvrir les prévisions de “cash flow” telles que déterminées par la communauté pour la durée de l’Entente.

Exemple de prévision de “Cash flow” (pour une Entente de trois ans)

	2003/2004	2004/2005	2005/2006
Avril	\$150,000.00	\$100,000.00	\$120,000.00
Mai	\$800,000.00	\$100,000.00	\$120,000.00
Juin	\$180,000.00	\$100,000.00	\$120,000.00
Juillet	\$150,000.00	\$150,000.00	\$180,000.00

Le “Cash flow” signifie les fonds actuels nécessaires à la communauté pour rencontrer ses besoins face aux programmes et services. Chaque paiement devrait refléter les exigences d’argent de la communauté basées sur leurs prévisions de “cash flow”.

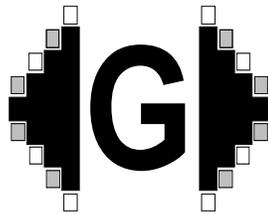


La politique de gestion d'argent du Conseil du Trésor affirme que le montant maximum pouvant être avancé à une communauté devra être déterminé conformément au montant total de contribution de la première année comme suit :

Montant total annuel	Paiement initial	Paiements subséquents
\$25,000 to \$99,000	Jusqu'à 75%	à tous les 3 mois
\$100,000 to \$249,999	25%	à tous les 3 mois
\$250,000 to \$499,999	25%	par mois, débutant au 4e mois mensuellement
\$500,000 et plus	1/12, i.e., 8⅓%	Mensuellement

Les paiements sont basés sur l'énoncé de "cash flow" complété par la communauté. Les états de dépenses ne sont pas exigés pour faire les paiements ultérieurs à la communauté.

La communauté/l'organisme a le choix d'un dépôt direct à leur compte de banque. La formule appropriée est disponible du Bureau régional de la DGSPNI.



Exemple de Mémoire d'Entente



MÉMOIRE D'ENTENTE

ENTRE

LA PREMIÈRE NATION "X"

ET

LA RÉGION "X"

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

CONCERNANT

Le processus, l'échéancier et les questions à discuter et à compléter dans la phase de Transition menant à une Entente de Transfert des services de santé

MÉMOIRE D'ENTENTE

1.0 Le but de Mémoire d'Entente

Le but de ce Mémoire d'Entente est d'énoncer conjointement le processus, l'échéancier et les questions à discuter et à compléter dans la phase de Transition qui mène au transfert du contrôle de services de santé de la Région "X" à la Première Nation "X".

2.0 Items à discuter

L'ébauche du Plan de santé communautaire, préparée par la Première Nation "X" est révisée par la Région "X", Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, servira de base de discussion. Les domaines suivants ont été identifiés pour fins de discussion durant la phase de Transition.

2.1 Révision des composantes du Plan de santé communautaire complétées jusqu'à maintenant :

- Priorités en santé communautaire
- Structure en gestion de la santé
- Gestion et prestation des programmes obligatoires
- Gestion et prestation des programmes de santé communautaire

2.2 Discutez les ententes, politiques et procédures pour les composantes suivantes du PSC :

- Agent médical de santé
- Assurance responsabilité civile et contre négligence professionnelle
- Médicaments et matériel médical
- Réserve de biens meubles
- Procédures de confidentialité
- Mécanismes de responsabilité et de rapport
- Supervision professionnelle
- Budget global
- Plan de formation¹
- Plan de préparation aux urgences¹
- Plan d'évaluation

¹ Les plans de formation et de préparation aux urgences peuvent être complétés durant la phase de Transition.

2.3 Établissements, véhicules et équipement :

Le transfert d'opération d'un poste d'infirmières de la DGSPNI, l'hébergement des infirmières, et autres biens comme les garages seront inclus dans l'Entente de Transfert. Une évaluation conjointe inclura un plan de remplacement et de réparation. De plus, on préparera un relevé des véhicules et de l'équipement et on le joindra à l'Entente de Transfert.

2.4 Révision de l'Entente nationale pro forma de Transfert :

2.5 Introduction progressive des programmes de santé transférables :

Tel qu'indiqué dans le Plan de santé communautaire, à la signature de l'Entente, la Première Nation désire transférer des ressources pour les postes suivants :

- Infirmière en santé communautaire
- Développement de communautés en santé
- "Grandir ensemble"
- Commis
- Prévention du PNLAADA

Après la signature de l'Entente de Transfert, la Première Nation aimerait prendre le contrôle des services de médecin et des spécialistes visiteurs, y compris les services dentaires et d'autres services qui n'ont pas encore été transférés, dans une période de temps à être déterminée par la Première Nation.

Note : Les programmes et services transférés varieront pour chaque projet.

2.5 Responsabilités de la DGSPNI suite au Transfert :

Précisément dans le secteur des Bénéfices de santé non-assurés, la supervision professionnelle des infirmières, les services de santé environnementale et les services dentaires.

2.6 Autres questions pertinentes :

- Politiques personnelles
- Autres (à être identifiées)

3.0 Approche des questions spéciales

3.1 Services aux communautés adjacentes

La DGSPNI et la Première Nation doivent s'assurer qu'on comprend clairement les situations où les services sont fournis aux communautés adjacentes (p. ex. Ententes fédérales/provinciales).

3.2 Ententes spéciales d'échange

La Première Nation peut avoir à conclure une Entente spéciale d'échange pour inclure dans leur équipe de santé communautaire des professionnels non reconnus sous certaines lois provinciales de santé. Ceux-ci incluent les dento-thérapeutes et les infirmières qui travaillent dans un rôle élargi.

3.3 Personnel

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits sera responsable de s'assurer que tous les fonctionnaires affectés par le programme de transfert reçoivent un avis de surplus d'au moins 6 mois. Ces employés ont droit à toutes les allocations prévues dans la politique d'ajustement de la main-d'oeuvre du Conseil du Trésor.

Effectif à la date de signature du Mémoire d'Entente, les employés de la DGSPNI ayant un emploi qui figure au programme de transfert auront droit au "Statut d'affectation". Le Directeur régional, ou son délégué, et un agent du personnel rencontreront chaque employé pour discuter de l'implication de ce statut.

4.0 Processus de discussions

Afin de résoudre les questions ci-dessus et de finaliser l'ébauche d'Entente de Transfert des services de santé, l'Agent régional responsable du Transfert rencontrera le Chef et le Conseil et/ou le Coordonnateur de la santé selon l'échéancier énoncé ci-dessous. D'autres professionnels de la DGSPNI et professionnels en santé communautaire peuvent être invités à participer à des discussions précises.

L'échéancier suivant orientera ces discussions.

<u>Mois de</u>	<u>Question</u>	<u>Lieu de la réunion</u>
Juillet		
Août		
Septembre		
Octobre		
Novembre		
Décembre		
Janvier		
Février		
Mars		

La date visée pour la signature de l'Entente de Transfert est le 1er avril, 200_.

Ce Mémoire d'Entente en date du _____ jour de _____, 200_.

POUR LA PREMIÈRE NATION

Témoïn

Chef

.....
(Écrire en lettres moulées)

POUR SA MAJESTÉ

Témoïn

Directeur régional
Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits
Santé Canada