



**PROJET DE GOUVERNANCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC**

**RAPPORT SOMMAIRE
RENCONTRE RÉGIONALE
20 ET 21 OCTOBRE 2015**

Rapport produit par la Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

PROJET DE GOUVERNANCE
EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

RAPPORT SOMMAIRE
RENCONTRE RÉGIONALE
20 ET 21 OCTOBRE 2015

Rapport produit par la Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Rédaction

Patrice Lacasse, CSSSPNQL
Jean-Denis Gill, CSSSPNQL
Émilie Grantham, CSSSPNQL

Collaboration

Marjolaine Sioui, CSSSPNQL

Direction de la rédaction

Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)

Révision

Chantale Picard, CSSSPNQL

Graphisme

Patricia Carignan

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être téléchargé à partir du site Internet de la CSSSPNQL au www.cssspnql.com.

Toute reproduction, totale ou partielle, doit avoir reçu une autorisation préalable, dont la demande doit être adressée à la CSSSPNQL, soit par courrier, soit par courriel à info@cssspnql.com.

Crédit photo : shutterstock.com

ISBN : 978-1-926528-78-6

Dépôt légal - 2016

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

© CSSSPNQL 2016

TABLE DES MATIÈRES

20 OCTOBRE 2015

1 ACCUEIL DES PARTICIPANTS	1
2 PRIÈRE D'OUVERTURE	1
3 MOT DE BIENVENUE DU CHEF DE L'APNQL	1
4 MOT DE BIENVENUE DE LA CHEFFE SALOMÉE MCKENZIE	2
5 MOT DE BIENVENUE DE MICHEL PAUL, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CSSSPNQL	2
6 MISE EN CONTEXTE	3
7 ATELIER SUR LE MODE ACTUEL DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL	5
7.1 Résultats de l'atelier	5
7.2 Retour sur l'atelier	7
8 CONCEPT DE GOUVERNANCE EFFECTIVE	8
9 REPRÉSENTATIONS DU MODÈLE ACTUEL ET DU MODÈLE-CADRE PROPOSÉ DE PRISE EN CHARGE	11
10 ATELIER SUR L'APPRÉCIATION DU MODÈLE-CADRE PROPOSÉ DE PRISE EN CHARGE	13
10.1 Résultats de l'atelier	13
11 RETOUR SUR L'ATELIER	19

21 OCTOBRE 2015

12 PRÉSENTATION DE LA DGSPNI	20
13 PRÉSENTATION D'AANC	22
14 SYNTHÈSE DE LA RENCONTRE	24
15 MOT DE LA FIN	24

16 PRIÈRE DE FERMETURE	24
17 ANNEXES	25
A Ordre du jour	26
B Projet de gouvernance en santé et en services sociaux – Rencontre régionale (PowerPoint)	28
C Gouvernance effective : modèle global de gouvernance en santé et bien-être des communautés (PowerPoint)	36
D Modèles de gouvernance en santé et services sociaux – Représentations graphiques (PowerPoint)	44
E Réunion régionale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) (PowerPoint)	52
F Présentation sur les programmes des services sociaux à AADNC (PowerPoint)	58

« ... Et vous êtes venus travailler pour votre peuple. Voilà pourquoi nous sommes sur la Terre; pour que notre peuple soit fort; pour que nos enfants soient en bonne santé; pour que nos enfants ne souffrent pas; pour que nos enfants puissent savoir qui ils sont. En tant qu'humains, c'est notre responsabilité. » (Traduction libre)

Charlie Patton, aîné de Kahnawake

20 OCTOBRE 2015

1 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

Harold Tarbell, animateur de la rencontre, souhaite la bienvenue aux participants.

2 PRIÈRE D'OUVERTURE

Charlie Patton, aîné de Kahnawake, offre une prière d'ouverture.

3 MOT DE BIENVENUE DU CHEF DE L'APNQL

Ghislain Picard, chef de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL), remercie M. Patton pour la prière qu'il a offerte.

M. Picard rappelle aux participants que ce projet de gouvernance prend son origine dans la démarche amorcée en 2007, où les communautés se sont dotées d'un plan sur dix ans (*Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*). Un des éléments majeurs de ce Plan est de mettre en place des institutions appropriées pour les Premières Nations.

M. Picard revient sur les résultats de l'élection fédérale du 19 octobre. Ces résultats représentent un espoir pour les Premières Nations. C'est l'occasion de partager les responsabilités et de rebâtir la confiance envers le gouvernement fédéral. Toutefois, l'élection de ce nouveau gouvernement ne change pas le défi auquel font face les Premières Nations. Une étape importante devra être franchie au cours des prochains mois. Un équilibre doit être trouvé entre les autorités que les Premières Nations détiendront aux niveaux régional et local.

M. Picard remercie les partenaires provinciaux et fédéraux du projet. Il remercie également la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), les membres du conseil d'administration de la CSSSPNQL et la cheffe McKenzie pour le travail réalisé. Il souhaite qu'il y ait des résultats probants pour la suite du projet.

4

MOT DE BIENVENUE DE LA CHEFFE SALOMÉE MCKENZIE

Mme McKenzie remercie M. Patton pour la prière, M. Picard pour l'encouragement à poursuivre le projet et tous les directeurs de la santé et des services sociaux ainsi que les directeurs généraux qui se sont déplacés. Mme McKenzie reconnaît que ce sont les directeurs qui détiennent l'expertise et que ce sont eux qui connaissent les besoins et les défis de chacune des communautés. Elle rappelle que tous sont présents pour les membres des Premières Nations afin de leur offrir une meilleure qualité de vie.

5

MOT DE BIENVENUE DE MICHEL PAUL, PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA CSSSPNQL

M. Paul invite les participants à poursuivre la réflexion collective pour une gouvernance par et pour les Premières Nations et leur mieux-être. Ce projet permettra aux Premières Nations d'exercer leur souveraineté, leur leadership et de prendre en charge leur avenir. Il faut procéder à un changement afin que les services répondent aux besoins et aux valeurs des Premières Nations. M. Paul rappelle que cette rencontre est l'occasion de présenter différents modèles et il sollicite la participation de tous pour mettre à profit leur expertise.

6 MISE EN CONTEXTE

Patrice Lacasse, conseiller à la gouvernance à la CSSSPNQL, remercie les directeurs généraux et les directeurs de la santé et des services sociaux d'être présents à la rencontre. Il est important de rassembler toutes les parties prenantes et de construire, tous ensemble, le modèle-cadre. M. Lacasse remercie également les représentants d'autres organisations d'être présents, c'est-à-dire Femmes autochtones du Québec, le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, les centres de traitement ainsi que les membres des comités formés dans le cadre du projet. M. Lacasse souligne l'appui du comité de gestion et de l'équipe des communications de la CSSSPNQL. Il informe les participants que Jean-Denis Gill s'est joint au projet.

M. Lacasse rappelle que la mise au point d'un nouveau modèle de gouvernance vise à changer les relations existantes. Il invite les participants à garder le cap sur la finalité du projet qui est le mieux-être de la population. M. Lacasse fait état de la possibilité d'obtenir du nouveau financement pour la poursuite du projet après mars 2016.

Les objectifs de la rencontre sont de comprendre le concept de gouvernance effective, de recueillir les opinions des directeurs au sujet du modèle-cadre proposé, de connaître les fonctions de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada et d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) ainsi que d'obtenir la vision des directeurs au sujet du pouvoir local et collectif.

La finalité du projet de gouvernance en santé et en services sociaux est le mieux-être des Premières Nations, tandis que les objectifs sont d'améliorer l'accès aux services et d'accroître la capacité de prise de décisions. Dès le début du projet, il a été convenu que le statu quo n'est plus possible. Il est temps que les Premières Nations soient au cœur des décisions et qu'elles aient un contrôle sur les ressources.

M. Lacasse présente la structure de gouvernance du projet, puis ses différentes phases. Il explique que les phases ne se réalisent pas les unes à la suite des autres, mais que les phases se chevauchent tout au long du processus de consultation. Il rappelle que différentes études ont été menées par des fournisseurs externes et que les produits issus de ces recherches sont disponibles en version papier ou encore sur le site Web du projet. Il rappelle également les différentes rencontres qui ont été tenues jusqu'à maintenant et qui ont permis de faire cheminer le projet. Ces rencontres ont notamment permis de colliger de l'information sur les enjeux et les obstacles rencontrés par les directeurs. Un abrégé de ces enjeux est disponible à des fins de consultation. Les rencontres ont également permis de dresser une liste de critères qui peuvent être interprétés comme

des souhaits pour un nouveau modèle de gouvernance. Les prochaines étapes du projet seront de définir les composantes du modèle-cadre et d'entamer des négociations avec les gouvernements fédéral et provincial.

7

ATELIER SUR LE MODE ACTUEL DE GOUVERNANCE AU NIVEAU LOCAL

Un premier atelier est proposé aux participants. Il consiste à représenter visuellement le mode actuel de gouvernance au niveau local. Pour ce faire, les participants sont divisés en six groupes (quatre groupes francophones et deux groupes anglophones).

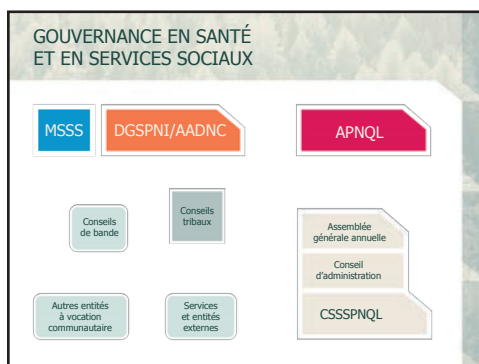
Pour représenter visuellement le mode actuel de gouvernance, des étiquettes pour chacun des principaux partenaires internes et externes des communautés de même que des flèches représentant les différentes formes d'interactions entre ces partenaires (financement, reddition de comptes, autorité et influence) sont remises aux participants.

Les objectifs de l'atelier sont de :

1. Permettre aux participants de schématiser le mode actuel de gouvernance au niveau local. Les participants pourront réfléchir sur les différences et les similitudes sur le plan de la gouvernance entre les communautés;
2. S'appropriier les concepts qui seront utilisés pour la suite de la rencontre.

7.1 RÉSULTATS DE L'ATELIER

Pour chacun des concepts (financement, reddition de comptes, autorité et influence), les échanges dans les groupes, ainsi que les représentations graphiques des modes qu'ils ont réalisées, permettent de dégager des éléments majoritairement communs et plusieurs particularités. Le temps imparti pour l'atelier ne permet pas à tous les groupes de pousser plus loin l'application des concepts dans leur modèle local de gouvernance. De plus, la représentation des interactions peut être à la fois issue du mécanisme réel de fonctionnement et émaner de la perception des intervenants quant au fonctionnement de leur communauté.



7.1.1

Financement

La majorité des groupes font passer le financement reçu de l'extérieur de la communauté par le conseil de bande et, ensuite, vers le centre de santé. Par contre, certains groupes précisent que le financement est octroyé directement au centre de santé sans nécessairement passer par le conseil de bande. Les conseils tribaux reçoivent du financement du fédéral (principalement AANC). La majorité des équipes mentionnent que le financement reçu du provincial était minime, voire inexistant, comparativement au financement reçu du fédéral.

7.1.2

Reddition de comptes

De façon générale, les groupes affirment que la reddition de comptes fait le chemin inverse du financement (ils ont une obligation redditionnelle envers les bailleurs de fonds concernant l'utilisation des fonds). Les conseils de bande ont une obligation redditionnelle envers leur population (élections) et le gouvernement du Canada (bailleur de fonds). Les centres de santé ont une obligation redditionnelle envers le conseil de bande (autorité et financement), leur population et les gouvernements canadien et québécois (lois et financement). On reconnaît que les conseils tribaux ont une obligation de rendre des comptes aux conseils de bande, alors que certains indiquent qu'ils rendent aussi des comptes à la population (élections). La représentation des modes actuels cible une obligation redditionnelle de la CSSSPNQL envers l'APNQL, alors que cette dernière rend des comptes aux conseils de bande. Certaines équipes mentionnent une obligation redditionnelle des conseils de bandes et des centres de santé envers la CSSSPNQL en raison du financement que la CSSSPNQL peut donner aux communautés. Notons qu'aucun groupe ne parle de reddition de comptes des gouvernements du Canada et du Québec envers les Premières Nations (que ce soit les individus, les conseils de bande ou les centres de santé).

7.1.3

Autorité

De façon générale, les groupes reconnaissent que les individus et les familles des communautés ont une autorité sur les conseils de bande. Ils mentionnent aussi une forme d'autorité exercée par les gouvernements du Canada et du Québec sur les conseils de bande et les conseils tribaux. Cette autorité s'exerce par l'entremise des lois ou du financement accordé aux communautés. À l'intérieur de la communauté, la grande majorité des participants placent une autorité du conseil de bande sur les centres de santé. Les exceptions à ce modèle viennent des communautés où la santé est gérée par un organisme indépendant du conseil. Quelques groupes relèvent les liens d'autorité qu'exercent les conseils de bande sur l'APNQL et la CSSSPNQL. D'autres reconnaissent une autorité des centres de santé sur la CSSSPNQL.

7.1.4 Influence

Les groupes dégagent un lien d'influence de l'APNQL sur les gouvernements du Canada et du Québec. Certains groupes précisent que c'est un lieu d'élu à élu. Les individus et les familles influencent les conseils de bande. Pour certains groupes, cette influence est nécessaire à la crédibilité des conseils de bande. Une majorité de groupes met en évidence des liens d'influence mutuelle entre les conseils de bande et les centres de santé. Les conseils de bande influencent aussi l'APNQL. Certains groupes mentionnent que les conseils de bande ont une influence sur les individus et les familles de leur communauté, sur leur conseil tribal et directement sur le gouvernement du Canada. Pour quelques groupes, la CSSSPNQL influence les centres de santé, les conseils de bande ainsi que l'APNQL. D'autres ajoutent un lien d'influence des centres de santé sur la CSSSPNQL.

7.2 RETOUR SUR L'ATELIER

Quelques équipes sont appelées à faire un bref retour sur leur atelier. L'exercice semble permettre aux intervenants de bien intégrer les composantes du mode actuel de gouvernance local et régional. Les groupes mettent en lumière les différences et les particularités propres à chacune des communautés, en plus de dégager les éléments communs. L'atelier permet de faire ressortir les variantes dans les modes de fonctionnement interne et externe à une communauté ou à une nation. Par exemple, une nation qui a un conseil tribal change certains éléments dans la dynamique entourant les services sociaux qu'on ne retrouve pas dans les communautés sans conseil tribal.

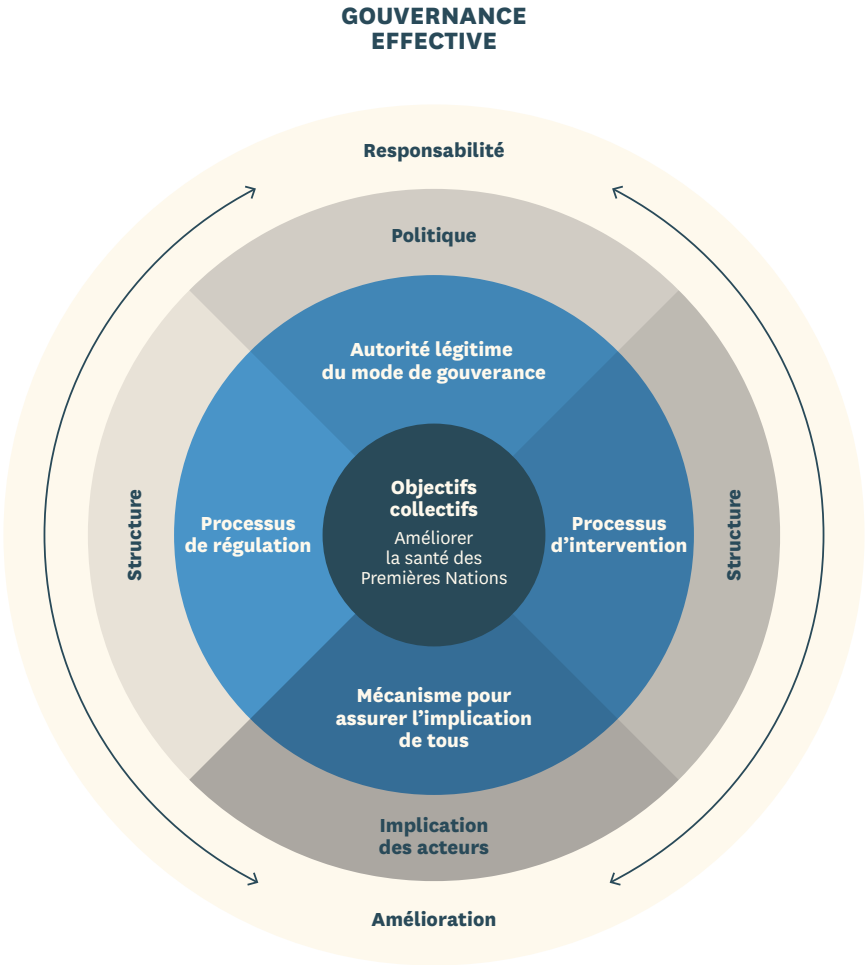
8 CONCEPT DE GOUVERNANCE EFFECTIVE

Georges-Auguste Legault, professeur associé à l'Université de Sherbrooke, présente aux participants le concept de gouvernance effective. Il commence par distinguer les concepts de gouvernement, qui est un modèle vertical et hiérarchisé, et le concept de gouvernance, qui est vu dans le cadre du projet comme un modèle horizontal visant une finalité collective de mieux-être. M. Legault revient sur la définition de la gouvernance adoptée dans le cadre du projet qui est une adaptation de celle utilisée par le Centre national pour la gouvernance des Premières Nations :

« Les traditions (normes, valeurs, culture, langue) et les institutions (structures formelles, organisations, pratiques) qu'une communauté ou une nation utilise pour prendre des décisions et atteindre ses objectifs. Au cœur de la notion de gouvernance est la création de systèmes et de processus efficaces, responsables et légitimes où les citoyens expriment leurs intérêts, exercent leurs droits et responsabilités et concilient leurs différences. »

M. Legault invite ensuite les participants à distinguer la « bonne gouvernance », qui est une approche comptable axée sur une reddition de comptes minutieuse et la « gouvernance effective », qui s'appuie sur un apprentissage collectif visant à rendre compte de l'atteinte des objectifs, soit le mieux-être des Premières Nations dans le cadre de ce projet.

Une schématisation du concept de gouvernance effective a été mise au point et est présentée aux participants.



M. Legault explique chacune des dimensions du modèle de gouvernance effective. La dimension politique repose sur l'accord entre les différentes instances politiques allochtones et des Premières Nations. Les instances politiques ont le pouvoir de reconnaître et de mettre en place les institutions et les façons de faire d'un modèle de gouvernance élaboré par les Premières Nations. C'est par cette acceptation et reconnaissance que la légitimité sera accordée au modèle.

La dimension de la structure touche le processus de régulation, soit les mécanismes de fixation des normes, des politiques, des programmes et les règles de reddition de comptes. Le processus d'intervention vise la prestation de services dans les communautés. L'implication des acteurs est une dimension qui doit être prévue pour que le modèle de gouvernance soit effectif. On doit donc déterminer une structure active pour que l'ensemble des acteurs sociaux s'implique.

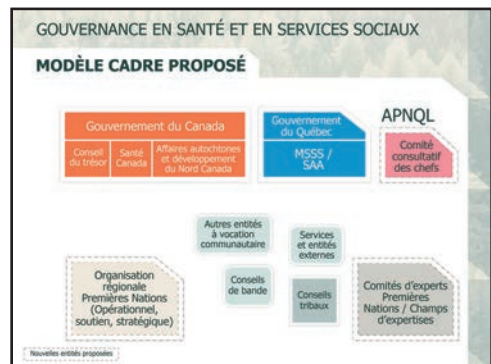
M. Legault reprend les enjeux énoncés plus tôt par M. Lacasse dans la mise en contexte. Il démontre de quelle façon chacun de ces obstacles peut être lié à l'une des facettes du concept de gouvernance effective. M. Legault termine sa présentation par des questions touchant les trois dimensions du modèle auxquelles les Premières Nations devront répondre dans l'élaboration du nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux.

9 REPRÉSENTATIONS DU MODÈLE ACTUEL ET DU MODÈLE-CADRE PROPOSÉ DE PRISE EN CHARGE

M. Lacasse explique aux participants l'atelier qui suivra la présentation du modèle-cadre proposé. Afin d'apprécier celui-ci, dix critères ont été tirés des préoccupations exprimées par les directeurs de la santé et des services sociaux depuis le début du processus de consultation :

- ▶ la solidarité;
- ▶ la culture;
- ▶ l'autonomie des communautés;
- ▶ l'influence auprès du fédéral et de la province;
- ▶ les stratégies, les politiques et les programmes;
- ▶ l'implication des individus et des familles;
- ▶ les conflits juridictionnels;
- ▶ le contrôle sur les ressources;
- ▶ la capacité des ressources humaines;
- ▶ la reddition de comptes.

Marjolaine Siouï, directrice générale de la CSSSPNQL, présente un schéma du mode actuel de gouvernance dans les communautés. En plus des différentes entités qui constituent les parties prenantes, Mme Siouï présente les liens de financement, d'autorité, de reddition de comptes et d'influence qui unissent ces instances. Mme Siouï présente le modèle-cadre proposé de gouvernance en santé et en services sociaux. Elle rappelle que ce modèle-cadre a été



bâti en fonction de l'ensemble des informations rassemblées depuis le début du projet. Ce modèle-cadre suggère un changement de relations avec les gouvernements fédéral et provincial. Elle réitère que ce modèle est évolutif et qu'il pourra être adapté aux besoins des communautés. Ce modèle-cadre doit aussi être vu comme une base qui sera détaillée dans la deuxième phase du projet (après mars 2016), toujours à l'aide d'un processus consultatif impliquant l'ensemble des Premières Nations.

10

ATELIER SUR L'APPRÉCIATION DU MODÈLE-CADRE PROPOSÉ DE PRISE EN CHARGE

Le deuxième atelier consiste à apprécier le modèle-cadre proposé. L'objectif du deuxième atelier est aussi d'amener les participants à réagir au modèle-cadre de prise en charge en fonction des préoccupations exprimées depuis le début du projet (soit les dix critères exposés par M. Lacasse).

10.1 RÉSULTATS DE L'ATELIER

10.1.1 Solidarité

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il d'améliorer le soutien, l'entraide, l'apprentissage et le partage des connaissances ?

Le modèle-cadre semble adéquat et amène une simplicité dans le processus d'élaboration d'un nouveau mode de gouvernance. Plusieurs soulignent le caractère spécifique de chacune des communautés. Ces dernières déterminent leurs propres priorités selon leurs besoins. Cela dit, le partage des ressources devra s'effectuer dans une recherche d'équilibre entre l'équité et les besoins spécifiques des communautés.

Une structure de gouvernance horizontale soutient et favorise la solidarité.

Des questions sont posées au sujet de l'implication des acteurs : comment la solidarité peut-elle se manifester auprès de la population ? Comment s'exercerait-elle ? La population doit être informée, car elle doit être en mesure d'exprimer les besoins observés.

Le rôle d'une organisation régionale pourrait être de faciliter la collaboration et le réseautage entre les communautés. Cette entité pourrait aussi faciliter des regroupements afin de partager des ressources et des services. Certains partagent leur souhait d'avoir une structure plus légère en vue d'assurer un plus grand accès aux ressources financières pour les conseils de bande. Il est souhaité de vérifier ce que représenterait une force de travail décentralisée.

Il est rappelé que la finalité doit toujours être mise en avant-plan. Le projet a pour but d'améliorer le mieux-être de la population et cette dernière doit être au centre des préoccupations.

10.1.2 **Culture**

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il de développer des programmes et des services en intégrant notre conception du mieux-être?

Pour intégrer la culture des Premières Nations, il est essentiel que les communautés obtiennent le pouvoir de mettre au point et de concevoir leurs propres programmes. Avec cette condition en place, il sera alors possible de voir une plus forte présence de la culture spécifique aux nations. C'est pour cette raison que la culture semble perçue comme une responsabilité locale avant tout, puis par nation.

Outre les programmes, les interventions doivent aussi être déterminées par la culture, les traditions et la vision du mieux-être.

Pour certains, la culture est implicite au modèle-cadre, considérant qu'en ayant le contrôle sur la conception et l'administration des programmes, la culture sera nécessairement partie intégrante des stratégies et des services.

L'implication de tous les acteurs de la population prend son sens lorsque les gens ne sont pas interpellés que pour assurer un lien entre l'offre de services et les besoins et les décisions, mais aussi pour assurer une place aux différentes cultures.

Des questions demeurent au sujet de la capacité à pouvoir influencer le Québec afin d'inclure des mesures de sensibilisation favorisant l'accès aux services. De plus, un effort pourrait être fait lors de la formation des professionnels de la santé et d'autres types de travailleurs pour assurer un minimum de compétence culturelle. Ces mesures permettraient un meilleur service à la population, favoriseraient la rétention du personnel et augmenteraient considérablement l'accès aux services du Québec.

10.1.3 **Autonomie**

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il une amélioration de l'autodétermination des communautés?

De façon générale, le modèle-cadre colle bien avec le principe de l'autodétermination des communautés. Il permet aux Premières Nations d'élaborer des stratégies, des approches, des programmes et des services, tant au niveau local qu'au niveau régional.

Cela dit, il est mentionné que la mécanique entre les communautés et une entité régionale sera déterminante pour assurer un sentiment d'autonomie aux communautés. Il faudra accorder une grande importance à ces liens lorsque viendra le temps de préciser le modèle-cadre. Autre élément à considérer, le degré d'autonomie sera conditionné par les relations entre l'entité régionale, l'APNQL et les gouvernements fédéral et provincial.

Ces relations détermineront les fonctions et les responsabilités qui seront déléguées aux Premières Nations.

Il est aussi important de voir comment les relations avec la province seraient transformées. Le système de santé québécois est un incontournable et il faut saisir cette occasion de transformation pour pouvoir mobiliser et influencer le gouvernement du Québec.

Plusieurs participants réitèrent le fait que l'entité régionale doit être perçue comme un outil pour les communautés. Il s'agit d'un mécanisme pour assumer collectivement des fonctions qui, autrement, ne seraient pas possibles à assumer. Cette entité régionale qui sera mise en place et contrôlée par les Premières Nations devra s'assurer de répondre aux besoins des populations et, surtout, ne devra pas se déresponsabiliser de ses engagements. Un autre principe évoqué concerne le respect de l'autonomie, auquel s'ajoute le respect du rythme des communautés. Ainsi, chacune des communautés a sa propre façon de considérer les situations ainsi que ses processus et ses mécaniques de prise de décisions.

10.1.4 Influence

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il une meilleure capacité d'influence auprès des gouvernements ?

Un des enjeux soulevés vise les relations avec le Québec. Les participants soulignent l'importance d'être un joueur incontournable en vue d'améliorer les relations et la capacité d'influence. L'idée maîtresse est d'agir en amont des modifications législatives et d'assurer un positionnement stratégique pour établir des relations de nation à nation. Cela évitera les effets néfastes des modifications législatives ou, à tout le moins, les atténuera. Il s'agit d'un moyen pour être au cœur des décisions.

Une des craintes exprimées touche les différentes interférences qui pourraient, en apparence, mettre en doute les mécanismes d'équité et d'intégrité de l'entité régionale. Un autre élément à éclaircir est l'assurance que le modèle-cadre ne porte pas ombrage aux relations existantes entre certaines communautés et les gouvernements. À la lumière de cette inquiétude, il faut souligner qu'en aucun cas le projet de gouvernance en santé et en services sociaux ne veut limiter les zones d'influence et de négociation entre les communautés et les gouvernements. Au contraire, ces zones d'influence seront multiples et plus efficaces, car elles pourront s'exercer collectivement et individuellement, à différents niveaux.

10.1.5

Stratégie, politiques et programmes

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il d'être au cœur des décisions, de pouvoir élaborer les stratégies, les politiques, les règlements et les programmes ?

La capacité d'élaborer ses propres programmes et de décider ce qui sera mis en place pour sa population semble être, pour plusieurs, un incontournable en vue d'améliorer le mieux-être de la population. Les participants partagent aussi l'importance d'avoir collectivement des spécialistes pour appuyer la mise au point de stratégies et de programmes.

D'autres précisent qu'il y a une occasion d'instaurer une structure légale (entité régionale) qui peut créer, pour l'ensemble des communautés, des standards et des programmes génériques. Les communautés peuvent à leur tour élaborer des stratégies et des programmes spécifiques à leur réalité et à leurs besoins.

Un autre élément soulevé concerne la concertation possible. Les Premières Nations reprochent aux gouvernements d'implanter des programmes trop souvent parcellés, rendant difficile la mise en place de projets intégrés. Bref, les Premières Nations pourront bénéficier des mêmes ressources, fonctions et responsabilités que la DGSPNI et AANC. Par contre, elles pourront déterminer les stratégies, les approches, les programmes et les services comme elles le conçoivent.

10.1.6

Implication des individus et des familles

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il l'inclusion et l'implication de tous ?

Le modèle-cadre, tel qu'il est schématisé, devra inclure cette dimension. L'implication des acteurs doit être plus explicite. Pour ce faire, il faut ajouter une dimension de reddition de comptes et d'influence de la population sur ce qui sera présent en matière de stratégies et de programmes.

Pour assurer une implication de tous, il faut préciser le rôle et le pouvoir que peut avoir chacun des acteurs. Il est suggéré de proposer des structures formelles, où pourront intervenir lesdites personnes. Les structures doivent permettre aux acteurs de connaître le plus clairement possible leur rôle et ce qui est attendu d'eux. Ainsi, tous seront impliqués.

À l'échelle locale, le tout est relativement facilement applicable. Par contre, à l'échelle régionale, des questions subsistent quant à savoir l'implication des acteurs : qui sont-ils, comment peuvent-ils interagir et être interpellés ?

10.1.7

Conflits juridictionnels

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il la mise en place de mécanismes plus formels en vue de résoudre les conflits?

Les conflits juridictionnels sont un enjeu important. Plusieurs semblent déterminés à vouloir régler cette question. La résolution de ce sujet n'est pas simple et demande beaucoup de réflexion et de discussions. Certains avancent la nécessité de revisiter la *Loi sur les Indiens* et d'autres législations.

Le projet est-il une occasion pour se placer dans une position plus intéressante afin d'influencer le Québec? Cela sera-t-il conditionnel aux ressources que les Premières Nations contrôleront? Cela sera-t-il conditionné par le mécanisme mis en place et sa légitimité?

Un autre élément à considérer concerne le mandat de l'entité régionale et sa relation avec l'APNQL. Tout comme cette dernière, la forme, son rôle et les pouvoirs que les Premières Nations voudront lui déléguer influenceront-ils sa capacité d'influence politique auprès des gouvernements fédéral et provincial?

10.1.8

Contrôle sur les ressources

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il un mode d'allocation des ressources plus juste et près de la réalité des Premières Nations?

L'engagement des communautés est évoqué, car il y a lieu de s'assurer que les décisions prises collectivement pourront être respectées. Une formule d'attribution des ressources élaborée par les communautés doit être respectée pour assurer un fonctionnement adéquat. La solidarité est de mise pour ne pas mettre en péril ce système.

Certains y voient une occasion d'améliorer les processus d'allocation. Il faut donc bien observer les façons de faire pour ensuite cibler des améliorations. Le tout doit se faire en assurant la mise en place de mécanismes de contrôle de la qualité.

Un autre aspect à considérer touche les communautés qui éprouvent de la difficulté dans la gestion des ressources. Comment seront-elles appuyées? Quelle planification et approche pourront être mises de l'avant au sujet des ressources humaines et des opérations?

D'autres questions sont soulevées. Est-il possible, collectivement, de faire des économies d'échelle? Est-il possible de faire plus? Y aura-t-il des ressources supplémentaires?

10.1.9

Capacité des ressources humaines

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il l'amélioration de la qualité des services?

Plusieurs personnes sont d'avis qu'un plan de développement des ressources humaines est nécessaire. La capacité des individus a des impacts importants sur le développement des programmes et devient souvent un facteur de réussite. Il ne faut pas oublier qu'il est difficile de concilier l'arrivée du financement, la présence de ressources humaines adéquates et les résultats impartis par les programmes.

Malgré la nécessité d'avoir un plan de développement des ressources humaines au niveau régional, l'adaptation et l'opérationnalisation doivent s'effectuer au niveau local. Les besoins peuvent varier d'une communauté à l'autre, ce qui nécessite une prise en charge propre à la communauté.

10.1.10

Reddition de comptes

Le modèle-cadre en santé et en services sociaux permet-il de mettre fin à la reddition de comptes induite afin de rendre plus léger et utile ce processus?

Les gens estiment que le modèle-cadre est adéquat. Une bonne définition des indicateurs à suivre pour déterminer si les objectifs sont atteints sera primordiale. La reddition de comptes devra servir avant tout les Premières Nations.

Certains groupes souhaitent obtenir plus d'information sur les autorités auxquelles les Premières Nations devront rendre des comptes dans le cadre de ce modèle. Est-ce un conseil d'administration formé des communautés qui sera à la tête de la nouvelle organisation régionale? On demande de clarifier le lien entre l'APNQL et les conseils de bande dans ce modèle.

11

RETOUR SUR L'ATELIER

L'animateur d'un des sous-groupes présente les principaux constats tirés de leurs discussions :

- ▶ Le modèle-cadre reflète l'intérêt des communautés. Il se précisera dans la suite du projet, notamment par les comités qui seront mis en place.
- ▶ La question de l'expertise a été soulevée. Il n'est pas réaliste d'avoir l'ensemble de l'expertise nécessaire dans chacune des communautés.
- ▶ La question des ordres professionnels a aussi été abordée.
- ▶ Les membres du groupe se sont interrogés sur les conflits juridictionnels. Va-t-on vraiment faire mieux que maintenant?
- ▶ La solidarité entre les communautés est un élément majeur de la réussite du modèle. Les communautés ne sont pas toutes au même niveau de développement.
- ▶ La finalité doit toujours être mise en avant-plan. Le projet a pour but d'améliorer le mieux-être de la population et cette dernière doit être au centre des préoccupations.

Les participants posent plusieurs questions au sujet du modèle-cadre proposé. Ces questions concernent, notamment, la compréhension et l'approbation du projet et de sa finalité par les conseils de bande, le roulement de personnel dans les conseils de bande et l'avenir de la CSSSPNQL.

12 PRÉSENTATION DE LA DGSPNI

Valerie Gideon, sous-ministre adjointe à la DGSPNI, expose le but de sa présentation, qui est de répondre aux questions soulevées lors de sa présentation de juillet 2015¹. Cette deuxième présentation aborde en conséquence les fonctions et les responsabilités nationales et régionales, le rôle de la province, le processus d'élaboration de programmes, le Programme des services de santé non assurés (SSNA), l'allocation de fonds et les nouveaux modèles de gouvernance.

Mme Gideon rappelle la responsabilité de Santé Canada envers la santé des Premières Nations. Par contre, cette responsabilité n'est pas décrite précisément; il n'existe pas de définition claire.

Mme Gideon explique qu'un cadre de responsabilisation a été produit en 2012. Il est maintenant en révision, mais la version de 2012 peut être consultée. Au cours des dernières années, il y a eu des changements dans les fonctions nationales et régionales, ce qui fait en sorte que plus de pouvoir appartient désormais aux bureaux régionaux. Ces modifications accélèrent l'octroi de financement aux communautés. Une réduction de 40 % des effectifs a eu lieu au bureau national de la DGSPNI. Cependant, le contrôle des ressources en ce qui a trait au Programme des SSNA a été conservé au bureau national.

Le bureau régional, situé à Montréal, compte 132 employés à temps plein, alors que le bureau national, situé à Ottawa, en compte environ 1 800. Au bureau national, près de 50 % des employés donnent des services directement dans les communautés (infirmières ou autres professionnels).

Mme Gideon aborde le rôle de la province. Elle explique qu'il y a des différences notables entre chacune des provinces. Certaines provinces sont plus inclusives, comme le Québec, alors que d'autres, comme le Manitoba et la Saskatchewan, excluent les Premières Nations de certains programmes. Elle rappelle qu'au Québec, peu importe leur lieu de résidence, tous les individus sont couverts par l'assurance-maladie provinciale, l'assurance-hospitalisation et la *Loi sur la santé physique*. Un groupe de travail pancanadien sur la santé des autochtones a été formé. Le premier ministre du Québec a appuyé ce dossier. Cependant, pour le moment, il n'y a pas de forum régulier

¹ Valerie Gideon avait fait une présentation à la pré-AGA de la CSSSPNQL, en juillet 2015, qui portait, entre autres, sur les fonctions de la DGSPNI aux niveaux national et régional. Un résumé de cette présentation se trouve dans le rapport sommaire de cette rencontre.

entre le Québec et la DGSPNI régionale et nationale pour avoir des échanges fréquents sur la santé des Premières Nations.

Pour ce qui est du processus d'élaboration de programmes, il n'a pas été transparent pendant plusieurs années. Il y avait des discussions avec les Premières Nations, mais le financement était prédéterminé. Un nouveau processus a été mis en place, où les Premières Nations sont comprises tout au long du processus. Toutefois, il n'a pas encore été mis en application depuis sa mise en place.

Mme Gideon parle des SSNA. Ce Programme est une enveloppe budgétaire fixe, dont un plus grand contrôle est exercé au bureau national. L'augmentation maximale de cette enveloppe est de 5 % par année. C'est une enveloppe où il y a une grande gestion des risques à effectuer. Le coût des médicaments est l'élément qui a le plus grand impact sur les coûts de ce Programme. Un comité travaille présentement sur la révision des services en ce qui concerne la santé mentale.

Le budget total de la DGSPNI de la région du Québec est de près de 145 millions de dollars pour l'année financière 2015-2016. De ce montant, 89 % sont alloués aux communautés sous forme de subventions et d'accords de contribution. Le budget de fonctionnement et d'entretien (5 % du budget) comprend également des tests de laboratoire et d'autres services offerts directement aux communautés. La dernière portion des fonds (5 %) est liée aux salaires des employés de la DGSPNI-Québec.

Peu de fonds ne sont pas dépensés à la DGSPNI-Québec chaque année. Les fonds non utilisés s'expliquent par une surestimation des services infirmiers en début d'année.

En ce qui a trait aux transferts entre le fédéral et la province en matière de santé, Mme Gideon souligne que les Premières Nations sont comprises dans le calcul du transfert, mais il n'existe aucune définition de ce que les provinces devraient offrir aux Premières Nations. Également, les calculs de financement de la DGSPNI-Québec ont été déterminés avant la décision McIvor. Il n'y a donc pas de financement supplémentaire qui a été donné, sauf pour le Programme des SSNA.

Mme Gideon termine sa présentation en parlant des nouveaux modèles de gouvernance chez les Premières Nations. Elle fait état de différents éléments auxquels il faudra réfléchir en fonction du modèle de gouvernance qui sera choisi : l'autorité, le contrôle des ressources financières, la reddition de comptes, la gestion du changement et les économies d'échelle. Elle ajoute qu'il serait préférable que le nouveau modèle de gouvernance comprenne la province, donc que ce soit un modèle tripartite.

13

PRÉSENTATION D'AANC

Trois personnes du bureau régional d'AANC se sont déplacées pour présenter les programmes de développement social de leur ministère : Luc Dumont, directeur régional d'AANC-Québec, Suzie Nepton, directrice des Programmes et partenariats en matière d'éducation et de développement social, et Marie-Josée Cayer, gestionnaire en développement social. L'objectif de leur présentation est d'offrir aux participants une compréhension commune de la gestion des programmes de services sociaux d'AANC.

M. Dumont explique que 115 employés travaillent pour le bureau régional d'AANC et que le budget du bureau du Québec est de 450 millions de dollars (pour l'ensemble de leurs fonctions et non pas seulement pour le développement social). Une grande partie de ces fonds sont retournés aux communautés sous forme d'accords de contribution.

M. Dumont fait un bref survol de la gouvernance fédérale. Les priorités du gouvernement sont d'abord annoncées dans le Discours du Trône, où un mandat spécifique est donné à chacun des ministères. Ces priorités sont ensuite traduites dans le budget fédéral, puis dans le budget principal des dépenses. Pour ce qui est du cycle de gestion, il souligne que les enveloppes des accords de contribution sont préparées dès le mois de décembre, que les signatures sont faites en février et que les versements sont effectués dans les comptes des conseils de bande en date du 1^{er} avril.

Mme Cayer présente les quatre programmes sociaux gérés par AANC. Le programme des *Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations* vise à améliorer la sécurité et le bien-être des enfants et des familles résidant dans les réserves. Il vise la mise en place de services adaptés aux réalités et à la culture des Premières Nations. Le budget annuel de ce programme est d'environ 60 millions de dollars. La grande majorité des communautés ont mis en place l'approche améliorée, qui met l'accent sur la prévention. La moitié des communautés a pris en charge les services offerts par les centres de la jeunesse et le financement est donc octroyé directement aux conseils de bande. Pour les autres communautés, AANC octroie les fonds aux centres de la jeunesse. Ce programme nécessite trois conseillers pour le soutien aux communautés et un agent de programme pour la tenue de statistiques et les tâches plus techniques liées à l'administration du programme.

Le programme d'*Aide à la vie autonome* a pour objectif d'assurer aux personnes l'accessibilité à des soins à domicile, en foyer de groupe, en famille d'accueil et en institution afin qu'elles puissent conserver leur autonomie le plus longtemps possible. Mme Cayer indique que, dans le cas d'une grande perte d'autonomie, la province est appelée à jouer un rôle. Ce programme a un budget annuel d'environ 13 millions de dollars et un employé d'AANC y est affecté. Mme Cayer parle de l'*Initiative pour les personnes handicapées* qui permet de financer des projets dont le but est d'améliorer la coordination et l'accessibilité des personnes handicapées dans les réserves aux programmes et aux services. Le financement de cette initiative est géré par le bureau national d'AANC.

Le *Programme de prévention de la violence familiale* vise à augmenter la sécurité des résidents des réserves. Ce programme comporte deux composantes : le financement de projets de prévention, qui totalise un budget d'un million de dollars, et le financement de six refuges pour femmes dans des communautés, pour un total d'un peu plus de 3 millions de dollars. Ce programme est géré par les trois mêmes conseillers du programme des services à l'enfance et à la famille.

Le quatrième programme social d'AANC est celui de l'*Aide au revenu*, qui totalise des fonds de près de 66 millions de dollars. Ce financement est octroyé dans le but d'offrir une aide financière aux résidents à faible revenu afin de subvenir à leurs besoins fondamentaux et spéciaux et de les aider à devenir plus autonomes. Le budget finance ainsi les agents de revenu dans les communautés, les prestations offertes et l'offre de session d'orientation et de formations. Deux employés travaillent au bureau d'AANC-Québec pour ce programme. L'équipe du développement social de la CSSSPNQL offre aussi du soutien aux communautés. Le programme comprend également la prestation améliorée de services. Cette dernière permet de soutenir les communautés afin qu'elles appuient les jeunes admissibles pendant qu'ils participent à une formation et pendant leur transition vers l'emploi. Ces projets sont financés en collaboration avec Service Canada.

Un total de neuf personnes est donc à l'emploi du bureau régional d'AANC pour gérer les quatre programmes de développement social.

M. Dumont expose les fonctions dévolues au bureau national et celles qui relèvent des bureaux régionaux. Il présente les rôles et les responsabilités alloués aux bénéficiaires des accords de contribution ainsi qu'à la CSSSPNQL.

En terminant, M. Dumont propose des pistes de réflexion pour un nouveau modèle de gouvernance en mettant l'accent sur le rôle de la province, qui doit d'ailleurs être revu.

14

SYNTHÈSE DE LA RENCONTRE

M. Tarbell fait une brève synthèse des discussions qui ont eu lieu. Il rappelle aux participants que des stratégies doivent être mises en place pour changer le modèle actuel de gouvernance et que les dix critères présentés précédemment doivent guider les réflexions.

15

MOT DE LA FIN

Michel Paul remercie les participants, la CSSSPNQL, les membres des comités et les invités qui ont assisté à la rencontre. Le projet suit son cours et permet de recueillir les commentaires sur le nouveau modèle de gouvernance. Le processus de consultation est toujours en cours. Tous les commentaires seront pris en compte et le modèle-cadre proposé sera bonifié pour correspondre aux besoins des communautés. Les discussions ont démontré l'importance de revoir le plan de communication pour que les membres soient mieux informés et qu'ils puissent donner leur adhésion au modèle avant qu'il ne soit présenté aux chefs. Une autre rencontre régionale aura lieu avant le dépôt du modèle-cadre aux chefs.

16

PRIÈRE DE FERMETURE

M. Patton offre aux participants une prière de fermeture.

17

ANNEXES

- A Ordre du jour
- B Projet de gouvernance en santé et en services sociaux – Rencontre régionale (PowerPoint)
- C Gouvernance effective : modèle global de gouvernance en santé et bien-être des communautés (PowerPoint)
- D Modèles de gouvernance en santé et services sociaux – Représentations graphiques (PowerPoint)
- E Réunion régionale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) (PowerPoint)
- F Présentation sur les programmes des services sociaux à AADNC (PowerPoint)

ANNEXE A

Ordre du jour

Rencontre régionale – 20 octobre 2015

7 h 30	Accueil des participants	
8 h 30	Cérémonie	Charlie Patton, Aîné de Kahnawake
8 h 45	Mots de bienvenue	Ghislain Picard, Chef de l'APNQL Chef Salomé McKenzie, Lac Simon Michel Paul, Président de la CSSSPNQL
9 h 15	Mise en contexte	Patrice Lacasse, Conseiller à la gouvernance - CSSSPNQL
10 h 00	Pause	
10 h 15	Modes de gouvernance des communautés : exercice pratique	Patrice Lacasse
11 h 00	Mise en commun	Harold Tarbell, Animateur
11 h 15	Gouvernance effective	Georges-Auguste Legault, Faculté de droit, Université de Sherbrooke
12 h 00	Dîner	
13 h 15	Gouvernance en santé et services sociaux : ▶ Modèle actuel ▶ Modèle de prise en charge	Patrice Lacasse Marjolaine Siouï
13 h 45	Appréciation du modèle de prise en charge : atelier	Patrice Lacasse
15 h 00	Pause	
15 h 15	Session en plénière	Harold Tarbell
16 h 00	Synthèse de la journée et ajournement	Harold Tarbell

Rencontre régionale – 21 octobre 2015

8 h 30	Résumé de la journée précédente	Harold Tarbell
8 h 45	Analyse fonctionnelle interne de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI)	Valerie Gideon, Sous-ministre adjointe - DGSPNI
9 h 45	Pause	
10 h 00	Responsabilités et fonctions d’Affaires autochtones et développement du Nord Canada	Luc Dumont, Directeur général – AADNC (à confirmer) Suzie Nepton, Directrice, PPEDS AADNC
11 h 00	Responsabilités collectives	Harold Tarbell
11 h 40	Synthèse de la rencontre	Harold Tarbell Patrice Lacasse
11 h 50	Prière de fermeture	Charlie Patton

ANNEXE B

Projet de gouvernance en santé et en services sociaux – Rencontre régionale
(PowerPoint)



Objectifs de la rencontre

- Comprendre le concept de la gouvernance effective en santé et services sociaux;
- Obtenir les opinions des directeurs au sujet des modèles de gouvernance en santé et services sociaux;
- Connaître les fonctions de la Direction générale de la santé des Premières Nations et Inuits (DGSPNI) et d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) en termes de prestation et de financement des services de santé et des services sociaux;
- Obtenir la vision des directeurs au sujet du pouvoir local et collectif en matière de santé et services sociaux.

Sujets de la présentation

- Vision, valeurs et principes
- Processus, encadrement de projet
- Activités
- Avis
- Préoccupations
- Prochaines étapes

Projet de gouvernance en santé et en services sociaux

Finalité :

- Améliorer la santé des Premières Nations

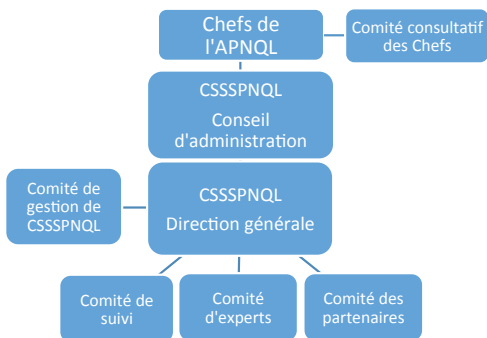
Objectifs :

- Améliorer l'accès aux services de santé et services sociaux
 - Accroître la prise de décisions à l'échelle locale et la liberté d'action
 - Développement d'un modèle cadre, mode de gouvernance différent

Vision

Par notre autodétermination, une approche globale concertée et à l'engagement individuel et collectif, nous serons un peuple en santé lié à la Terre-Mère et notre mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel, sera en harmonie.

Gouvernance du projet



Phases du projet

Portrait de la situation 2014	
Votre avis 2014-2015	
Les options 2015	Élaboration d'options de modèles de gouvernance et rencontre avec les directeurs de la santé et des services sociaux
Le choix 2016	

Réalisations

- **Portrait de la situation**
 - Portrait des services en santé et en services sociaux
 - Recueil de modèles de gouvernance Premières Nations
 - Analyse environnement juridique, au Canada et au Québec

Réalisations

- **Votre avis**
 - Tenue de rencontres :
 - Février 2014, Juillet 2014, Janvier 2015, Juillet 2015, Octobre 2015
 - Développement de la vision, des valeurs et des principes guidant le projet.
 - Limite du mode de gouvernance actuel en santé et services sociaux;
 - Opinions, préoccupations, souhaits en regard d'un nouveau modèle de gouvernance en santé et en services sociaux.

Enjeux

- **Le système décisionnel**
 - L'assujettissement aux lois externes
 - Des programmes imposés
- **Le financement**
 - Des sources multiples et incertaines
 - Une reddition de comptes indue
 - Des incohérences dans l'allocation des ressources
- **L'accès aux ressources humaines et matérielles**
 - Des déficiences sur le plan des ressources humaines et professionnelles
 - Des ressources matérielles et opérationnelles limitées

Enjeux (suite)

- **L'accès aux services**
 - Des besoins spécifiques non comblés
- **Les relations avec le réseau provincial**
 - Des relations difficiles
 - Des informations éparpillées et des données difficilement accessibles
- **Culture**
 - Conception

Souhaits

- **Solidarité**
- **Culture**
- **Autonomie des communautés**
- **Influence auprès du fédéral et de la province**
- **Stratégies et programmes**
- **Conflits juridictionnels**
- **Implication des individus et des familles**
- **Contrôle sur les ressources**
- **Capacité des ressources humaines**
- **Reddition de compte**

Prochaines étapes

- convenir d'un processus pour définir les composantes d'un modèle de gouvernance en santé et en services sociaux (Plan d'affaires, plans de transition)
- Entente de principe et négociation préliminaire avec les gouvernements fédéral et provincial

Si le but suprême d'un capitaine était de préserver son navire, il le ferait garder dans le port pour toujours.

Thomas d'Aquin



Wela'lin Meegwetch Tià:wen Nià:wen Tshi Nashkumitin

Patrice Lacasse, placasse@cssspnql.com

ANNEXE C

Gouvernance effective : modèle global de gouvernance en santé et bien-être des communautés (PowerPoint)

Gouvernance effective: modèle global de gouvernance en santé et bien-être des communautés

Georges A. Legault
Professeur associé
Université de Sherbrooke.

Plan de la présentation

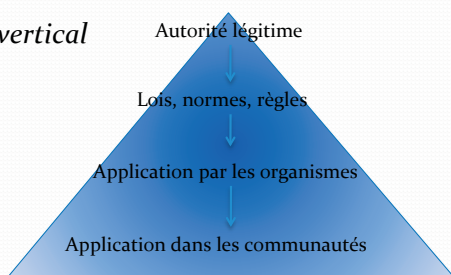
1. Qu'est-ce que la gouvernance?
 1. Différence entre gouvernement et gouvernance
 2. Différence entre « bonne gouvernance » et « gouvernance effective »
2. Modèle global de gouvernance: les composantes
3. Insuffisances du modèle actuel de gouvernance (bref retour)
4. Enjeux d'une nouvelle approche de gouvernance:
 1. Dimension politique
 2. Dimension institutionnelle régulatrice
 3. Dimension service dans les communautés
 4. Dimension d'implication des communautés

Qu'est-ce que la gouvernance?

1.1. Distinction entre gouvernement et gouvernance

Gouvernement: forme hiérarchisée, cohérente et rationnelle du pouvoir qui s'exerce du haut vers le bas.

Modèle vertical



20 octobre 2015

GAL

3

Qu'est-ce que la gouvernance?

Pré AGA (2014) « Drawing from the teachings of others and the traditions, values and wisdom of our communities the Centre has crafted our own definition of governance where governance is *“the traditions (norms, values, culture, language) and institutions (formal structures, organization, practices) that a community uses to make decisions and accomplish its goals. At the heart of the concept of governance is the creation of effective, accountable and legitimate systems and processes where citizens articulate their interests, exercise their rights and responsibilities and reconcile their differences”*. » NCFNG, *Principles to Support Effective Governance*, Summer 2008 , http://fngovernance.org/publication_docs/Governance_Principles2008.pdf, p.7

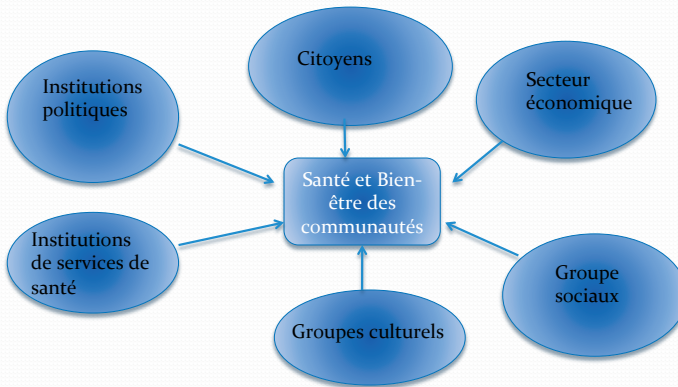
20 octobre 2015

GAL

4

Qu'est-ce que la gouvernance?

Modèle horizontal:



20 octobre 2015

GAL

5

Qu'est-ce que la gouvernance?

1.2. Distinction entre « bonne gouvernance » et « gouvernance effective »

Bonne gouvernance (modèle vertical): approche comptable de reddition de compte souvent minutieuse qui vise à contrôler l'application réelle des fonds conformément aux politiques définies par l'autorité légitime.

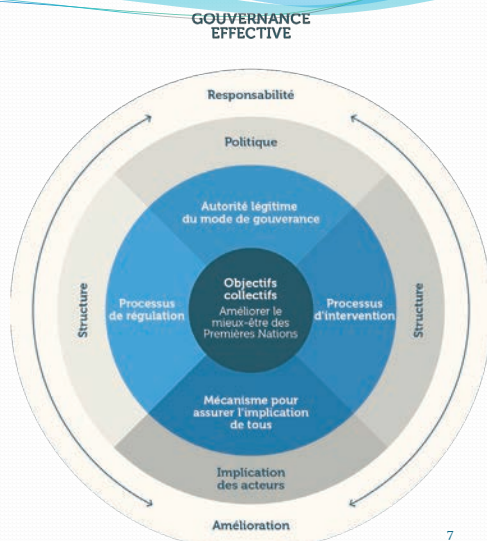
Gouvernance effective (modèle horizontal): approche d'apprentissage collectif qui vise à rendre compte de l'atteinte des buts d'amélioration de la santé et du bien-être des communautés par diverses collectes de données et à modifier le parcours dans le souci d'amélioration continue.

20 octobre 2015

GAL

6

2. Modèle global de gouvernance



2. Modèle global de gouvernance

La dimension politique : La création d'un mode de gouvernance en santé et bien-être des Premières Nations repose sur l'accord entre les différentes instances politiques dûment élues pour engager les nations (gouvernement fédéral, gouvernement provincial) et les Premières Nations. Les ententes, comme les traités modernes d'autonomie territoriale, sont signées entre les représentants du fédéral, du provincial et la nation concernée. Le mode de gouvernance en santé de la Colombie-Britannique n'est pas un traité moderne, mais il vise à mettre en place une approche d'autogestion en santé. Cet accord est signé par le gouvernement fédéral, la First Nation Health Society et le Conseil de la Santé des Premières Nations qui est un organisme de 15 membres nommés par l'ensemble des Premières Nations pour défendre les Premières Nations dans la réalisation des objectifs.

20 octobre 2015

GAL

8

2. Modèle global de gouvernance

La dimension de la structure du mode de gouvernance en santé et bien-être des Premières Nations :

La structure générale du mode de gouvernance en santé et bien-être des Premières Nations comprend deux composantes nécessaires pour atteindre les objectifs collectifs que les Premières Nations se donnent pour améliorer l'état de santé et de bien-être. A) La première composante est celle du **processus de régulation**. Ce processus de régulation fixe l'ensemble des politiques générales pour atteindre les objectifs fixés, les programmes spécifiques, les normes de pratiques, etc. De plus, la régulation doit prévoir les modes d'attribution des fonds nécessaires aux communautés pour mettre en place le processus d'intervention. Enfin, des normes concernant l'imputabilité/reddition de compte sont élaborées afin de s'assurer que le processus d'intervention atteint les objectifs et dans le cas d'incapacité de le faire, des modalités doivent être prévues pour soutenir les communautés. Aujourd'hui, c'est encore la DGSPNI qui gère le processus de régulation. B) **Le processus d'intervention** renvoie essentiellement à ce qui est mis en place dans les communautés pour assurer les interventions prévues dans les politiques et les programmes de santé afin d'atteindre les objectifs collectifs de santé et de bien-être des Premières Nations. Présentement, ce sont les conseils de bande dans les différentes communautés qui assurent la livraison des services.

20 octobre 2015

GAL

9

2. Modèle global de gouvernance

- **La dimension gouvernance effective** : La gouvernance effective se concentre sur l'atteinte des résultats pour évaluer l'ensemble des politiques issues du processus de régulation et du processus d'intervention. Pour être effective, la gouvernance doit impliquer l'ensemble des acteurs sociaux dans le mode de gouvernance, par exemple en accordant par exemple des rôles et responsabilité à des Conseils des aînés, Conseils des femmes autochtones, ou autres dans l'approche de gouvernance. Cette mobilisation des acteurs permet de mieux atteindre les objectifs en santé. De plus, la gouvernance effective repose sur le principe de l'imputabilité. « L'imputabilité est l'obligation imposée à une personne, à qui une responsabilité fut déléguée, de rendre compte de la façon dont elle s'en est acquittée. C'est la reddition de comptes concernant l'utilisation de pouvoirs et de ressources attribués à une personne ou à une unité organisationnelle en vue de la réalisation des objectifs. »
- La reddition de compte dans la gouvernance effective permet de développer les capacités des personnes et des organisations, de rectifier les politiques et procédures et d'améliorer la qualité des interventions.

http://www.dictionnaire.enap.ca/dictionnaire/docs/definitions/definitions_francais/imputabilite.pdf

20 octobre 2015

GAL

10

3. Insuffisances du modèle actuel

Processus politique:

- Limites du processus actuel: Entre deux gouvernements fédéral/provincial.
- Financement inadéquat.
- Conflits de juridiction: provincial

Processus de régulation:

- Identification des besoins et détermination des objectifs en matière de santé.
- Détermination des programmes d'intervention et répartition du financement.
- Reddition de compte induite

20 octobre 2015

GAL

11

3. Insuffisances du modèle actuel

Processus d'intervention:

- Répartition des pouvoirs et responsabilités entre l'instance de régulation des activités et l'instance d'intervention.
- Détermination de l'organisation des services dans les communautés.
- Détermination des stratégies de capacitation des acteurs.

Dispositifs d'implication des acteurs:

- Absence de dispositifs pertinents.

20 octobre 2015

GAL

12

4. Enjeux d'une nouvelle approche de gouvernance

Dimension politique:

Négociation entre le fédéral, le provincial et l'ensemble des Premières Nations

Dimension institutionnelle régulatrice

Quelles instances faut-il créer pour rapatrier les pouvoirs de régulation de la DGSPNI et AADNC?

Quelles fonctions est-il préférable de laisser à ces organisations?

20 octobre 2015

GAL

13

4. Enjeux d'une nouvelle approche de gouvernance

Dimension service dans les communautés

Quelles instances faut-il créer ou modifier pour assurer les liens entre les services dans les communautés et les instances régulatrices?

Quelles modifications faut-il apporter pour assurer les meilleurs services dans les communautés?

Dimension d'implication des acteurs?

Comment coordonner les différents acteurs dans l'amélioration de la santé et du bien-être des communautés?

Quelles instances de mobilisation faut-il créer?

20 octobre 2015

GAL

14

ANNEXE D

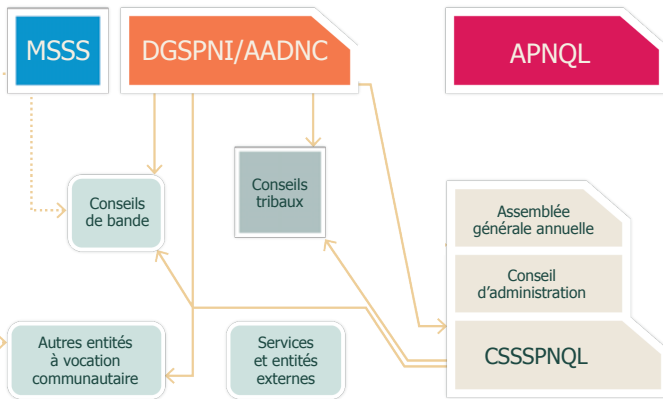
Modèles de gouvernance en santé et services sociaux – Représentations graphiques (PowerPoint)



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODE ACTUEL

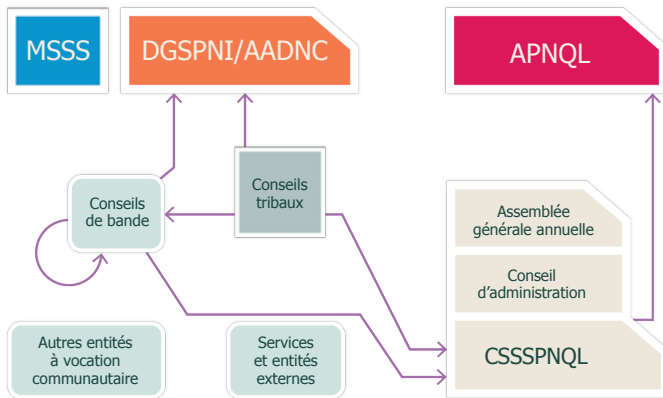
Financement



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODE ACTUEL

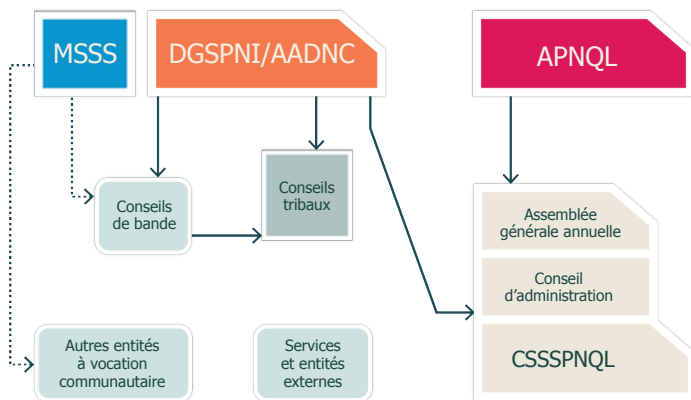
Imputabilité



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODE ACTUEL

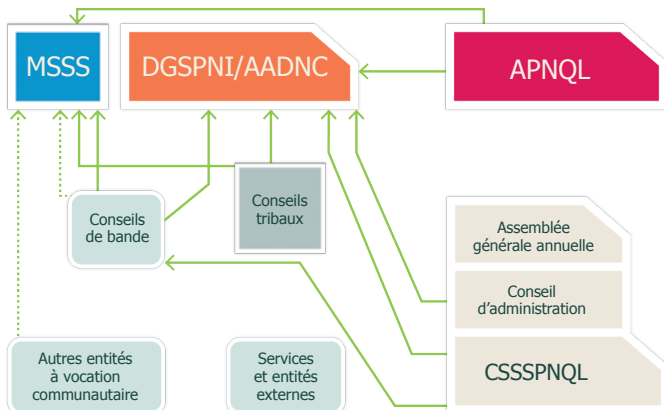
Autorité



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODE ACTUEL

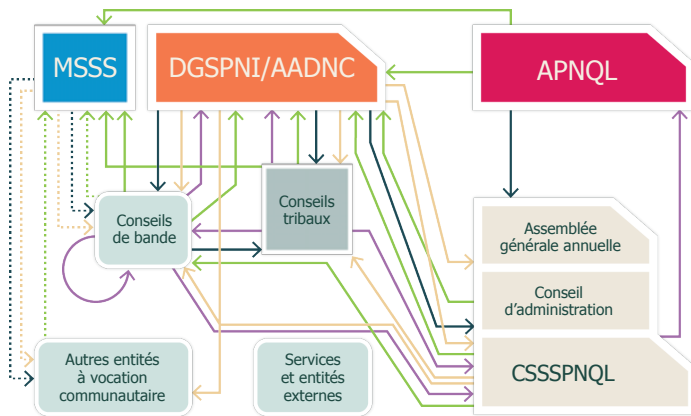
Influence



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

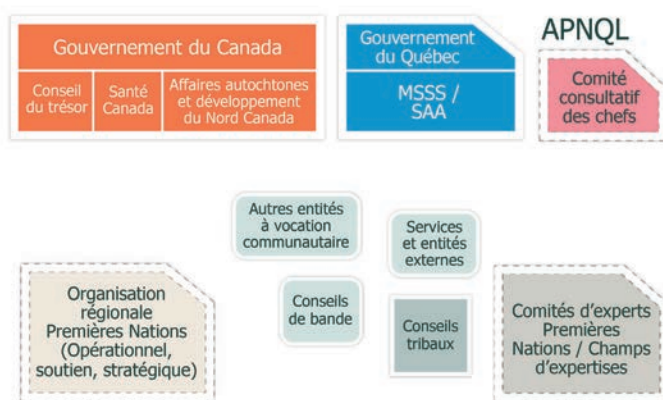
MODE ACTUEL

Financement Imputabilité Autorité Influence



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

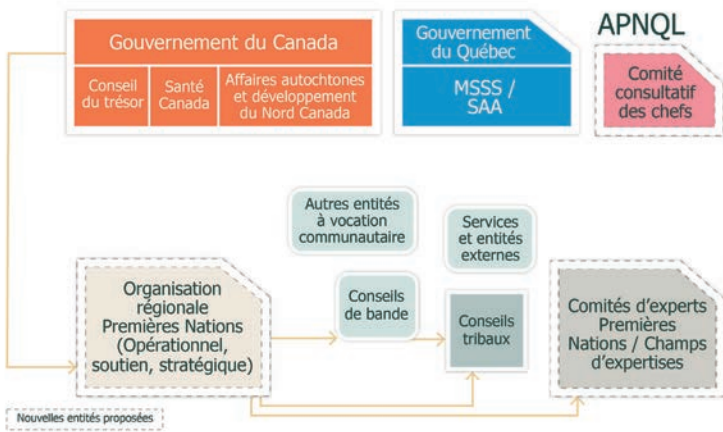
MODÈLE CADRE PROPOSÉ



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODÈLE CADRE PROPOSÉ **Financement**

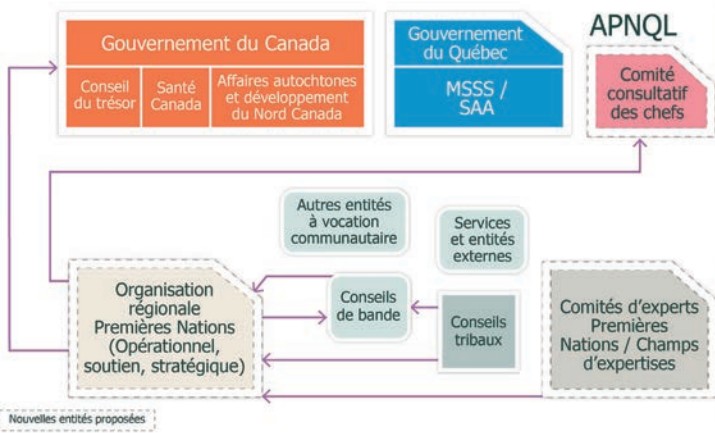
1



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODÈLE CADRE PROPOSÉ **Imputabilité**

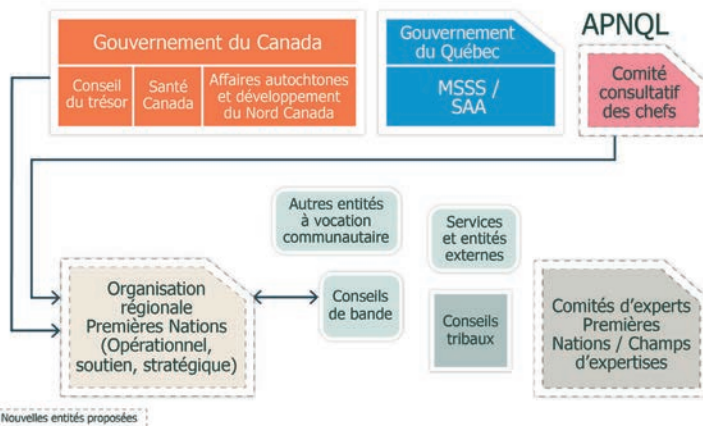
2



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODÈLE CADRE PROPOSÉ

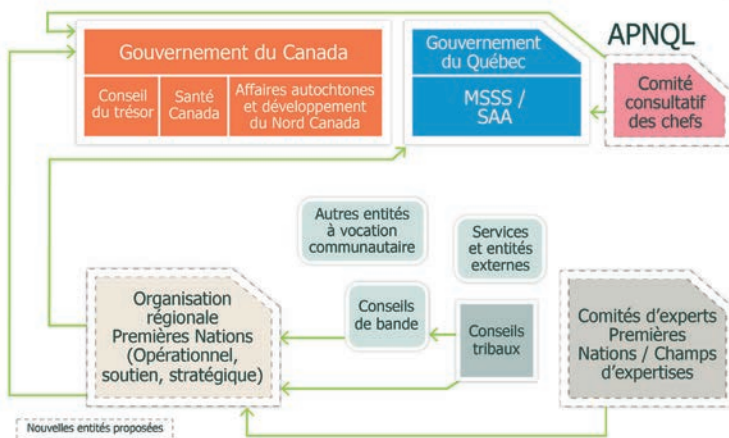
Autorité



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

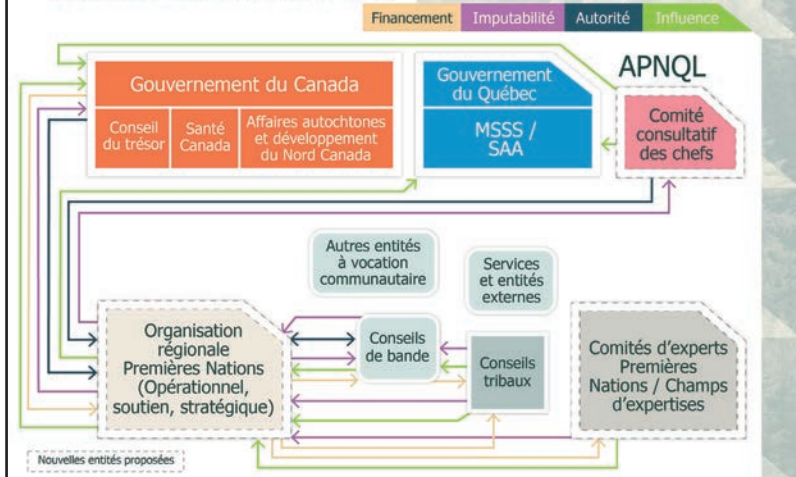
MODÈLE CADRE PROPOSÉ

Influence



GOVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX

MODÈLE CADRE PROPOSÉ



ANNEXE E

Réunion régionale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSPSSPNQL) – Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) (PowerPoint)



Health Canada / Santé Canada

Your health and safety... our priority. / Votre santé et votre sécurité... notre priorité.

Réunion régionale de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSPSSPNQL)

Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)
Le 21 octobre 2015
Montréal



But

Régler les questions soulevées lors de la présentation de juillet 2015 :

- Fonctions et responsabilités nationales vs régionales;
- Rôle provincial;
- Processus d'élaboration de programmes;
- Programme des services de santé non assurés (SSNA);
- Allocations de fonds;
- Favoriser un plus grand contrôle par les Premières Nations et nouveaux modèles de gouvernance.



Fonctions et responsabilités nationales vs régionales

Résumé :

Les structures et les fonctions fondamentales de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI se soutiennent mutuellement, tel qu'il est énoncé dans le Cadre de responsabilisation de la DGSPNI.

Une liste des responsabilités classées par fonctions est incluse dans la section 8 du Cadre de responsabilisation.

National Core Functions	Regional Core Functions
Interprofessional practice Management & Support	Professional services/practice advisors
Program Policy Development and Support	Program Management and Support
Program Operational Support	Service Delivery Quality Improvement/Accreditation Grants and Contributions Management/Community Liaison Community capacity development and support to community health planning
Non-Insured Health Benefits	Strategic initiatives and special projects
Strategic and Horizontal Policy	Strategic Planning and Policy
Partnership Development and Management	Intra/Intergovernmental and First Nations/Inuit relations
Strategic and Operational Planning	Health Planning
Health Information Management	Data & Surveillance
Performance Measurement, Evaluation and Audit	Performance Measurement i.e. Community Based Reporting Template
Internal Services	Operations



Fonctions et responsabilités nationales vs régionales (3)

Récapitulatif : ETP de la région du Québec

Bureau de la Direction générale régionale		6,46
Gouvernance et opérations	Unité de planification, analyse, politiques et information	6,01
	Unité de liaison	8,88
	Financement, administration et système de gestion	26,49
	Total	41,39
Services professionnels	Services professionnels	16,47
	Services pharmaceutiques	3,29
	Soins dentaires	6,05
	Total	25,81
Programmes communautaires		14,09
Pensionnats indiens		3,02
Services infirmiers	Infirmières régionales	8,63
	Infirmières dans les communautés	7,67
	Total	16,30
Services de santé non assurés		25,03
	Total	132,10

Ces chiffres ne comprennent pas les congés de maternité, les congés non payés, les détachements et les divers autres services/appui de l'AC. Les totaux peuvent varier au cours de l'année.



Rôle provincial

- L'amélioration de la santé des Autochtones est un objectif que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et leurs partenaires des Premières Nations et des Inuits tentent de réaliser conjointement.
 - De façon générale, l'administration/la prestation de services de santé est une responsabilité P/T – Les P/T planifient/organisent/fournissent les services hospitaliers et médicaux, les programmes de santé publique ainsi que certains services de santé supplémentaires pour leurs résidents, y compris les Premières Nations et les Inuits.
 - En ce qui concerne les communautés Inuites et des Premières Nations, Santé Canada veille à :
 - Assurer l'accès aux services de santé
 - S'attaquer aux inégalités en matière de santé et aux menaces de maladies, et à atteindre un niveau de santé comparable à l'ensemble de la population canadienne
 - Bâtir de solides partenariats avec les Inuits et les Premières Nations afin d'améliorer le système de santé
- Principe de Jordan : Lorsqu'il y a conflit de compétence, des mécanismes veillant à s'assurer que les enfants continuent de recevoir des soins de santé sont mis en œuvre.
 - SC et AADNC ont élaboré un processus visant à aider tous les intervenants fournissant des soins aux enfants à travailler de concert et de manière efficace afin de fournir les soins nécessaires.
 - Dans la région du Québec, une approche inclusive a été mise en œuvre, laquelle comprend les Premières Nations ainsi que les gouvernements provincial et fédéral.



Rôle provincial (2)

Au Québec :

- Peu importe leur lieu de résidence dans la province, les résidents des communautés Inuites et des Premières Nations sont couverts par l'assurance maladie provinciale, l'assurance-hospitalisation et la *Loi sur la santé publique*.
- Dans les communautés Inuites et des Premières Nations, DGSPNI-Québec appuie/ fournit des programmes qui portent notamment sur la promotion de la santé, les médicaments, les soins dentaires et les services limités de soins de santé primaires.
- La relation entre le fédéral et le provincial est positive, et ces deux paliers travaillent de pair avec les Premières Nations à combler les lacunes.
 - P. ex. : Une entente a été conclue en 2015 entre une Première Nation, un centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSS) et DGSPNI-Québec afin de fournir des services de dialyse à domicile à un patient des Premières Nations habitant dans une communauté éloignée.



Processus d'élaboration de programmes

- Nouvelles initiatives :
 - Mises en œuvre avec la participation des Premières Nations et des Inuits tout au long du processus – élaboration, prestation et gestion
 - Harmonisées avec les priorités de l'ensemble du gouvernement, énoncées dans le discours du Trône, le budget fédéral (Plan d'action économique) et le budget principal des dépenses
 - Proposées au Cabinet sous forme de mémoire au Cabinet (MC) puis au Comité des priorités et de la planification (présidé par le PM) aux fins de décision – « quoi et pourquoi »
 - Si elles sont approuvées, elles sont mises en œuvre avec l'approbation du Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) sous la forme d'une présentation au Conseil du Trésor – « comment »
- Le Plan stratégique de la DGSPNI constitue le moteur du renouvellement et de l'amélioration de la manière dont la DGSPNI répond aux besoins des individus, des familles et des communautés Inuites et des Premières Nations
 - Cela comprend un objectif stratégique en matière de planification collaborative et d'établissement de relations qui incite les Premières Nations et les Inuits à influencer/gérer/contrôler les programmes et les services de santé qui les touchent.



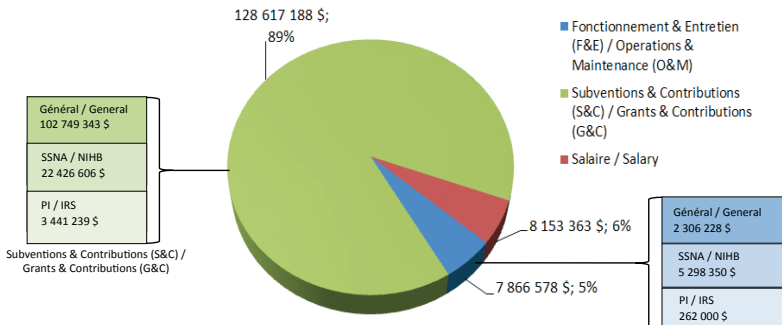
Programme des SSNA

- Programme axé sur la demande qui offre une gamme limitée de produits et de services de santé nécessaires sur le plan médical aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus lorsque ces produits et services ne sont pas couverts autrement.
- Aide les Premières Nations et les Inuits à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens.
- Fait présentement l'objet d'un examen conjoint par SC et l'APN – Chaque secteur de services sera examiné de façon individuelle afin d'en déterminer la pertinence et l'efficacité.
- Dans la région du Québec, il y a un comité consultatif régional sur les SSNA qui comprend des membres issus des Premières Nations et d'organismes des Premières Nations.
- Des tables de concertation spécifiques peuvent aussi être mises sur pied au besoin avec les partenaires concernés.



Allocations de fonds

Résumé : Budget DGSPNI-Québec 2015-2016



Allocations de fonds (2)

Fonds non dépensés

- Il reste très peu de fonds non dépensés à la DGSPNI-Québec chaque année, notamment en raison des retards/modifications aux projets ou des transferts de trésoreries tard au courant de l'exercice financier.
- Les fonds non dépensés des communautés (fonds préétablis et flexibles seulement) – environ 1,2 M \$ par année (à l'exclusion des Cris et des Inuits) – retournent dans le fonds consolidé.

Indexation

- Les SSNA ne sont pas indexés à 5 % – le budget des SSNA est limité à une augmentation de 5 %.
- En théorie, le taux annuel d'augmentation des transferts entre le fédéral et les provinces en matière de santé est de 6 %, mais ce taux sera réduit à 3 % à compter de 2017-2018. Il n'y a pas de taux fixes pour la péréquation, puisque le calcul de ces montants dépend de la productivité de l'économie canadienne.

McIvor

- Les formules actuelles de financement de la DGAPNI-Québec ont été élaborées avant la décision McIvor (sauf pour les SSNA, qui ont une enveloppe spéciale de financement dédiée aux nouveaux clients McIvor) – il faut travailler de concert avec AADNC à mieux comprendre les répercussions à l'avenir



Nouveaux modèles de gouvernance

Tel qu'il est énoncé dans le Plan stratégique, la DGSPNI milite en faveur d'un plus grand contrôle du système de santé par les Premières Nations et les Inuits, en plus des nouveaux modèles de gouvernance qui seront requis. Lors de la réunion du mois de juillet, un certain nombre de questions ont été posées au sujet de ces modèles :

- Autorisation / mandat
 - Le processus de prise de décision, la portée du programme et les normes de ce dernier seraient négociés en fonction du modèle de gouvernance retenu
 - Le financement en santé peut être complémentaire aux investissements dans les déterminants de la santé comme le logement et l'éducation (qui font partie des mandats provincial et d'AADNC)
 - Des leçons peuvent être tirées de l'expérience en C.-B., surtout en ce qui concerne les programmes et les services essentiels
- Ressources financières
 - En vertu des nouveaux modèles, les Premières Nations exerceraient un contrôle sur les ressources et décideraient entre eux de la meilleure façon de satisfaire leurs besoins
 - La durabilité des ententes de financement à long terme est la clé du succès



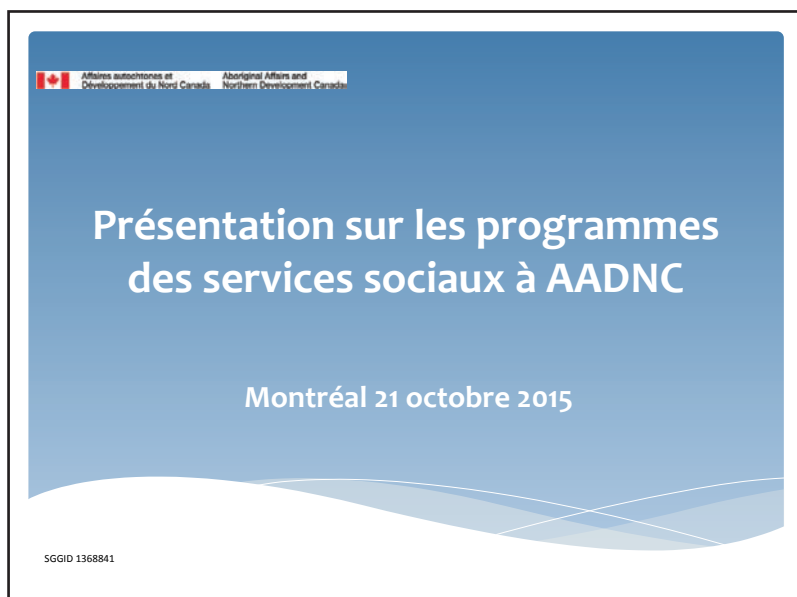
Nouveaux modèles de gouvernance (2)

- Responsabilisation
 - La responsabilisation dépendra du modèle de gouvernance retenu – nous comprenons que :
 - Si la DGSPNI garde certains programmes par le biais d'AC avec des organisations des Premières Nations, celle-ci continuerait de rendre compte au SCT
 - Si tous les programmes sont transférés aux organisations des Premières Nations, le rôle résiduel de la DGSPNI serait de partenaire de la gouvernance et de bailleur de fonds
 - La protection constitutionnelle serait accordée à une entente d'autonomie gouvernementale sectorielle (un Traité contemporain) - la responsabilité serait directement au Parlement
- Gestion du changement
 - Il faudrait un mandat clair
 - Des rôles et des responsabilités devraient être clairement définis pour toutes les parties concernées
 - Il faudrait communiquer/travailler avec la province – il n'est pas clairement établi si la province transférerait également les opérations ou si elle opérerait pour une intégration (p. ex. Cris et Inuits)
- Économies d'échelle
 - La plupart des communautés du Québec sont sous un régime de financement global, donc la mise en commun des ressources pourrait être étudiée (p. ex. coalition des communautés anglophones)



ANNEXE F

Présentation sur les programmes des services sociaux à AADNC (PowerPoint)



Affaires autochtones et
Développement du Nord Canada

Aboriginal Affairs and
Northern Development Canada

Présentation sur les programmes des services sociaux à AADNC

Montréal 21 octobre 2015

SGGID 1368841



OBJECTIF

**Avoir une compréhension commune
de la gestion des programmes
de services sociaux à
Affaires autochtones et
Développement du Nord Canada
(AADNC)**

2

PLAN DE PRÉSENTATION

- **Survol de la gouvernance fédérale**
- **Regard sur les programmes sociaux**
- **Le fonctionnement interne**
- **Les diverses responsabilités**
- **Quelques pistes de réflexion**

3

SURVOL DE LA GOUVERNANCE FÉDÉRALE

4

PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT

Discours du Trône :

Il fait état des priorités du gouvernement et annonce les travaux qu'il propose d'entreprendre pour la session parlementaire à venir.

Budget fédéral :

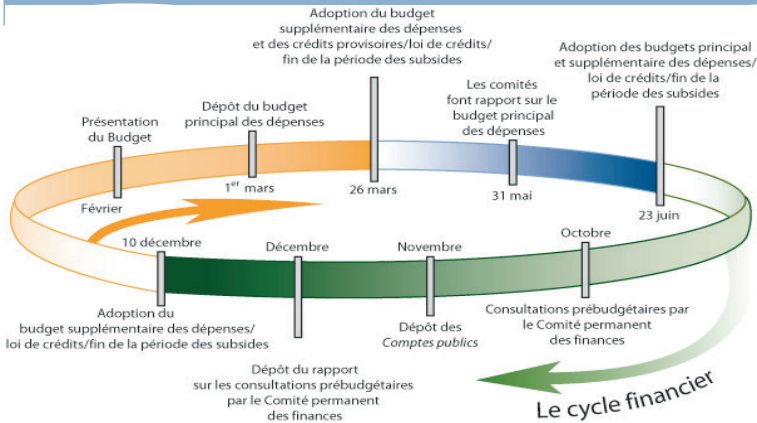
Il fait état des exigences budgétaires, sociales et économiques du gouvernement.

Budget principal des dépenses :

Il fait état des exigences budgétaires annuelles pré-approuvées de chaque ministère fédéral et prévoit le financement de base pour que les ministères poursuivent leurs activités en cours

5

PROCESSUS BUDGÉTAIRE PARLEMENTAIRE



6

CYCLE DE GESTION

ÉTAPES	DOCUMENTS	PÉRIODE	APPROBATION
Établissement des priorités	<ul style="list-style-type: none"> Discours du Trône Plan financier (budget) 	<ul style="list-style-type: none"> Automne Janvier 	<ul style="list-style-type: none"> Premier ministre Ministre des finances et premier ministre
Planification	<ul style="list-style-type: none"> Mise à jour annuelle des niveaux de référence (MJANR) Plans opérationnels d'activités des ministères 	<ul style="list-style-type: none"> Décembre Automne/hiver 	<ul style="list-style-type: none"> Conseil du trésor Ministère
Budgétisation	<ul style="list-style-type: none"> Parties I et II du budget des dépenses Crédits provisoires et totalité des crédits Rapport sur les plans et priorités (RPP) Partie III 	<ul style="list-style-type: none"> Juin Mars/Juin Juin 	<ul style="list-style-type: none"> Parlement Parlement Ministre et SM
Gestion et contrôle (activités de surveillance)	<ul style="list-style-type: none"> Budget supplémentaire des dépenses A Budget supplémentaire des dépenses B 	<ul style="list-style-type: none"> Décembre Mars 	<ul style="list-style-type: none"> Parlement Parlement
Rapports	<ul style="list-style-type: none"> Rapports ministériels sur le rendement (RMR) Comptes publics Rapport annuel du Vérificateur général 	<ul style="list-style-type: none"> Septembre Octobre Décembre 	<ul style="list-style-type: none"> Ministre et SM Receveur général et SRG Vérificateur général

7

REGARD SUR LES PROGRAMMES SOCIAUX

- *Services à l'enfance et à la famille des Premières Nations (SEFPN)*
- *Aide à la vie autonome (AVA)*
- *Programme de prévention de la violence familiale (PPVF)*
- *Aide au revenu (AR)*

8

SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE (SEFPN)

Améliorer la sécurité et le bien-être des enfants et des familles résidant sur réserves

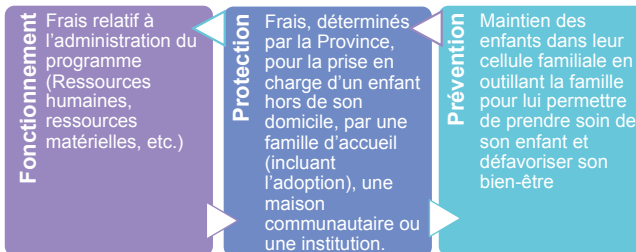
- Financement octroyé par AADNC dans le but d'offrir sécurité et bien-être aux enfants et aux familles des Premières Nations demeurant sur la réserve tout en respectant les lignes directrices, les lois et les normes de la Province.
- Mise en place de services de protection et de prévention respectant les valeurs, les croyances et les environnements culturels spécifiques aux diverses collectivités.

9

SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE L'approche améliorée axée sur la prévention - AAAP

Améliorer le tissu social et familial, limiter l'éclatement des familles et réduire le nombre de placements.

3 volets de financement – Total : 60 253 674 \$



10

SERVICES À L'ENFANCE ET À LA FAMILLE

Services offerts par le CISSS

- Entente de financement entre l'établissement (CISSS) et AADNC;
- L'établissement fournit tous les services en lien avec le programme SEFPN et, dans certaines situations, peut avoir une entente avec la communauté afin que cette dernière offre des services de prévention.

Services offerts par les agences PN avec certaines délégations en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ)

- Entente de financement entre l'agence PN et AADNC
- Délégation et entente de service entre l'agence PN et l'établissement (CISSS);
- La communauté fournit tous les services pour lesquels elle a une délégation en LPJ et les services de prévention.

11

AIDE À LA VIE AUTONOME (AVA)

Assurer l'accessibilité des soins à domicile, en foyer de groupe, en famille d'accueil et en institution aux personnes afin qu'elles puissent conserver leur autonomie le plus longtemps possible - en lien avec le niveau de perte d'autonomie

Total du financement : 13 125 595 \$ (inclus la prestation de services)

Aide à domicile Services non-médicaux	Famille d'accueil	Hébergement institutionnel pour adulte
<ul style="list-style-type: none"> • Ménage • Transport non-médical • Préparation de repas • Etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Individu en perte d'autonomie 	<ul style="list-style-type: none"> • 8 centres d'hébergement sur réserve • Hébergement hors réserve en l'absence de places sur réserve

12

AIDE À LA VIE AUTONOME (AVA)

Initiative pour les personnes handicapées

Cette composante aide les organismes des Premières Nations à financer les projets dont le but est d'améliorer la coordination et l'accessibilité des programmes et des services pour les personnes handicapées dans les réserves.

Les activités peuvent comprendre la défense des intérêts, la sensibilisation du public ou des ateliers régionaux.

Le financement est géré par l'Administration Centrale

13

PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA VIOLENCE FAMILIALE (PPVF)

Augmenter la sécurité des résidents des réserves, en particulier les femmes, les enfants et les familles, ainsi que des activités pour répondre aux enjeux touchant les femmes.

2 composantes financées :

- Projets de prévention (*appel de propositions sur un budget géré au National*)

Financement total : 1 106 573 \$

- 6 Refuges

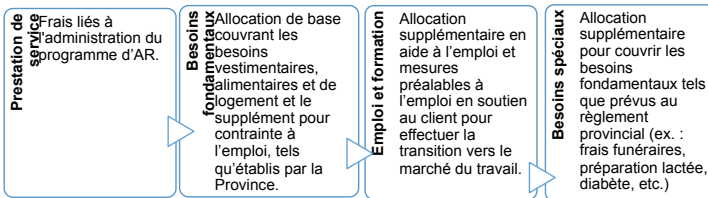
Financement total : 3 412 200 \$

14

AIDE AU REVENU (AR)

Financement octroyé par AADNC dans le but d'offrir une aide financière aux résidents à faible revenu de réserves autochtones afin de subvenir à leurs besoins fondamentaux et spéciaux et de les aider à devenir plus autonomes, en conformité avec les taux et les critères d'admissibilité de la province de référence.

Financement total : 65 987 184 \$



15

AIDE AU REVENU (AR)

Prestation améliorée de services

Permet de soutenir les collectivités des Premières Nations afin qu'elles mettent sur pied la capacité requise en matière de prestation de services pour soutenir efficacement les jeunes admissibles pendant qu'ils participent à une formation et pendant leur transition vers l'emploi.

Le BRQ finance huit organisations, desservant 10 communautés pour un total de **2 798 955 \$**.

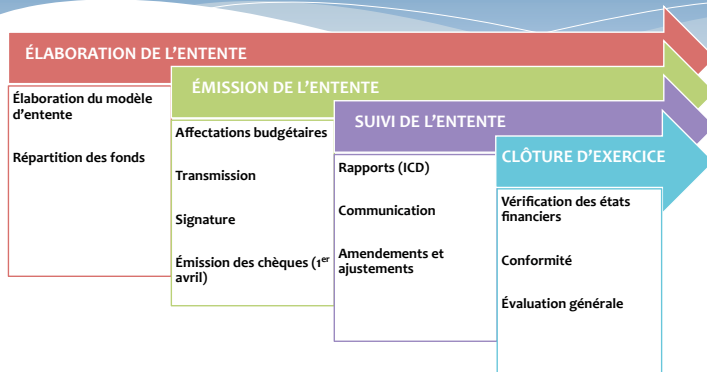
16

LE FONCTIONNEMENT INTERNE

- *Le cycle financier des programmes*
- *La structure régionale et le budget régional*
- *Les services en soutien aux programmes sociaux*

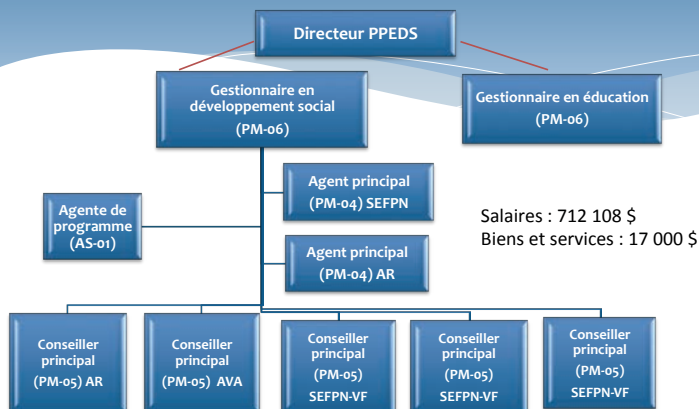
17

CYCLE FINANCIER DE PROGRAMME



18

ORGANIGRAMME RÉGIONAL - DÉVELOPPEMENT SOCIAL



Note : Description de poste générique, selon les priorités, les dossiers peuvent être alloués différemment entre les ressources de même niveau.

19

SERVICES EN SOUTIEN AUX PROGRAMMES

Ces services sont essentiels afin d'assurer la responsabilisation ainsi que l'efficacité et l'efficacé des opérations

- Les programmes d'AANDC de la région du Québec comptent sur divers services ministériels tels :
 - l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels;
 - la technologie de l'information;
 - les ressources humaines;
 - les biens immobiliers;
 - la gestion de l'information;
 - la gestion financière;
 - la gestion des ententes.

20

LES DIVERSES RESPONSABILITÉS

21

AADNC

L'Administration centrale et les bureaux régionaux ont des structures et des fonctions de base qui se soutiennent par des responsabilités propres à chacun.

Fonctions de base nationales	Fonctions de base régionales
Diriger l'élaboration de politiques de programme et support aux régions	Soutenir l'application des politiques de programmes et favoriser la diffusion et d'information aux bénéficiaires de financement et partenaires;
Accorder du financement à la Région en conformité avec la politique et les autorisations de programme approuvées	Accorder du financement aux bénéficiaires d'entente en conformité avec la politique et les autorisations de programme approuvées
Examiner les demandes de financement et fournir une décision	Examiner les demandes de financement et fournir des recommandations en lien au financement
Établir les exigences et les directives relatives à la gestion des programmes en fonction des politiques en place	Communiquer et mettre en force les exigences et les directives relatives à la gestion des programmes
Mesure, évaluation et vérification du rendement	Mesure du rendement (ICD, revue de conformité, etc.)
Création et gestion de partenariats	Relations intra et intergouvernementales et avec les Premières Nations
Gestion de l'information	Données et surveillance

22

BÉNÉFICIAIRE DE FINANCEMENT

- S'assure que la prestation des programmes soit conforme à l'entente de financement;
- Connaît et respecte les exigences relatives à la prestation des programmes sociaux;
- Veille à l'admissibilité des dépenses encourues;
- Veille à la mise en place des politiques, des procédures financières et des contrôles internes;
- Respecte les exigences en matière de rapports;
- S'assure que le personnel en place possède les compétences et les connaissances nécessaires à la prestation des programmes.

23

CSSSPNQL

- Reçoit un financement annuel pour réaliser des activités telles que définies dans le plan et le budget soumis et approuvés par AADNC
- Travaille en collaboration avec les partenaires à la détermination des enjeux stratégiques et aux travaux associés, notamment par le biais de différents comités
- Accompagne les agences des Premières Nations dans la mise en œuvre de l'Approche améliorée axée sur la prévention des SEFPN ainsi que dans la collecte et la gestion des données en fonction des exigences de programme

24

Quelques pistes de réflexion

- Quel serait un modèle éventuel de gouvernance?
- Quels seraient les mécanismes d'imputabilité qui pourraient être mis en place?

25

