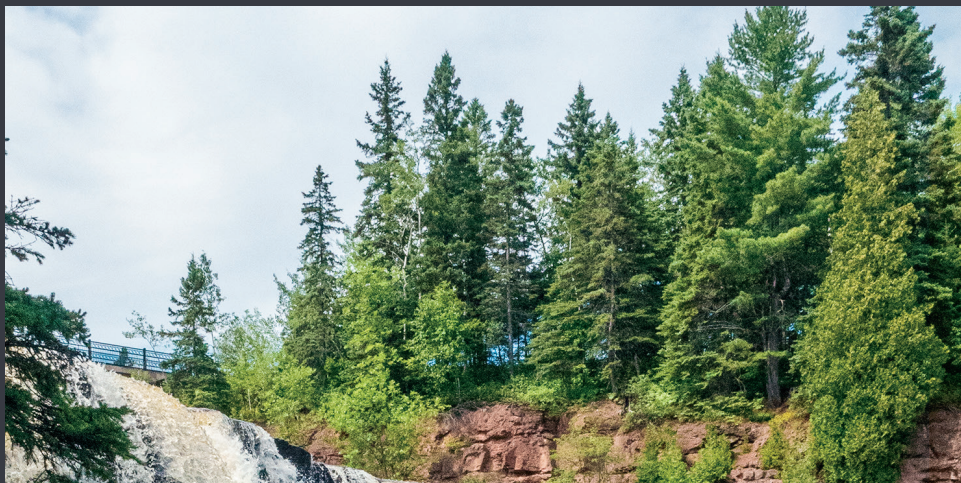




PROJET DE GOUVERNANCE EN SANTÉ ET EN SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

**RAPPORT SOMMAIRE
PRÉ-AGA DE LA CSSSPNQL
8 JUILLET 2015**

Rapport produit par la 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
PRÉ-AGA DE LA CSSSPNQL
8 JUILLET 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

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

Vicky Viens, 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 : 978-1-926528-64-9

Dépôt légal – 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec / Bibliothèque nationale du Canada

© CSSSPNQL 2015

TABLE DES MATIÈRES

1 INTRODUCTION	1
2 MISE À JOUR DU PROJET	2
3 FONCTIONS INTERNES DE LA DGSPNI	4
4 MODÈLE DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE	6
5 RÉSULTATS DES DÉBATS ET DES ÉCHANGES	8
5.1 Fonctions de la DGSPNI	8
5.2 Enjeux et défis	16
6 CONCLUSION DE LA RENCONTRE	21
7 PROCHAINES ÉTAPES	22
8 ANNEXES	23
A Ordre du jour	25
B PowerPoint — Patrice Lacasse	27
C PowerPoint — Valerie Gideon	33
D PowerPoint — Keith Marshall	47

1

INTRODUCTION

Charlie Patton, aîné de Kahnawake, offre une prière et souhaite à tous une belle journée de partage et d'échange. Malik Kistabish remercie M. Patton pour la prière qu'il a livrée. Il rappelle que, dans le cadre du projet, les différentes nations doivent parler d'une seule voix et qu'il faut travailler pour l'avenir de nos enfants. M. Kistabish remercie la commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) pour l'organisation de la journée ainsi que tous ceux qui ont accepté l'invitation de participer à cette rencontre d'échange.

Marjolaine Sioui souligne le travail réalisé par le conseil d'administration de la CSSSPNQL pour la préparation de la rencontre. Elle souhaite que cette journée soit un moment pour avancer encore un peu plus loin et que tous puissent constater l'évolution du projet.

Chef Salomé McKenzie remercie tous les gens présents et exprime sa reconnaissance pour le travail accompli par la CSSSPNQL ainsi que pour les efforts que tous font dans leur communauté respective. Elle rappelle que nos valeurs se rejoignent et que de nombreux efforts seront nécessaires pour voir notre vision se réaliser. Les Premières Nations ont cette force de se mobiliser et il faut être fiers de qui nous sommes.

1.1

DÉROULEMENT, OBJECTIFS ET INFORMATION

Dan Gaspé, animateur de la rencontre, présente les trois objectifs de la rencontre :

1. mieux connaître les fonctions de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada;
2. valider l'abrégé des enjeux et les pistes de solutions;
3. permettre à tous d'exprimer leurs opinions et leurs préoccupations à l'égard d'un nouveau modèle de gouvernance.

2 MISE À JOUR DU PROJET

Patrice Lacasse, conseiller à la gouvernance, CSSSPNQL

L'objectif de la présentation de Patrice Lacasse est de revenir sur le projet et de faire une récapitulation du travail réalisé jusqu'à présent. M. Lacasse fait un bref historique des politiques et des orientations fédérales qui ont influencé la prise en charge des services de santé par les communautés.

Jusqu'à maintenant, de nombreuses activités ont été réalisées dans le cadre du projet : effectuer un portrait de la situation, définir les valeurs, les principes et un énoncé de vision devant guider le projet, déterminer une définition commune du concept de gouvernance ainsi que relever les enjeux vécus dans l'administration et la prestation des services dans les communautés. De plus, des mises à jour du projet ont été faites régulièrement avec les chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador (APNQL) et d'autres groupes. M. Lacasse rappelle que tous ces travaux servent à préparer la rencontre de février 2016, où un modèle-cadre sera présenté aux chefs en vue de leur approbation.

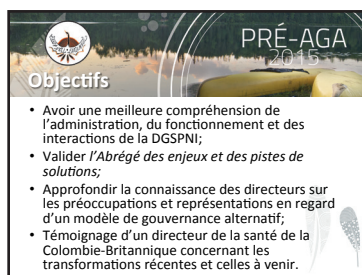
M. Lacasse rappelle les objectifs de la rencontre.

Le premier objectif consiste à améliorer notre compréhension du fonctionnement de la DGSPNI.

Il est important de connaître ce qui se fait à Montréal et à Ottawa dans une optique de prise en charge partielle ou totale par les communautés. À l'automne, le même exercice pourrait être demandé à Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC). Le deuxième objectif est de valider l'abrégé des enjeux et les pistes de solutions¹. Un atelier a été

préparé pour que les personnes présentes puissent valider et bonifier le document.

Il est aussi question de discuter si une prise en charge par les communautés permettra ou non de contrer ces défis. Le troisième objectif est d'approfondir les connaissances des directeurs et de recueillir leurs opinions. Le dernier objectif est d'en apprendre davantage sur l'expérience des Premières Nations de la Colombie-Britannique grâce à une présentation d'un directeur de la santé travaillant dans une communauté de cette province.



PRÉ-AGA 2015

Objectifs

- Avoir une meilleure compréhension de l'administration, du fonctionnement et des interactions de la DGSPNI;
- Valider l'Abrégé des enjeux et des pistes de solutions;
- Approfondir la connaissance des directeurs sur les préoccupations et représentations en regard d'un modèle de gouvernance alternatif;
- Témoignage d'un directeur de la santé de la Colombie-Britannique concernant les transformations récentes et celles à venir.

¹ L'abrégé des enjeux fait référence à un exercice fait avec les directeurs de la santé lors d'une rencontre régionale tenue en janvier 2015.

M. Lacasse fait état des rencontres à venir. En octobre, les directeurs seront conviés à une rencontre régionale, où les concepts liés au modèle de gouvernance seront abordés. Il sera aussi question d'en apprendre davantage sur les fonctions d'AADNC et de la DGSPNI, si le besoin est manifesté. Les directeurs seront également rencontrés à l'hiver 2016 pour choisir un ou plusieurs modèles, puis le même exercice sera fait avec les chefs.

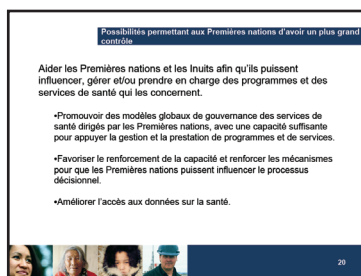
Pour ce qui est de l'après-projet, soit la poursuite de la démarche après le 31 mars 2016, une planification devra être effectuée. Une fois qu'un modèle-cadre aura été choisi, il faudra détailler chacune de ses composantes, commencer les négociations avec les gouvernements, établir un plan de transition ainsi qu'un plan stratégique régional pour l'élaboration de programmes répondant à nos besoins. Il faudra définir le processus qui permettra aux communautés d'exécuter ces mandats. Dans le cadre du projet, de nombreux documents ont été produits. M. Lacasse invite les participants à les partager dans leur communauté. M. Lacasse informe également les participants que la page Web du projet est en refonte et que tous les documents produits pourront y être consultés.

3 FONCTIONS INTERNES DE LA DGSPNI

Valérie Gideon, sous-ministre à la DGSPNI, expose les objectifs de sa présentation qui sont de transmettre aux participants de l'information à propos des processus pour définir les priorités, les sources de financement ainsi que les différents modèles de gouvernance des Premières Nations au Canada.

Quelques renseignements tirés de la présentation de Mme Gideon :

- ▶ Chacune des régions doit mettre en place un processus de discussion avec les Premières Nations et doit documenter les efforts consentis pour assurer cette participation ;
- ▶ Dans les dernières années, on constate une diminution de la proportion du budget de la DGSPNI allouée à l'administration et aux salaires et une augmentation des budgets qui vont directement aux communautés ;
- ▶ L'architecture des autorités de programmes est considérée comme permanente. Par contre, un processus est possible pour demander que des changements soient apportés ;
- ▶ Pour tout changement de politique ou pour la création de nouveau financement, la ministre doit écrire au premier ministre pour qu'il y ait une autorisation de dépenser. Pour le renouvellement d'un financement existant, la demande est faite directement au Conseil du Trésor ;
- ▶ Il n'y a pas d'obligation légale pour que le Conseil du Trésor finance la DGSPNI. Le budget octroyé à la DGSPNI est voté chaque année. Le gouvernement fédéral ne relie donc pas la politique de 1979 sur la santé des Indiens à la constitution. La Loi sur la santé des Canadiens ne décrit pas le rôle du fédéral par rapport à la santé des Indiens ;
- ▶ L'enveloppe que reçoit la DGSPNI croît de 3 % annuellement. Les fonds alloués au programme des services de santé non assurés (SSNA) croissent de 5 % par année ;
- ▶ À la suite des restrictions budgétaires de 2012 dans la fonction publique, l'accent a été mis sur la capacité des bureaux régionaux ;
- ▶ La DGSPNI de la région du Québec compte 135 employés, dont huit infirmières qui travaillent dans les communautés ;



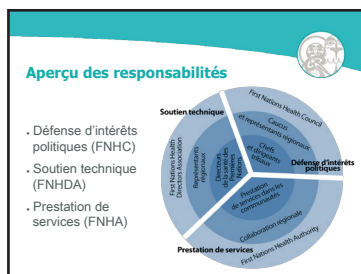
- Modèles de gouvernance ailleurs au Canada : diversité entre les provinces quant aux responsabilités fédérales redonnées aux Premières Nations et aux relations qu'entretiennent les Premières Nations avec les gouvernements provinciaux.

4 MODÈLE DE GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS EN COLOMBIE-BRITANNIQUE

Keith Marshall, directeur de la santé au Hailika'as Heiltsuk Health Centre, à Bella Bella, en Colombie-Britannique, est vice-président de la First Nations Health Directors Association (FNHDA). Les deux objectifs de sa présentation sont d'exposer le cheminement des Premières Nations de la Colombie-Britannique vers la gouvernance de leur système de santé et de transmettre de l'information sur la FNHDA.

M. Marshall présente tout d'abord les grandes étapes qui ont conduit au transfert des responsabilités de la DGSPNI aux Premières Nations de la Colombie-Britannique. Les pourparlers en Colombie-Britannique ont débuté en 2000 lorsque les chefs ont évoqué la possibilité de prendre la responsabilité des services de santé. Dans les années suivantes, différents travaux ont mené à la rédaction d'un plan de santé pour les Premières Nations, à des négociations avec le gouvernement fédéral et provincial et à la mise sur pied d'organisations des Premières Nations. Les discussions avec les gouvernements ont entraîné la signature d'un accord tripartite exposant les bases de la prise en charge par les Premières Nations. Les trois organisations piliers décrites dans cet accord sont le First Nations Health Council (FNHC), qui a un rôle politique, la FNHDA, qui joue un rôle technique, et la First Nations Health Authority (FNHA), qui a une responsabilité dans la prestation des services.

Il aborde par la suite la question de la FNHDA, qui est la première association de ce genre au Canada. Cette association est dédiée au soutien des directeurs et des gestionnaires de la santé qui travaillent dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Ses activités consistent notamment à offrir de la formation aux directeurs de la santé ainsi que des conseils et des recommandations pour l'amélioration des services de santé.



M. Marshall termine sa présentation en énonçant quelques changements qui ont eu lieu dans sa communauté depuis que celle-ci a plus de responsabilités par rapport aux soins de santé qui y sont offerts. Selon ses dires : « Nous ne cherchons pas toujours à obtenir plus de fonds, mais, parfois, nous cherchons à avoir une plus grande flexibilité pour faire ce que nous voulons avec les fonds ». Ainsi, la communauté offre maintenant un nouveau service de télésanté pour le dépistage des maladies de la rétine

et a embauché un physiothérapeute ainsi qu'un dentiste pour offrir des services directement sur son territoire. Ces ajouts permettent d'offrir de meilleurs soins aux patients et d'économiser sur les coûts de transport.

5 RÉSULTATS DES DÉBATS ET DES ÉCHANGES

Au cours de la journée, deux ateliers ont été offerts aux participants : un premier portant sur les fonctions de la DGSPNI et un second sur les enjeux liés à la prestation des services de santé et des services sociaux dans les communautés.

5.1 FONCTIONS DE LA DGSPNI

Le premier atelier a permis de revenir sur la présentation de Mme Gideon. Les gens ont été amenés à discuter de leur compréhension des rôles et des fonctions de la DGSPNI, des aspects qu'ils aimeraient approfondir lors d'une prochaine rencontre ainsi que des possibilités et des défis découlant d'une éventuelle prise en charge, totale ou partielle, des fonctions de la DGSPNI. À la fin de l'atelier, chacun des groupes a été invité à partager ses réflexions.

Les sections 5.1.1 à 5.1.5 résument les avis et les questionnements partagés par les participants.

5.1.1 Impressions générales et apprentissages

Plusieurs participants constatent que la DGSPNI nationale et régionale représente une immense bureaucratie. Les procédures administratives sont lourdes et compliquées, la présentation de Mme Gideon sur le processus de demande de crédits et d'autorités en fait foi. Le processus est lourd et rigoureux, mais il n'est pas immuable puisqu'il peut être modifié pour répondre aux besoins ou à la philosophie de gestion des gouvernements qui se succèdent.

Plusieurs déplorent cette lourdeur bureaucratique. Constatant les nombreuses étapes et les nombreux processus de validation, certains craignent que cela dénature les intentions initiales, soit l'instauration de programmes et de services adéquats pour les Premières Nations.

La présentation de l'aspect budgétaire du bureau national et régional est aussi appréciée. Cela donne une meilleure idée du financement réparti à la DGSPNI et aux communautés. Par contre, plusieurs zones restent à couvrir, comme les coûts non chiffrés ainsi que l'estimation des services institutionnels.

Les participants ont apprécié la distinction succincte entre les fonctions et les responsabilités de la DGSPNI nationale et régionale. Il a été exprimé le souhait d'en connaître davantage sur lesdites fonctions, les ressources humaines et leurs activités.

Tout en ayant une meilleure idée des responsabilités respectives, il est entendu par tous qu'il est nécessaire d'en savoir plus sur les services institutionnels.

5.1.2

Approfondissements nécessaires

La présentation de Mme Gideon a été très claire et intéressante. L'ensemble de l'information transmise a engendré beaucoup de questions et d'interrogations. Ces dernières touchent la situation actuelle relativement à la juridiction, aux fonctions de la DGSPNI nationale et régionale, aux programmes et au financement.

Juridiction

De prime abord, le sujet de la responsabilité fédérale/provinciale ressort rapidement. Plusieurs questions restent en suspens à ce sujet. Par exemple, quel est le rôle de la DGSPNI par rapport au rôle de la province? En cas de conflit de juridiction, qui est responsable des besoins des Premières Nations? Qui est responsable de soutenir l'offre de services des Premières Nations dans les communautés, surtout dans des cas spécifiques (p. ex. : dialysés, soins préhospitaliers d'urgence, etc.)? Il semble nécessaire d'avoir une présentation de la province afin de mieux comprendre son mode de fonctionnement et ainsi être en mesure d'aborder le sujet sous l'angle de la responsabilité.

Fonctions, rôles et responsabilités

À plusieurs reprises, il a été exprimé le souci de bien cerner la distinction entre les rôles et les fonctions de la DGSPNI nationale et de la DGSPNI régionale. Il est évident que les rôles sont complémentaires, mais le besoin d'obtenir une image globale est nécessaire. On peut se demander si l'accès au plan opérationnel faciliterait la compréhension des rôles.

Élaboration des programmes

Les participants ont exprimé le souhait de connaître concrètement le processus d'élaboration des programmes. Par exemple, comment la DGSPNI nationale élabore-t-elle des programmes? Comment la voix des Premières Nations est-elle entendue et considérée? Sur quelles bases et approches ou écoles de pensée les programmes sont-ils élaborés?

SSNA

Considérant l'ampleur et l'immensité du programme des SSNA, son fonctionnement doit être davantage cerné. Beaucoup de ressources humaines, financières et matérielles y sont affectées et la qualité de sa gestion a des répercussions importantes sur les individus.

Financement des programmes actuels

Beaucoup de questions concernent le mécanisme de détermination des fonds et de la gestion de la croissance desdits fonds. Quels sont les principes et mécanismes qui modulent le taux d'indexation ou les augmentations? Pourquoi y-a-t-il une augmentation de 5 % pour les SSNA, mais pas pour les autres programmes? Comment les ministères fédéraux tiennent-ils compte de l'arrêt McIvor considérant que cela engendre une augmentation de la population? Comment les budgets sont-ils priorisés et quels sont les indicateurs utilisés? Certains fonds sont-ils inutilisés et retournés aux fonds consolidés?

Pour plusieurs, il est bien connu que le taux d'indexation des programmes est de 3 %. Par contre, si on le jumelle avec le taux d'indexation du Transfert canadien en santé, la province de Québec bénéficie-t-elle du même taux d'indexation? Outre la question de la juridiction provinciale et fédérale, quelles sont les sommes versées au gouvernement du Québec? De quel ordre sont les montants? Comment ces sommes intègrent-elles le système de santé et de services sociaux? Il est souhaité de connaître davantage ces aspects.

5.1.3

Préoccupations face à un nouveau modèle de gouvernance

La présentation a provoqué certaines préoccupations dans l'optique d'une prise en charge partielle ou totale des responsabilités de la DGSPNI.

Programmes et pouvoir d'agir

La préoccupation majeure concerne la capacité des Premières Nations à transformer les stratégies et les programmes afin qu'ils puissent mieux correspondre à leur conception du mieux-être.

Une prise en charge des autorités permettrait de déterminer les interventions nécessaires pour chacune des communautés. Les participants se demandent quelle serait la marge de manœuvre possible. Les obligations seraient-elles les mêmes ou bien seraient-elles sujettes à des modifications importantes? Jusqu'à quel point les normes et les critères peuvent-ils être transformés? Par exemple, pourrait-on cibler des sujets non traditionnellement considérés comme faisant partie de la santé et des services sociaux tels que le logement, l'éducation, etc.? De plus, quant aux programmes minimaux, quels services essentiels ne pourraient être remplacés?

Actuellement, la catégorisation des programmes s'effectue à l'aide de blocs. Les gens se demandent comment cette catégorisation est malléable régionalement et localement. Comment serait-il possible de transformer ces catégories, car il ne faut pas oublier que l'intérêt majeur est de remettre aux communautés la capacité de pouvoir élaborer leurs services selon leur réalité.

Ressources financières accessibles

Les préoccupations liées au financement touchent principalement l'implication des Premières Nations. Au sujet de la Colombie-Britannique, les Premières Nations ont-elles eu à présenter une requête au Conseil du Trésor? Avec qui les Premières Nations ont-elles négocié l'entente tripartite?

Une fois l'entente négociée, comment s'effectuerait la représentation pour les Premières Nations dans l'éventualité où le financement serait jugé inadéquat? Les Premières Nations seraient-elles interpellées pour justifier les requêtes envers le Conseil du Trésor? Dans l'éventualité où le gouvernement jugerait nécessaire de sabrer les dépenses, comment pourrait-on maintenir les services et assurer leur efficacité?

De façon plus pragmatique, plusieurs personnes se questionnent sur les possibilités de financement réservé aujourd'hui à la DGSPNI. Par exemple, les Premières Nations pourraient-elles avoir accès à des sommes pour les services ministériels, pour des services qui ne seraient plus offerts par la DGSPNI nationale?

Reddition de comptes

Outre une reddition de comptes élaborée et convenue par tous, les participants se questionnent sur le type de reddition qui persisterait envers le fédéral. Par exemple, qui serait responsable de la conformité? Quel genre de conformité serait requis envers la DGSPNI? Des sommes seraient-elles prévues pour assurer cette conformité? Quelles seraient les obligations rattachées à l'exercice de reddition de comptes?

Gestion du changement

Pour assurer une suite au projet, certaines interrogations ont été soulevées. Si on se réfère au développement des partenaires dans la présentation de Mme Gideon, quels sont les préalables? Est-il nécessaire de recourir à une politique institutionnelle? Outre un aval de la politique des Premières Nations, y a-t-il d'autres obligations nécessaires?

L'aspect du transfert des opérations des gouvernements fédéral et provincial envers les Premières Nations préoccupe aussi les participants. Comment cette transition peut-elle s'effectuer? Outre les lois fédérales et provinciales applicables, y aurait-il des obligations auxquelles les Premières Nations seraient assujetties? Ces préoccupations touchent principalement les ressources humaines et matérielles.

5.1.4

Défis d'une prise en charge d'autorités et de responsabilités

L'éventualité d'une prise en charge partielle ou totale demande beaucoup de planification. Il a été demandé aux participants de partager leurs appréhensions envers les risques dans l'optique de les prévenir ou de les atténuer.

Les éléments touchant les possibilités dans la section 5.1.5 ont été reportés dans la section « Possibilité d'une gouvernance renouvelée ».

Relations avec les partenaires fédéraux et provinciaux

Il y a un risque qu'une prise en charge par les Premières Nations amène une diminution et/ou un gel des enveloppes budgétaires disponibles. Les Premières Nations pourraient ensuite avoir de la difficulté à convaincre le fédéral de rouvrir l'entente pour ajuster le financement nécessaire pour répondre aux besoins.

Il y a lieu de s'interroger à propos des impacts sur l'équité des services qui seront donnés en cas de prise en charge par les Premières Nations. Les Premières Nations auront-elles l'entière collaboration des gouvernements fédéral et provincial pour mettre en place une organisation conjointe et des mécanismes de coordination efficaces permettant d'assurer des services continus de qualité?

Considérant les responsabilités que pourraient assumer les Premières Nations, il faudrait s'assurer que le réseau provincial n'entreprendra pas un désengagement plus grand de ses responsabilités sur les plans clinique et financier. Il faudrait aussi s'assurer qu'un changement majeur n'envenime davantage la situation actuelle qui présente des conflits juridictionnels non résolus entre le fédéral et la province.

Ressources financières

Il faut être réaliste et considérer le fait que les changements majeurs souhaités n'entraîneront pas nécessairement d'apport majeur supplémentaire de ressources financières. On ne peut pas répondre adéquatement à tous les besoins avec le financement disponible présentement. Par contre, les Premières Nations seront en contrôle des ressources et pourront décider entre elles de la façon de mieux répondre aux besoins.

Ressources informationnelles

L'information et les données sont à la base d'un processus décisionnel efficace. Elles sont donc nécessaires afin d'orienter les efforts de façon objective. Plusieurs données touchant les Premières Nations sont détenues par le fédéral et la province. Comme les Premières Nations seraient responsables, la détention de ces données devient encore plus pressante et importante pour assurer une prise de décisions éclairées.

Mobilisation pour l'adhésion au projet

Le moyen entrepris pour atteindre la finalité consiste à rapatrier des pouvoirs aux communautés. Par contre, certaines activités et responsabilités nécessiteront une coordination régionale et nationale afin qu'elles soient exercées collectivement. Il faut s'assurer que les communautés se sentent à l'aise avec cette dynamique de pouvoirs dévolus, mais qui leur appartient toujours. L'idée est qu'il faut s'assurer que les gouvernements des Premières Nations sentent que leur autonomie est respectée. Par la même occasion, une entente entre les Premières Nations et le fédéral doit inclure une clause qui reconnaît la responsabilité fiduciaire du fédéral, le tout afin d'éviter que ladite entente puisse porter un préjudice quelconque aux Premières Nations.

Il a été affirmé qu'il est important que les chefs soient conscientisés sur le fait que les directeurs de la santé et des services sociaux s'entendent entre eux et que personne ne doit perdre de vue la finalité, soit l'amélioration du bien-être des populations des Premières Nations. C'est sur le plan politique que les choses vont se jouer étant donné que les chefs représentent l'autorité ultime, tant dans les communautés qu'en assemblée des chefs. Il est primordial que les valeurs et les principes adoptés au début du projet guident les réflexions de tous.

5.1.5

Possibilité d'une gouvernance renouvelée

Beaucoup d'éléments soulevés par les participants concernent leur vision et leurs attentes envers un nouveau modèle de gouvernance, principalement en ce qui concerne les capacités supplémentaires et les principes dont il faut tenir compte.

Ces éléments ont été assemblés sous ces différents ensembles : pouvoir d'agir collectif, solidarité, éclaircissement juridictionnel, développement des ressources humaines et économiques, culture et reddition de comptes.

Pouvoir d'agir collectif – Détermination des approches et des programmes

La prise en charge des responsabilités détenues par les ministères fédéraux permettrait une détermination par les Premières Nations des programmes de santé et de services sociaux. Cela permettrait d'instaurer une flexibilité pour opérationnaliser des interventions qui seraient déterminées par les réalités propres aux communautés. Le tout serait appuyé par des approches et des stratégies que les Premières Nations auront choisies.

Il faut s'assurer que les communautés auront le pouvoir de créer leurs programmes et ainsi établir leurs normes. Il faut aller au-delà de la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens de 1989. Il faut donc dépasser véritablement le stade de l'opérationnalisation ou de l'administration des services. Une attention particulière serait portée au respect des populations, de leurs traditions et de leurs cultures.

Réponse ciblée

Pour certains, il semble évident de croire que la prise en charge de programmes permettra des réponses mieux ciblées. Il est raisonnable de croire qu'obtenir la prise en charge des SSNA permettrait de faire des économies en mettant en place des soins alternatifs moins coûteux et mieux adaptés aux besoins des patients.

Solidarité

Certaines personnes affirment que les nations doivent se rassembler. L'unité des Premières Nations permettrait une plus grande force et un plus grand soutien, au besoin. Du même coup, il est exprimé le désir d'assurer un système de relations et d'interrelations à différents niveaux. Le tout doit apparaître et être explicité dans le modèle qui sera choisi.

Outre la force et l'entraide, la mise en commun des ressources pourrait permettre des économies d'échelle. Le partage des ressources ainsi que de sa gestion pourrait profiter à l'ensemble des communautés. À cette fin, certains soulignent l'importance de partager des responsabilités au niveau régional, à l'image de la FNHA de la Colombie-Britannique afin de coordonner cette mise en commun.

Instance régionale

Outre l'idée de désigner ce à quoi devrait ressembler une gouvernance renouvelée, certains ont précisé ce qu'ils aimeraient éviter de voir apparaître. Quant à la présence d'une instance régionale, elle ne doit pas adopter qu'un rôle très technique et administratif qui met l'accent sur la reddition de comptes pure et dure. Elle doit davantage être axée sur la finalité des programmes. En somme, être plus près des besoins du terrain.

En cas de prise en charge, il y a lieu de bien clarifier les rôles entre l'organisation des Premières Nations responsable sur le plan régional, la DGSPNI, le Québec et les autres partenaires en matière de responsabilités concernant la décision, la gestion, l'opérationnalisation, le financement, l'offre de services, etc. L'idée est de favoriser les interactions le plus efficacement possible, évitant les problèmes engendrés par une interprétation erronée des rôles et des responsabilités.

Plusieurs participants ont souligné le rôle d'éducation que devrait revêtir une instance régionale. La méconnaissance qui existe entre les Premières Nations et les autochtones se transforme souvent en obstacles lorsqu'il est temps d'élaborer des initiatives d'intégration des services. Malheureusement, les relations d'affaires sont encore trop souvent conditionnées par la présence ou l'absence de préjugés chez les individus. Cet état de fait a des répercussions sur la mobilisation des acteurs afin d'apporter des modifications pour améliorer les services et les collaborations.

Relations avec la province

Les participants soulignent l'importance de l'intégration de leurs services aux services de la province. Pour ce faire, les participants ont exprimé le souhait de voir le Québec se rallier au projet avec la volonté de s'impliquer activement pour l'implantation de structures et de mécanismes favorisant les interactions entre les Premières Nations, le fédéral et la province. L'idée est d'instaurer un environnement favorable pour aborder les défis qui persistent.

Plusieurs relations entre les Premières Nations et la province vont bien. Il est suggéré de capitaliser sur les expériences positives et d'aborder les éléments qui posent des défis. Par exemple, l'établissement de continuums de services en santé mentale pourrait être davantage facilité. Certaines personnes amènent l'idée d'intensifier l'échange d'information au sujet des utilisateurs de services afin d'assurer un meilleur suivi et un meilleur soutien par la même occasion.

Développement des ressources humaines et économiques

Le recrutement et la rétention des ressources humaines sont déjà des difficultés auxquelles doivent faire face plusieurs communautés. Une prise en charge des ressources pourrait permettre la réalisation de solutions non applicables présentement. Il faut assurer la mise en place d'un environnement qui encourage davantage les jeunes à acquérir une formation et à retourner dans les communautés.

Intégration de la culture

Pour qu'un nouveau modèle de gouvernance puisse être effectif, il est nécessaire que le modèle choisi intègre et respecte les différentes cultures présentes dans les communautés. À plusieurs reprises, les gens ont affirmé que l'objectif est d'éviter de reproduire ce qui se fait actuellement. L'idée est d'obtenir l'autorité pour élaborer les stratégies, les programmes et les services, le tout en cohérence avec les conceptions de la santé et du mieux-être des Premières Nations.

Reddition de comptes

Le souhait exprimé est que le modèle choisi doit faire en sorte que les Premières Nations doivent d'abord rendre des comptes à leur population. C'est à cette dernière que les autorités doivent rendre compte de leurs actes au sujet des ressources et des pouvoirs. Il n'est pas normal, pour l'instant, que cette reddition de comptes ne soit réservée qu'aux gouvernements et à ses différents appareils.

L'exercice de cette reddition de comptes doit être revu de fond en comble. Il faut s'assurer que ces activités peuvent répondre aux besoins des communautés et des gouvernements, tout en s'assurant que l'opérationnalisation en est simplifiée.

5.2 ENJEUX ET DÉFIS

Le deuxième atelier s'est déroulé sous forme d'une adaptation du *World Café*. En petits groupes, les participants ont été invités à se pencher sur sept enjeux tirés de l'*Abrégé des enjeux en santé et en services sociaux*, document produit à la suite des discussions tenues lors de la rencontre conjointe de janvier 2015. Les participants devaient ainsi réfléchir aux possibilités qu'offrirait un nouveau modèle de gouvernance par rapport à ces enjeux : le financement, la prise de décisions, l'accès aux ressources humaines et matérielles, l'accès aux services, les relations avec le réseau provincial, la gestion de l'information et l'intégration de la culture.

Les questions posées aux participants pour guider leur réflexion étaient :

- ▶ Comment le fait de détenir des autorités supplémentaires vous permettra d'avoir plus d'influence sur les enjeux et les défis que vous avez définis? Qu'est-ce qui devient possible avec une nouvelle structure de gouvernance? Quelle est la valeur ajoutée?
- ▶ Pouvez-vous nommer d'autres pistes de solutions que celles proposées? Permettent-elles d'avoir de l'influence sur les enjeux et les défis que vous avez définis?

5.2.1 Enjeu – Financement

Les participants ont soulevé la possibilité de l'établissement d'un mécanisme de répartition de fonds plus équitable et basé sur des indicateurs qui seraient déterminés par eux-mêmes. Le mécanisme serait plus légitime vu la reconnaissance de l'expertise détenue par les Premières Nations. Cette expertise prend son assise sur la connaissance des réalités vécues dans les milieux.

La légitimité d'un processus de répartition de fonds proviendrait aussi du fait qu'il serait déterminé et entériné par les Premières Nations. Le processus de répartition et ses mécanismes tiendraient compte davantage des particularités des communautés. Il serait aussi possible d'élaborer des mécanismes de réciprocité entre les communautés afin de pouvoir offrir des services à des Premières Nations ne résidant pas dans leur communauté d'attache.

Les participants soulignent qu'il y aurait une flexibilité des ententes de financement puisque la nature des ententes serait déterminée collectivement par eux, tout en s'assurant que les sommes sont administrées avec rigueur et dans les règles adéquates.

Un autre point important concerne l'impact possible auprès des partenaires. Considérant qu'une prise en charge des responsabilités peut se traduire par un contrôle des ressources financières et une solidarité entre les nations, il est fort possible que les relations s'améliorent avec les instances provinciales.

En lien avec les points soulevés, certaines discussions ont porté sur l'accès aux ressources financières. Dans un contexte où certaines communautés éprouvent des difficultés relatives au financement de programmes, il peut parfois devenir nécessaire d'instaurer des mécanismes pour assurer l'intégrité des budgets en santé et en services sociaux.

5.2.2

Enjeu – Prise de décisions

Une prise en charge partielle ou totale des autorités et des responsabilités détenues par la DGSPNI et AADNC permettrait aux Premières Nations de définir leurs propres critères et règles pour la définition des services et des procédures de fonctionnement. Elle laisserait aussi plus de place à la créativité dans les façons de rendre les services.

Il est suggéré d'instaurer une base commune à l'aide de stratégies et de programmes-cadres qui permettent aussi la gestion de programmes spécifiques au niveau local. Il s'agit d'une forme décentralisée qui reconnaît l'autorité et l'expertise locales.

L'adoption d'une approche communautaire qui remonte vers le régional permettrait l'élaboration de stratégies plus adéquates. Ainsi, les décisions seraient prises sur la base de consultations des acteurs concernés. Cette façon de faire serait une cassure avec la façon de faire actuelle, où les directives émanent d'une structure nationale.

Une autre possibilité évoquée est celle d'offrir des services autant pour les gens dans les communautés qu'à l'extérieur des communautés. Cela permettrait d'être en conformité avec le principe maintes fois évoqué par les chefs, soit que les conseils de bande ont toujours une responsabilité envers leur population, peu importe leur lieu de résidence.

Il est suggéré de rapatrier les pouvoirs aux communautés, tout en les accompagnant d'une délégation de pouvoirs à une ou à des instances régionales, selon ce qui sera jugé le plus approprié.

5.2.3

Enjeu – Accès aux ressources humaines et matérielles

La prise en charge de responsabilités par les Premières Nations permettrait de définir certaines normes plus flexibles permettant l'application de solutions spécifiques. En effet, les règles actuelles du fédéral manquent de flexibilité, ce qui entrave l'exécution d'initiatives innovatrices. Par exemple, peu de financement est disponible pour mettre en place des incitatifs adaptés aux besoins des communautés situées en zone éloignée ou isolée pour retenir le personnel en place.

Ce qui serait pertinent est l'élaboration d'une stratégie régionale de développement des ressources humaines. Ayant l'autorité et le contrôle, les Premières Nations pourraient s'entendre sur les orientations et les priorités. L'idée est de définir les besoins en ressources humaines pour chaque communauté afin de se coller à leur vécu. De façon collective, il pourrait être envisagé d'effectuer du placement régional afin d'atténuer certains défis auxquels des communautés sont confrontées.

Cette prise en charge pourrait également être l'occasion de revoir l'accès à certains professionnels de la santé. Par exemple, actuellement, Santé Canada défraie des sommes pour les services psychologiques et non pour les psychologues eux-mêmes. Un autre volet pourrait être de définir et d'implanter d'autres stratégies pour encourager les jeunes des Premières Nations à étudier pour travailler dans leur communauté, en plus de renforcer la rétention du personnel déjà en place. Il est ainsi suggéré de promouvoir les métiers et les professions de la santé et des services sociaux et d'établir des partenariats avec différentes institutions d'enseignement.

Un besoin exprimé vise la professionnalisation de certaines fonctions. Le recours à la certification répond aussi aux besoins d'augmenter les capacités des ressources humaines, de reconnaître leurs expertises et leurs acquis, ainsi que d'assurer une qualité des services.

5.2.4

Enjeu – Accès aux services

Il sera nécessaire de faire reconnaître par la province la capacité des communautés et leur légitimité d'exercer une pleine autonomie dans la définition et l'organisation des services. En ayant un contrôle sur les ressources et la planification des services, il est présumé qu'il sera plus facile de revoir certains sujets avec la province tels que les corridors de services, l'arrimage entre les organisations, les services offerts en langue anglaise, etc. Il sera nécessaire pour ce faire, d'obtenir toute l'information nécessaire de la part des partenaires du fédéral et du provincial.

5.2.5

Enjeu – Relations avec le réseau provincial

Pour certains, une prise en charge collective par les Premières Nations ne peut qu'améliorer les interactions et les relations avec la province. De par la mise en place d'une organisation régionale des Premières Nations qui assure une coordination des autorités dévolues et des responsabilités inhérentes, la province n'aurait d'autre choix que d'assurer une collaboration active. Il est présumé que les Premières Nations seraient consultées davantage en amont des modifications législatives provinciales et seraient en mesure de réagir et de partager leurs préoccupations. Les Premières Nations bénéficieraient ainsi d'une plus forte influence.

Un questionnement a été soulevé, à savoir si l'amélioration des relations avec la province pourrait se traduire par la création d'initiatives plus inclusives, c'est-à-dire la mise en place de services qui ne font pas nécessairement de différence entre les Premières Nations et les autochtones.

Les participants suggèrent de trouver des moyens pour assurer la présence des Premières Nations auprès des institutions provinciales de la santé et des services sociaux.

5.2.6

Enjeu – Gestion de l'information

Les participants admettent généralement que la gestion des données est à la base de tout, c'est un premier pas pour une gestion efficace. Il serait judicieux de mieux soutenir les activités de recherche afin d'obtenir des données pour appuyer l'élaboration et la détermination des besoins et des priorités des communautés. Des participants se sont questionnés sur la possibilité de rapatrier des données détenues par la province ou d'y accéder.

Il est recommandé de créer un système d'information intégré et une base de données unique. Il faut aussi développer l'expertise en analyse et en interprétation de données et s'assurer de transmettre les connaissances aux communautés.

5.2.7

Enjeu – Intégration de la culture

Un des constats partagés est que l'intégration de l'aspect culturel s'effectuera naturellement et progressivement. En ayant le contrôle, les Premières Nations insuffleront la spécificité qui leur est intrinsèque. Considérant que le cadre sera déterminé par les Premières Nations, ce qui en résultera reflétera nécessairement leur identité. Le tout se fera à un rythme qui leur est propre.

Malgré le fait que la culture intégrera naturellement les actions et les produits, on doit tout de même y porter une attention particulière et mettre en place des mécanismes pour assurer une présence de cette culture. Par exemple, il est fait mention d'intégrer la médecine traditionnelle et les cérémonies. Il faut aussi respecter les façons de faire traditionnelles telles que le recours aux instances formelles ou non, à des cercles, etc.

Une des retombées positives serait l'absence de justification lors de recours à certaines pratiques médicales traditionnelles, comme les sueries, les séjours en forêt, les pratiques de chasse et de pêche, etc.

Un autre aspect pertinent concerne la spécificité culturelle qui peut parfois être un obstacle aux bonnes relations s'il existe de la méconnaissance ou de la peur. Pour contrer cet aspect, il vaudrait mieux rendre disponibles des outils afin de contrer les préjugés

et amenuiser les distances entre les peuples. Un plus grand contrôle permettrait aux Premières Nations de mieux informer leurs partenaires. Les ressources humaines qui donnent des services aux Premières Nations doivent être compétentes culturellement.

Les participants suggèrent de documenter les pratiques traditionnelles grâce à la recherche de modèles de pratique, ce qui amènerait une meilleure compréhension de ce qui est réalisé dans les communautés.

Les participants recommandent également de mettre en place un comité culturel pour favoriser une meilleure intégration de la culture.

6

CONCLUSION DE LA RENCONTRE

Marjolaine Sioui remercie les participants pour le travail accompli au cours de la journée. Les objectifs fixés ont été atteints. Les données récoltées au cours de la rencontre seront colligées dans un rapport qui sera ensuite partagé. Mme Sioui rappelle la rencontre du mois d'octobre qui permettra de voir comment le nouveau modèle de gouvernance pourra être façonné. Elle informe les participants que les membres du conseil d'administration de la CSSSPNQL se sont engagés à tenir des sessions de travail stratégiques portant sur le projet de gouvernance.

Mme Sioui remercie les animateurs des ateliers et Patrice Lacasse pour l'organisation de la rencontre.

Charlie Patton, aîné de Kahnawake, offre une prière de fermeture.

7 PROCHAINES ÉTAPES

Les présentations faites à la pré-AGA et les discussions qui y ont été tenues ont permis de poursuivre la réflexion pour guider l'élaboration d'un nouveau modèle de gouvernance renouvelée.

De l'information sera nécessaire pour édifier le modèle-cadre qui sera choisi ultérieurement. Certaines activités devront être organisées pour guider l'élaboration d'un modèle, tout comme la prise de décisions pour son application.

- ▶ Élaborer une étude de préfaisabilité et un plan d'affaires;
- ▶ Élaborer des études d'impact d'une éventuelle prise en charge des programmes;
- ▶ Étudier l'impact des nouvelles interactions entre les différentes parties impliquées aux niveaux national, régional et local;
- ▶ Préparer une évaluation des risques liés à la gestion du changement;
- ▶ Schématiser les mécanismes décisionnels de la DGSPNI et d'AADNC;
- ▶ Analyser des mécanismes d'allocation des budgets et des ressources humaines;
- ▶ Établir différents scénarios de transition.

Ces éléments seront donc insérés dans la planification de la poursuite du projet. Ces activités se feront également dans l'optique éventuelle d'une prise en charge des responsabilités de la DGSPNI (nationale et régionale) et d'AADNC (pour ce qui est des programmes touchant le développement social).

Trois rencontres sont prévues pour les prochains mois :

- ▶ Réseau des directeurs de la santé – septembre 2015
- ▶ Rencontre régionale – 20 et 21 octobre 2015
- ▶ Assemblée extraordinaire des chefs – mars 2016

8 ANNEXES

- A Ordre du jour
- B PowerPoint — Patrice Lacasse
- C PowerPoint — Valerie Gideon
- D PowerPoint — Keith Marshall

ANNEXE A

Ordre du jour

PRÉ-AGA 8 JUILLET 2015

7 h 30	Accueil et inscriptions	
8 h 30	Ouverture	Charlie Patton
8 h 45	Mots de bienvenue	Malik Kistabish Marjolaine Sioui Chef Salomé McKenzie
9 h 00	Déroulement, objectifs et informations	Dan Gaspé
9 h 05	Projet de gouvernance en santé et services sociaux	Patrice Lacasse
9 h 20	Analyse fonctionnelle interne de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI)	Valerie Gideon
10 h 15	Pause	
10 h 30	Ateliers	Tous les participants
11 h 30	Mise en commun	Dan Gaspé
11 h 50	Dîner	
13 h 00	Présentation de l'Abrégé et des fiches thématiques	Patrice Lacasse
13 h 15	Atelier Directeurs santé et services sociaux	Tous les participants
14 h 30	Mise en commun	Dan Gaspé
14 h 50	Pause	
15 h 05	Vision d'un directeur santé de la Colombie-Britannique	Keith Marshall
16 h 15	Synthèse de la journée et mot de la fin	Dan Gaspé Marjolaine Sioui
16 h 25	Cérémonie de fermeture	Charlie Patton



PRÉ-AGA
2015

**Projet de gouvernance en santé
et en services sociaux**

 8 juillet 2015
Hyatt Regency Montréal



 PRÉ-AGA
2015

Améliorer la santé des Premières Nations

- Pouvoirs accrus pour les communautés
- Autodétermination accrue
- Programmes et services basés sur les approches que nous aurons choisies
- Revoir les relations que l'on a avec le fédéral et la province
- S'inscrire dans un modèle différent





PRÉ-AGA 2015

Objectifs

- Avoir une meilleure compréhension de l'administration, du fonctionnement et des interactions de la DGSPNI;
- Valider *l'Abrégé des enjeux et des pistes de solutions*;
- Approfondir la connaissance des directeurs sur les préoccupations et représentations en regard d'un modèle de gouvernance alternatif;
- Témoignage d'un directeur de la santé de la Colombie-Britannique concernant les transformations récentes et celles à venir.



PRÉ-AGA 2015

		Activités réalisées
Portrait de la situation 2014	La CSSSPNQL a recensé et analysé les processus de changement de gouvernance en santé et en services sociaux ayant eu lieu dans le monde au cours des dernières années.	• Mise en place de nouveaux partenariats • Recension des modèles existants • Analyse de la situation juridique des Premières Nations au Québec
Votre avis 2014-2015	Les décideurs des communautés ont été appelés à émettre leur opinion face à la gouvernance actuelle.	Tenue de rencontres : • Février 2014 • Juillet 2014 • Janvier 2015 • Juillet 2015 — Développement de la vision, des valeurs et des principes guidant le projet.



PRÉ-AGA 2015

		Activités à venir
Les options Automne 2015	Un ou plusieurs modèles de gouvernance seront élaborés en fonction de l'information recueillie. Les Chefs, les gestionnaires locaux et les intervenants seront consultés durant l'élaboration des modèles.	Élaboration de propositions de modèles et rencontre avec les directeurs de santé et des services sociaux.
Le choix Hiver 2016	Les Premières Nations se prononceront sur les modèles élaborés. Elles choisiront, à leur façon et selon leurs besoins, le modèle de gouvernance le mieux adapté.	Peaufinage du modèle choisi et rencontre avec les Chefs pour l'éventuelle adoption du modèle.

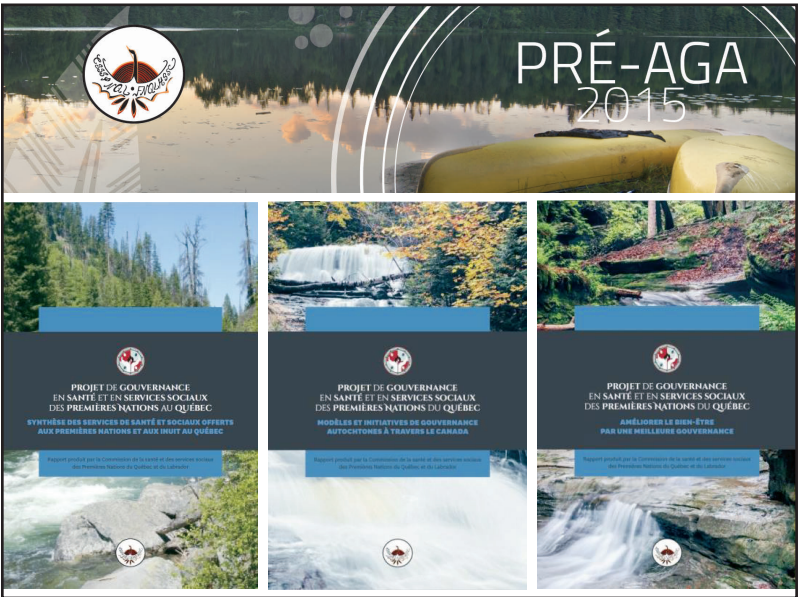


PRÉ-AGA 2015

La suite...

- Convenir d'un processus pour définir les composantes d'un nouveau modèle (Plan d'affaires)
- Négociations préliminaires avec Santé Canada and AADNC
- Définir le plan de mise en œuvre et le plan de transition
- Définir un plan stratégique régional







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

ACCUEIL | ÉVÉNEMENTS | EMPLOIS | NOUS JOINDRE | ENGLISH

À PROPOS | NOUVELLES ET MÉDIAS | CHAMPS D'INTERVENTION | RESSOURCES HUMAINES | PUBLICATIONS

Gouvernance en matière de santé et de services sociaux
UNE RÉFLEXION COLLECTIVE POUR LE BIEN-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS

Projet de gouvernance en matière de santé et services sociaux

Gouvernance en matière de santé et de services sociaux

UNE RÉFLEXION COLLECTIVE POUR LE BIEN-ÊTRE DES PREMIÈRES NATIONS AU QUÉBEC

La démarche de réflexion sur la gouvernance en matière de santé et services sociaux vise à renforcer le pouvoir d'agir des Premières Nations au Québec.

L'objectif ultime est de créer un modèle de gouvernance qui, à terme, permettra de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services de santé et services sociaux offerts aux Premières Nations.

Pourquoi passer par la gouvernance?

Nos publications

- Plan directeur 2007-2017
- Plan stratégique 2014-2017
- Rencontre conjointe ARIQU-CSSSPNQL (27-28 janvier 2015) - Rapport sommaire

Autres publications réalisées dans le cadre de ce projet

- Gouvernance en matière de santé et de services sociaux : Une réflexion collective pour le bien-être des Premières Nations

Liens externes

- Big Stone
- Autorité en santé des Premières Nations de la Colombie Britannique
- Centre de gouvernance des

	Health Canada	Santé Canada	Your health and safety... our priority.	Voire santé et voire sécurité... notre priorité.
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador - Assemblée générale annuelle Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits 8 juillet 2015				
				

Objectif

La présentation vise à décrire :

- 1) la définition des priorités;
- 2) le financement et la mise en œuvre des priorités;
- 3) d'autres modèles de gouvernance et de prestation de services potentiels.



Définition des 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 politiques et des priorités budgétaires, sociales et économiques du gouvernement.

Budget principal des dépenses :

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



3

Définition des priorités de la DGSPNI

Le mandat de la DGSPNI est issu de la Politique de 1979 sur la santé des Indiens.

- S'appuie sur la division constitutionnelle des pouvoirs, la *Loi sur le ministère de la Santé* et les pratiques antérieures en matière de santé des Premières Nations et des Inuits.
- Veiller à ce que les communautés des Premières nations et des Inuits (PNI) aient accès à des services de santé.
- Aider les communautés des PNI à surmonter les obstacles en matière de santé, à faire face aux risques de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens vivant dans des régions similaires.
- Établir des partenariats solides avec les communautés pour améliorer les systèmes de santé des PNI.

Le Plan stratégique de la DGSPNI permettra de renouveler et d'améliorer la façon dont la DGSPNI répond aux besoins des personnes, des familles et des communautés des Premières nations et des Inuits.



4

PLAN STRATÉGIQUE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS – APERÇU						
VISION Des individus, des familles et des communautés en santé chez les Premières nations et les Inuits						
RÉSULTAT STRATÉGIQUE Les Premières nations et les Inuits reçoivent des services et des prestations de santé qui sont adaptés à leurs besoins et qui contribuent à l'amélioration de leur état de santé						
PRINCIPES						
Mieux-être	Excellence	Réciprocité et confiance	Intendance financière	Flexibilité	Culture	Engagement et communications
OBJECTIF STRATÉGIQUE 1 SERVICES DE SANTÉ DE QUALITÉ	OBJECTIF STRATÉGIQUE 2 PLANIFICATION ET RELATIONS AXÉES SUR LA COLLABORATION	OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 EFFICACITÉ ET EFFICACITÉ	OBJECTIF STRATÉGIQUE 4 MILIEU DE TRAVAIL POSITIF PERMETTANT AUX EMPLOYÉS D'EXCELLER			
Renforcer la qualité et la sécurité de l'ensemble des services de santé du continuum de soins ainsi que l'accès à ces services pour les individus, les familles et les communautés. Favoriser l'accès à une gamme complète de biens de santé nécessaires sur le plan médical et de services de qualité, ainsi qu'à des régimes d'assurance.	Définir et faire progresser les priorités communes avec les Premières nations, les Inuits, d'autres ministères fédéraux, les provinces, les territoires et d'autres partenaires par l'intermédiaire d'initiatives coordonnées et d'activités de planification axées sur la collaboration qui sont axées sur le point de vue culturel. Appuyer les Premières nations et les Inuits de sorte qu'ils puissent influencer, gérer et/ou contrôler les programmes et les services de santé qui les touchent, conformément à leur objectif.	Améliorer la disponibilité de données de grande qualité ainsi que l'accès à ces données afin de permettre la prise de meilleures décisions, depuis l'étape de la planification jusqu'au point de prestation des services. Gérer avec efficacité des services complémentaires d'assurance-santé qui présentent un bon rapport coût-efficacité, qui sont fondés sur des données probantes et qui contribuent à l'amélioration de l'état de santé des Premières nations et des Inuits du Canada. Rationaliser et harmoniser les G et G, notamment en collaborant avec AACNC et d'autres ministères fédéraux.	Assurer un environnement conforme aux valeurs et aux principes d'éthique de la fonction publique, avec plus particulièrement sur l'importance d'un milieu de travail favorisant le respect. Encourager le perfectionnement professionnel et l'éducation continue. Élaborer une approche en ressources humaines propre à la SPNI.			
Améliorer la capacité régionale pour ce qui est de la collaboration avec des partenaires afin de favoriser la prestation de services de grande qualité dans l'ensemble du continuum de soins. Appuyer un continuum de programmes et de services de mieux-être mental s'inspirant de travaux antérieurs et en cours entrepris par Santé Canada en collaboration avec les Premières nations et les Inuits.		Créer des liens appropriés entre les programmes et services de la DGSPNI et ceux des autres ministères fédéraux afin de favoriser le recours à une approche axée sur la santé de la population et à une approche pangouvernementale pour ce qui est des déterminants sociaux de la santé.				
						5

Cycle de planification opérationnelle de la DGSPNI

Principes essentiels du processus de planification de la DGSPNI :

- la planification opérationnelle annuelle est un processus progressif;
- les principaux intervenants et le personnel devraient participer au processus;
- le plan opérationnel est transparent et implique les principaux partenaires et le personnel;
- le plan opérationnel devrait être élaboré avec les budgets disponibles (méthode du budget à base zéro appliquée aux cas particuliers);
- le plan opérationnel devrait prendre en considération les grandes initiatives et les travaux en cours à l'administration centrale (AC) et dans les régions;
- les investissements majeurs (planification des investissements, cybersanté, gestion de l'information, technologie de l'information et projets d'immobilisations) devraient suivre le processus de planification ministérielle et de la Direction générale.



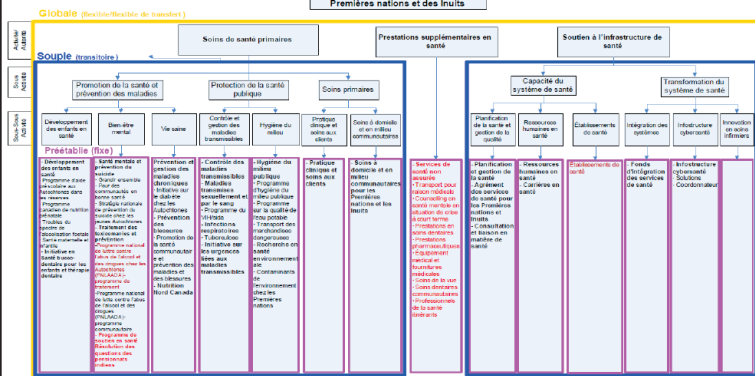
Architecture des autorisations de programmes DGSPNI

Structure des autorisations de programmes de la DGSPNI

Exemple du mouvement des ressources par modèle de financement

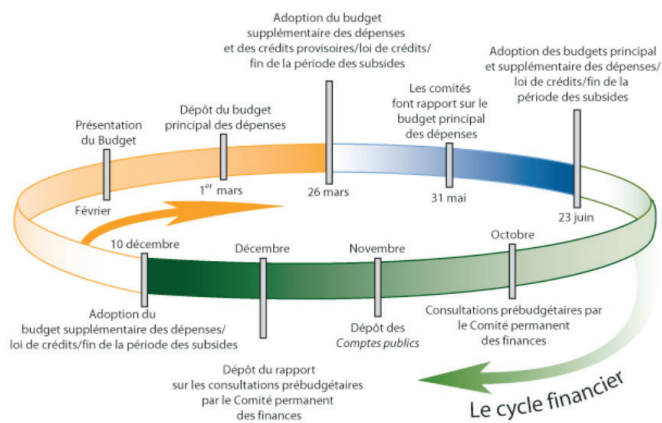
Direction générale de la santé des
Premières nations et des Inuits

février 2011



7

Processus Parlementaire (Cycle financier)



8

Dépenses publiques - « travaux de crédits »

- Dans la plupart des cas, les ministères et les organismes ont besoin de l'autorisation du Parlement pour commencer ou continuer à dépenser des sommes consacrées aux programmes et aux initiatives.
- L'autorisation de dépenser est présentée sous forme de budget des dépenses :
 - le Budget principal des dépenses est une loi autorisant des dépenses à des fins précises;
 - le Budget supplémentaire des dépenses comprend les besoins en matière de dépenses qui n'étaient pas suffisamment définis pour être inclus dans le Budget principal des dépenses.
- Pour que les dépenses soient incluses dans une loi qui sera présentée au Parlement, elles doivent être approuvées par le Cabinet ou le Conseil du Trésor.



9

Instruments de politique nécessaires

Mémoire au Cabinet (MC) :

- document de politique général présenté par un ministre en vue d'obtenir l'approbation du Cabinet au sujet de nouveaux changements ou de changements importants à apporter aux politiques actuelles, aux programmes ou aux dépenses prévues;
- explique le « quoi et pourquoi » plutôt que le « comment » afin de communiquer l'idée de politique générale, les possibilités et les principales considérations (p. ex. sur le plan juridique, les communications, les répercussions horizontales et internationales, et la façon dont les changements cadrent avec le programme plus général du gouvernement fédéral).

Présentation au Conseil du Trésor (PCT) :

- document sur la mise en œuvre de l'idée ou de la proposition du ministre (c.-à-d. le « comment » plutôt que le « quoi »);
- permet aux ministres de prendre la décision d'entreprendre ou non des activités qui dépassent leurs pouvoirs délégués existants.



10

L'enveloppe de la DGSPNI

- Les fonds de la DGSPNI sont divisés en trois catégories : l'enveloppe indienne, l'enveloppe non indienne et l'affectation à but spécial.
- L'enveloppe indienne a été créée en 1993-1994 en même temps que l'enveloppe budgétaire d'AADNC des programmes destinés aux Indiens et aux Inuits et l'enveloppe des revendications de la DGSPNI.
- Comprend des ressources destinées à tous les programmes de la Direction des services médicaux (maintenant la DGSPNI).
- Le montant de base a été établi aux niveaux de référence de 1993-1994 avec une croissance annuelle de 3 %.
- Depuis 1994, les nouveaux fonds ne font **pas** partie de l'enveloppe et ne sont pas assujettis à la croissance (c.-à-d. programme d'aide préscolaires aux autochtones, programmes en amont, programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, télésoins, immobilisations, eau).



11

L'enveloppe de la DGSPNI (suite)

- L'affectation à but spécial sert à réserver une partie des crédits approuvés d'une organisation aux fins d'une **initiative ou d'un poste en particulier**. Une telle affectation est établie lorsque le Conseil souhaite instaurer des contrôles de dépenses spéciaux.
- Les fonds non dépensés d'une affectation à but spécial doivent être reportés au Trésor et ne peuvent pas être réaffectés à d'autres fins.
- Les affectations à but spécial de la DGSPNI comprennent désormais : les pensionnats indiens, le Programme des services de santé non assurés (SSNA), les SSNA – Qalipu et les SSNA – McIvor.
- Le niveau des affectations à but spécial de la DGSPNI est déterminé par les dépenses des années précédentes jusqu'à 5 % supplémentaire.



12

Allocation des fonds de la DGSPNI en 2015-2016

M \$	Fonctionnement (crédit 1)	Immobilisations (crédit 5)	S et C (crédit 10)	Total
Soins de santé primaires des PNI	217,3	2,4	570,9	790,6
Prestations supplémentaires en santé pour les PNI	920,2	0,0	202,5	1 122,7
Soutien à l'infrastructure de santé pour les PNI	32,8	1,8	598,2	632,8
Total	1 170,3	4,2	1 371,6	2 546,1



13

Les Premières nations et les Inuits orientent la mise en œuvre

Les Premières Nations et les Inuits contribuent activement à la prestation des services de santé de différentes façons.

Prestation directe des services

•76 % des communautés des Premières Nations et des Inuits assument des responsabilités accrues pour ce qui est de leurs ressources en matière de soins de santé, et ce, sur la base d'un modèle de financement global ou flexible*.

•36 % des communautés des Premières Nations sont maintenant responsables des soins cliniques et des soins aux clients fournis dans les postes de soins infirmiers des communautés éloignées et isolées.

•Les Premières Nations et les Inuits ont également inclus du financement et/ou des pouvoirs en matière de santé dans les accords sur l'autonomie gouvernementale et les revendications globales qui ont été conclus avec AADNC.

Élaboration de politiques et de programmes

•Les organisations nationales sont consultées régulièrement et les deux principales associations nationales chargées de représenter les Premières Nations et les Inuits sont présentes aux tables de discussion de la haute direction de la DGSPNI.

•Participation aux comités consultatifs de programmes régionaux et nationaux.

•Les organisations régionales des Premières Nations et des Inuits participent à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes.

•Comités de cogestion ou plans de travail conjoints dans certaines régions.

Modèles de financement global : financement global, flexible, de transfert flexible et de transfert. Modèles de financement flexible : financement flexible (T) et transitoire. Cela n'inclut pas les modèles de financement préalable.



14

Définition des rôles de la DGSPNI pour appuyer la mise en œuvre

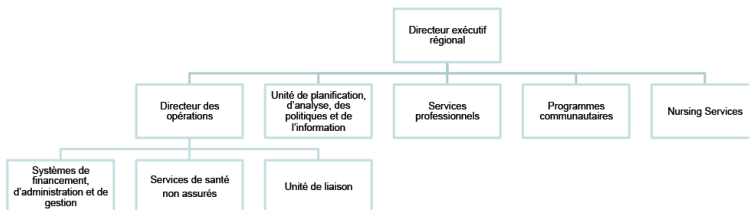
L'AC et les bureaux régionaux de la DGSPNI ont des structures et des fonctions de base qui se soutiennent, tel que défini dans le cadre de responsabilisation de la DGSPNI.

Fonctions de base nationales	Fonctions de base régionales
Gestion et soutien de la pratique interprofessionnelle Elaboration des politiques de programme et soutien	Conseillers en services/exercice professionnels Gestion du programme et soutien
Soutien opérationnel des programmes	Prestation de services Amélioration de la qualité/agrément Subventions et contributions Gestion/liaison communautaire Développement des capacités communautaires et soutien de la planification des services de santé communautaire
Services de santé non assurés Politiques stratégiques et horizontales Création et gestion de partenariats Planification stratégique et opérationnelle Gestion de l'information sur la santé Mesure, évaluation et vérification du rendement	Initiatives stratégiques et projets spéciaux Planification et politiques stratégiques Relations intra/intergouvernementales et avec les Premières Nations et les Inuits Planification des services de santé Données et surveillance Mesure du rendement p. ex., modèle de rapport communautaire
Services internes	Opérations



15

DGSPNI – Région du Québec



- Environ 135 employés et 7 secteurs principaux.
- Plus de 30 programmes et services offerts aux Premières nations et aux Inuits.



16

ETP - DGSPNI-Région du Québec

Bureau de la Direction régionale		6.46	
Gouvernance et Opérations	Unité de la planification, analyse, politiques et informations	6.01	
	Unité Liaison	8.88	
	Financements, administration et systèmes de gestion	26.49	
	Total	41.39	
Services Professionnels	Service Professionnel	16.47	
	Pharmacie	3.29	
	Dentaire	6.05	
	Total	25.81	
Programmes Communautaires		14.09	
Pensionnat indien		3.02	
Services des soins infirmiers	Infirmières régionales	8.63	
	Infirmières en communauté	7.67	
	Total	16.30	
Services de santé non assurés		25.03	
	Total	132.10	

Ces montants n'incluent pas les congés maternités, congés sans solde, les détachements et les services qui proviennent de l'administration centrale.



17

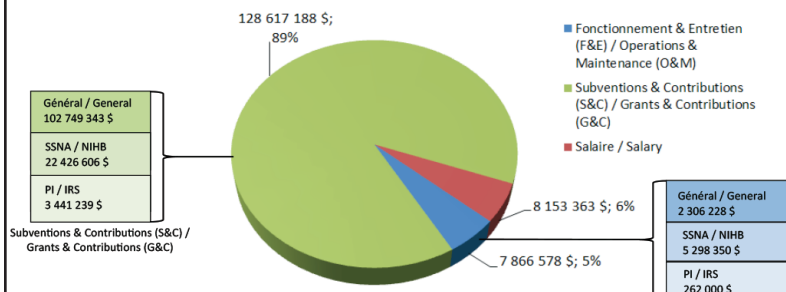
Soutien ministériel régional

- La région du Québec de la DGSPNI compte sur divers services ministériels, y compris :
 - 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.
- Les services ministériels présentent souvent des « coûts cachés », et des taxes sont perçues à l'échelle ministérielle avant que les fonds soient affectés aux directions générales et aux régions.
- Ces services sont essentiels afin de s'assurer la responsabilisation ainsi que l'efficacité et l'efficace des opérations.



18

Budget de la DGSPNI-QC 2015/16



19

Possibilités permettant aux Premières nations d'avoir un plus grand contrôle

Aider les Premières nations et les Inuits afin qu'ils puissent influencer, gérer et/ou prendre en charge des programmes et des services de santé qui les concernent.

- Promouvoir des modèles globaux de gouvernance des services de santé dirigés par les Premières nations, avec une capacité suffisante pour appuyer la gestion et la prestation de programmes et de services.
- Favoriser le renforcement de la capacité et renforcer les mécanismes pour que les Premières nations puissent influencer le processus décisionnel.
- Améliorer l'accès aux données sur la santé.



20

Modèles existants : différents moyens d'accroître le contrôle

- Transférer les fonctions régionales supérieures à l'ensemble des communautés des PN dans une sous-région d'une province, p. ex., le Northern Inter-Tribal Health Authority (NITHA) en Saskatchewan.
- Accords de cogestion (p. ex., Atlantique, Alberta).
- Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations.
- Accords sur l'autonomie gouvernementale et les revendications qui comprennent la santé (p. ex., Convention de la Baie-James et du Nord québécois, Nis'ga, Nunatsiavut).
- Services de santé non assurés (p. ex., Bigstone, Akwesasne).



21

Discussion

Quels types de modèles vous convient?

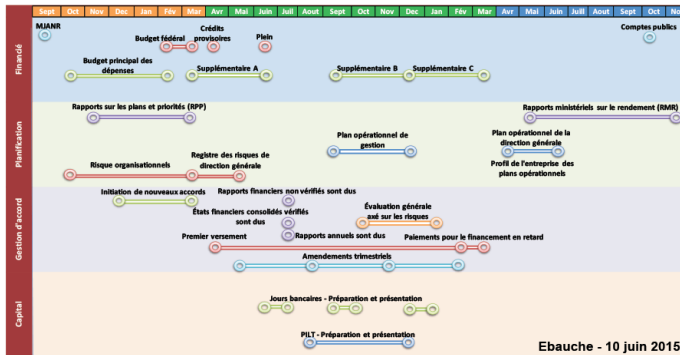
Comment vous préparez-vous en vue d'atteindre vos objectifs collectifs?

Comment définissez-vous la réussite à court, moyen et long terme?



22

Feuille de route opérationnelle de la DGSPNI



Feuille de route opérationnelle de la DGSPNI - Légende

Mises à jour annuelles des niveaux de référence (MJANR)	Les mises à jour annuelles des niveaux de référence (MJANR) sont un mécanisme officiel d'actualisation des coûts des opérations ou des programmes déjà approuvés afin de disposer d'une base pour l'élaboration du budget principal des dépenses présenté au Parlement en vue d'obtenir un financement pour le prochain exercice.
Comptes publics	Les Comptes publics du Canada constituent le rapport du gouvernement du Canada préparé annuellement par le receveur général, comme l'exige l'article 64 de la Loi sur la gestion des finances publiques. Il couvre l'exercice du gouvernement se terminant le 31 mars. L'information contenue dans le rapport provient de deux sources de données : :: le sommaire des opérations financières présentées dans les comptes du Canada, tenus par le receveur général; et :: les registres détaillés, tenus par les ministères et organismes.
Budget fédéral	Le budget fédéral est présenté chaque année (généralement Février ou Mars) pour identifier les dépenses publiques prévues, les revenus publics prévu, et de prévoir les conditions économiques pour l'exercice à venir.
Crédits provisoires	Les crédits provisoires sont les sommes dont le gouvernement a besoin pour mener à bien ses activités du 1er avril, premier jour de l'exercice, au dernier jour de subsides de la période se terminant le 23 juin, lorsque la Chambre vote le Budget principal des dépenses de l'année.
Plein	Plein réfère au reste des fonds de crédits provisoires étant approuvé dans le Budget principal de la Maison l'année fiscale.
Budget principal des dépenses	Le Budget principal des dépenses prend la forme d'une série de « crédits » ou de résolutions qui résument les besoins financiers estimatifs d'un ministère ou d'un organisme fédéral dans une catégorie de dépenses particulière, par exemple comme les dépenses de fonctionnement, les immobilisations ou les subventions. Chaque poste budgétaire, ou crédit, comporte deux éléments essentiels: un montant et une destination (description de l'utilisation qu'on fera de cet argent). Le Budget principal des dépenses indique les dépenses des ministères, des organismes et des programmes et la formulation proposée des conditions régissant les dépenses que le Parlement sera invité à approuver.



Annex B

Feuille de route opérationnelle de la DGSPNI - Légende

	Le budget supplémentaire des dépenses permet de veiller à ce que les initiatives gouvernementales planifiées au préalable reçoivent le financement nécessaire pour aller de l'avant et répondre aux besoins des Canadiens. Il présente au Parlement de l'information sur les besoins en matière de dépenses du gouvernement du Canada qui n'étaient pas suffisamment élaborées au moment du dépôt du budget principal des dépenses, et de temps à autres, il inclut des dépenses urgentes mais imprévues comme les dépenses engagées en cas de catastrophes naturelles (p. ex., une tempête de verglas et H1N1).
Budget supplémentaire des dépenses (A,B,C)	:: Le budget supplémentaire des dépenses (A) est déposé en mai, et la loi de crédits qui s'y rattache reçoit la sanction royale et devient loi en juin. Il fournit aux organisations fédérales les fonds dont elles ont besoin au début de l'année. :: Le budget supplémentaire des dépenses (B) est déposé à la fin octobre ou au début de novembre, et la loi de crédits qui s'y rattache reçoit la sanction royale en décembre. :: Le budget supplémentaire des dépenses (C) est déposé en février, et la loi de crédits qui s'y rattache reçoit la sanction royale en mars.
Rapports sur les plans et priorités (RPP)	Les rapports sur les plans et priorités (RPP) sont des plans de dépenses annuelles qui fournissent de l'information sur les résultats stratégiques et les activités de programme des ministères, sur les plans et priorités, sur les résultats attendus, sur les indicateurs de rendement, ainsi que sur les besoins en ressources pour une période de trois ans.
Rapports ministériels sur le rendement (RMR)	Les rapports ministériels sur le rendement (RMR) sont produits par chacun des ministères et agences et servent de reddition de compte sur les résultats qui ont été atteints relativement aux résultats attendus décrits dans le rapport sur les plans et priorités correspondant.
Plan opérationnel de gestion	Le plan opérationnel de gestion est un plan opérationnel détaillé pour chaque direction et région avec des livrables et le budget nécessaire. Il est rapporté trimestriellement, et la responsabilité est entre les cadres régionaux / directeurs généraux et le sous-ministre adjoint (SMA).



25

Annex B

Feuille de route opérationnelle de la DGSPNI - Légende

Plan opérationnel de la direction générale	Le plan opérationnel de la direction générale met en évidence les priorités de la branche, les principaux produits livrables, les jalons, les indicateurs de performance, les cibles et les résultats attendus. Il est utilisé comme base pour les rapports au niveau des entreprises en milieu d'année d'examen et l'année revue de fin, et la responsabilité est entre le SMA et le sous-ministre (SM).
Profil de l'entreprise des plans opérationnels	Le Profil de l'entreprise des plans opérationnels est un document interne du ministère qui définit la ligne de base de la planification initiale pour l'année de fonctionnement de l'avant et sert comme pont pour l'information entre les plans détaillés de la Direction et des engagements ministériels stratégiques identifiés dans le RPP. Il décrit les initiatives clés et activités qui sont prévues pour être entreprises au cours de la prochaine année financière avec les ressources nécessaires pour les soutenir.
Risque organisationnels	Les risques organisationnels sont ceux qui peuvent avoir un impact à travers les directions et pourrait affecter la réalisation du mandat du département ainsi que les plans stratégiques identifiés dans le rapport annuel sur les plans et les priorités (RPP). Ces risques sont identifiés et gérés par le profil de risque organisationnel de Santé Canada.
Registre des risques de direction générale de la DGSPNI	Registre des risques de direction générale de la DGSPNI est un outil de gestion utilisé dans l'évaluation des risques de l'organisation et est un référentiel central pour tous les risques identifiés par la Direction générale. Chaque risque comprend des informations sur l'environnement, la probabilité, l'impact, le traitement, la réponse et la reddition de comptes, etc. La gestion des risques a été intégrée dans la planification de la DGSPNI et le cycle de rapports. Cela a été facilité par l'intégration des risques dans le modèle de cycle de planification, qui à son tour, facilite la déclaration des activités prévues contre les risques au niveau de la branche qui nous permettant de démontrer efficacement les résultats.



26

ANNEXE D

PowerPoint — Keith Marshall



First Nations Health Directors Association

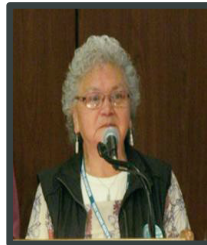
Partager l'expérience pour le mieux-être
des communautés

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

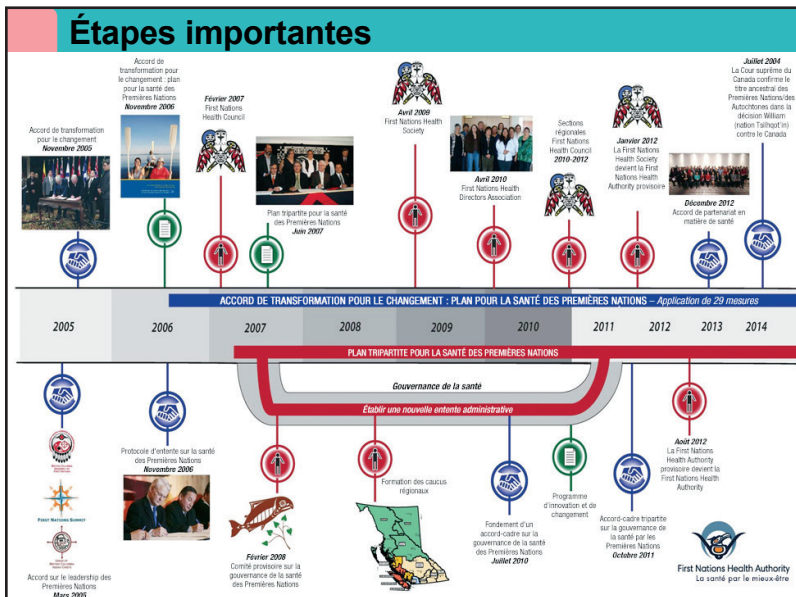
Keith Marshall, vice-président, FNHDA
Montréal (Québec)
8 juillet 2015

Aperçu

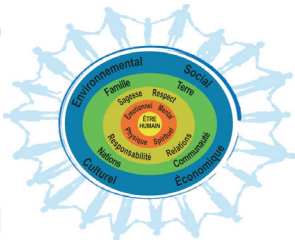
- Trois piliers : parcours de la gouvernance de la santé
- First Nations Health Directors Association (Association des directeurs de la santé des Premières Nations) : notre histoire
- Hailika'as Heitsuk Health Centre Society



Étapes importantes



**Une bonne santé
Ça commence avec
moi...**



- Point de vue des Premières Nations de la Colombie-Britannique sur le mieux-être – holistique
- Notre vision de la santé et du mieux-être vient de nos ancêtres et est relationnelle
- La colonisation a interrompu cette vision du monde

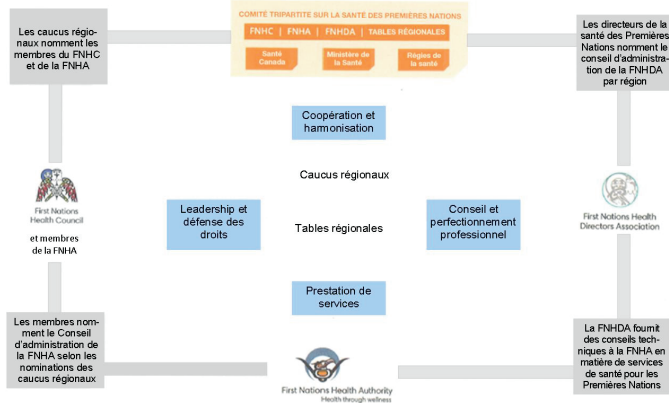
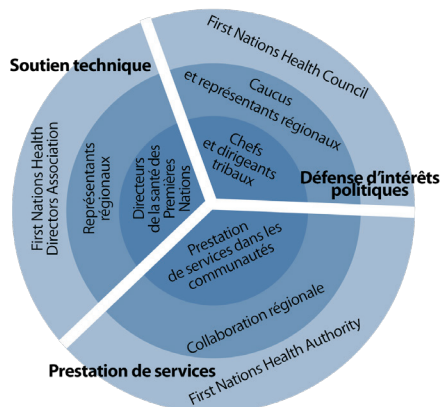


FIGURE 1 : STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

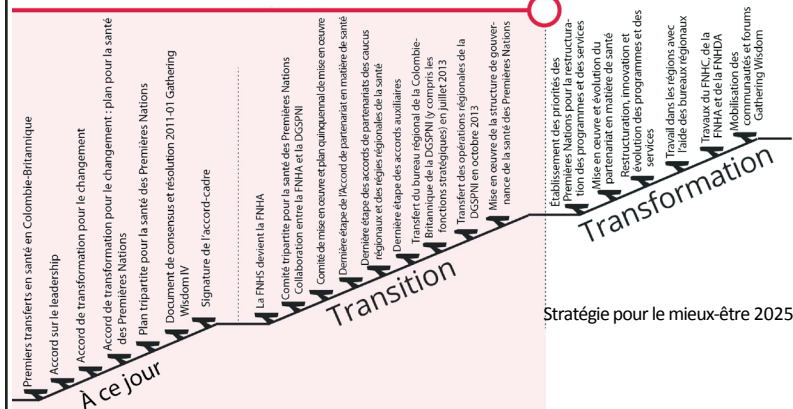
Aperçu des responsabilités

- Défense d'intérêts politiques (FNHC)
- Soutien technique (FNHDA)
- Prestation de services (FNHA)



Où sommes-nous rendus?

Nous sommes ici



L'accord-cadre

L'accord-cadre est un accord juridique qui énonce le financement de base et les autres engagements et exigences pour le nouvel accord de gouvernance de la santé :

- Assume la responsabilité administrative des programmes et services de santé du bureau régional du Pacifique de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
- Établit une régie de la santé des Premières Nations
- Nouveaux partenariats avec la province de la Colombie-Britannique et chaque régie régionale de la santé (6 en tout)



Une régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique est au cœur de la nouvelle structure et, grâce à cette régie, les programmes et les services seront conçus, fournis et gérés par des membres des Premières Nations pour les Premières Nations et de la manière qui répond le mieux aux besoins des Premières Nations.

L'honorable Leona Aglukkaq
Ministre fédérale de la Santé
(2008-2013)



Gathering Wisdom for a Shared Journey V



Une autre étape importante a été franchie par la création d'un réseau de services de santé plus efficaces et adaptés culturellement aux Premières Nations de la Colombie-Britannique.

Plus de 800 délégués

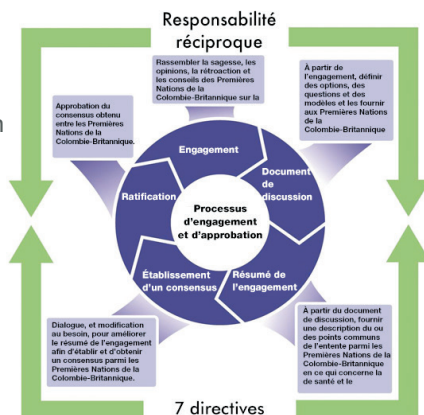
94 % des chefs et mandataires des Premières Nations de la Colombie-Britannique étaient présents.

Le document de consensus de 2012 exige que la First Nations Health Authority provisoire devienne permanente et commence à planifier l'établissement des bureaux régionaux pour soutenir l'engagement en matière de santé et de mieux-être auprès des Premières Nations et des régies régionales de la santé.

Après Gathering Wisdom for a Shared Journey V

Poursuivre le processus d'engagement et d'approbation

Commencer les discussions stratégiques sur les services et la transformation



Notre approche pour une bonne gouvernance

Approche : Établir des normes, définir des étapes, élaborer une structure, tenir nos engagements.

Nous avons créé nos propres outils pour la bonne gouvernance : 7 directives, exigences pour la gouvernance des organisations, mandats et activités des régions, FNHC, FNHA, FNHDA, principes et processus de la responsabilité réciproque.

Nous nous réunissons tous les trois mois aux caucus sous-régionaux et régionaux et une fois par année au forum Gathering Wisdom for a Shared Journey pour élaborer et adopter des outils de bonne gouvernance.



La première First Nations Health Directors Association : notre histoire

- Il y a quelques années, plusieurs directeurs de la santé des Premières Nations ont commencé le cheminement vers la création de leur propre association professionnelle.
- Après plus d'une décennie de travail, la première First Nations Health Directors Association a été créée *par* les directeurs de la santé et *pour* les directeurs de la santé.





Région	Membre représentant le conseil de la FNHDA
Région intérieure	Shelly Lampreau Colleen LeBourdais Teresa Johnni
Île de Vancouver	Vanessa Charlong Judith Gohn Georgia Cook
Fraser	Kelowa Edel Virginia Peters Peter John
Nord	Verne Tom Patricia Hoard Lauren Brown
Région côtière de Vancouver	Rachel Andrew Nelson Kim Brooks Keith Marshall

Énoncé de notre vision commune



La FNHDA partage un énoncé de vision commune avec nos autres organismes de gouvernance de la santé en Colombie-Britannique, le FNHC et la FNHA :

*Des enfants, des familles et des
communautés autonomes et
dynamiques chez les Premières
Nations de la Colombie-Britannique*

Notre mission



La FNHDA travaille avec les directeurs de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique pour :



Encourager les directeurs de la santé des Premières Nations à acquérir une force culturelle, de l'expérience et une formation professionnelle;

Fournir des conseils techniques pour la planification et la conception de la recherche, des politiques et des programmes;

Soutenir la mise en œuvre des plans de santé communautaire.

La FNHDA : notre raison d'être



Nous sommes une organisation professionnelle constituée de membres ayant pour mission d'aider les directeurs de la santé et les administrateurs qui travaillent dans les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique.



Valeur des directeurs de la santé



Nous sommes près de nos communautés. Par l'intermédiaire de nos membres, nous sommes au cœur de la communauté; nous faisons tout ce que nous pouvons pour améliorer la santé et le mieux-être des membres des communautés en aidant nos partenaires à comprendre les besoins et les difficultés des personnes et des familles avec qui nous travaillons.

Notre association sert de courroie de transmission pour nos pairs.

Le rôle d'un directeur de la santé comporte de multiples facettes



- Les directeurs de la santé travaillent dans des environnements communautaires et organisationnels qui sont exigeants et complexes.
- Les directeurs de la santé apportent une vaste expérience concrète à leur rôle de gestion des services de santé pour les personnes et les familles.
- Nous sommes des conseillers et des partenaires dans les soins de santé pour les Premières Nations.



Ce que nous offrons



- Nous sommes une ressource souple et pratique pour nos membres. En tant qu'association, nous soutenons nos membres dans leur rôle de directeur de la santé des Premières Nations.
- Nous sommes près de nos communautés.
- Par l'intermédiaire de nos membres, nous sommes au cœur de la communauté; nous faisons tout ce que nous pouvons pour améliorer la santé et le mieux-être des membres des communautés en aidant nos partenaires à comprendre les besoins et les difficultés des personnes et des familles avec qui nous travaillons.

Plan stratégique 2015-2018 établi récemment



- Guide triennal pour la mise œuvre du mandat de la FNHDA.
- Exposé du mandat, de la vision, de la mission, des buts et des objectifs de la FNHDA.



Le plan stratégique de la FNHDA poursuit trois buts

But 1 :

Fournir du perfectionnement professionnel, de la formation, du réseautage et des services de soutien aux directeurs de la santé pour favoriser leur mieux-être et leur réussite dans leurs rôles communautaires et leur permettre de participer à l'amélioration de l'ensemble du réseau de santé.



Plan stratégique de la FNHDA (suite)

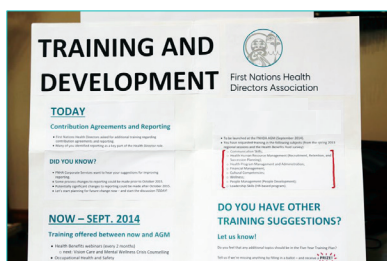
But 2 :

Soutenir la transformation par une participation efficace de la FNHDA à la structure de gouvernance de la santé des Premières Nations et fournir de bons conseils techniques au moment opportun.

But 3 :

Maintenir des normes fonctionnelles élevées et chercher constamment à améliorer, à faire croître et à faire évoluer la FNHDA.

Plan de formation 2015-2018 – en quoi consiste-t-il?



- Liste des priorités de la FNHDA en matière de formation.
- Le plan de formation sert de guide pour établir les plans de travail annuels de la FNHDA sur la formation.

Plan de formation 2015-2018

Domaines prioritaires de la formation des directeurs



- 1) Planification de la santé et du mieux-être des communautés
- 2) Programmes et services de santé communautaire, connaissances en santé et mieux-être
- 3) Compétence culturelle et sécurité culturelle
- 4) Communication
- 5) Gestion financière
- 6) Ressources humaines
- 7) Gouvernance, transformation et leadership en santé communautaire



Prochaines activités de la FNHDA

- Continuer d'améliorer les stratégies et le plan de travail annuel de la FNHDA pour la formation et le perfectionnement.
- Créer de nouveaux programmes de soutien à la formation basés sur la rétroaction des membres et les priorités définies.
- Continuer à recueillir les conseils techniques des directeurs de la santé pour mettre au point des solutions et leurs recommandations pour améliorer les services de santé.



Avez-vous des questions?

**Passons au niveau
communautaire...**

Heiltsuk Health Board

Hailika'as Heiltsuk Health Centre Society



« Haikilaxs Sasmaqvs »

Niṇuáǵailas



2015



« prenez soin de vos enfants »

Hailika'as Heiltsuk Health Centre Society – Organigramme (12 mai 2014)

Communauté
heiltsuk

Conseil tribal
heiltsuk

Hailika'as Heiltsuk
Health Centre
Society

Directeur de la
santé

Administration	Programme de transport des patients	Programme de soins à domicile et en milieu communautaire	Programme pour mieux-être communautaire	Programme Familles en santé
Chef d'équipe : gestionnaire du département de la TI - Gestionnaire des finances (chef de l'équipe des finances) - Gestionnaire de bureau/coordonnateur de l'accréditation - Réceptionniste - Adjoint de bureau/assiste avec les professionnels visiteurs - Adjoint aux finances, commis aux finances (TP) - Coordonnateur de la Médecine communautaire (TP) - Concierge - Préposé à l'entretien	Chef d'équipe : gestionnaire du programme Commis aux patients (TP)	Chef d'équipe : gestionnaire du programme - Infirmière chargée des soins à domicile et en milieu communautaire - Infirmière auxiliaire autorisée - Préposé aux soins personnels 1 - Préposé aux soins personnels 2 - Cuisinier - Chauffeur de la fourgonnette des aînés - Concierge/gestionnaire de l'équipement - Porte-parole des aînés (TP) (congé de maternité)	Chef d'équipe : conseiller 1 - Coordonnateur du programme pour les enfants et les jeunes - Conseiller 2 - Superviseur du centre de conditionnement physique - Préposé au centre de conditionnement physique (TP) - Intervenant auprès des jeunes 1 - Intervenant auprès des jeunes 2	Chef d'équipe de la maison Sasum : coordonnateur du programme d'aide précoce Chef d'équipe des soins dentaires : gestionnaire du programme de soins dentaires - Aide-éducateur de la petite enfance dans le cadre du PAPA 1 - Aide-éducateur de la petite enfance dans le cadre du PAPA 2 - Aide-éducateur de la petite enfance dans le cadre du PAPA 3 - Infirmière en santé communautaire (CMT) - Travailleur en prévention du diabète (vacant) - Infirmière pour les personnes souffrant du diabète ou d'une maladie chronique (vacant) - Santé maternelle et infantile – Hini'u 1 - Santé maternelle et infantile – Hini'u 2 - Infirmière en santé maternelle et infantile (TP) - Concierge pour la maison Sasum et le centre des jeunes (TP)

Mandat et rôle de la Hailika'as Heiltsuk Health Centre Society



Administration

Être efficient et efficace en fournissant les meilleurs services de soutien possible au Centre de santé.

Mieux-être communautaire

Programme volontaire non établi par un processus législatif.



Familles en santé

Promouvoir le mieux-être des membres des communautés en mettant en œuvre des programmes holistiques de santé familiale.

Soins à domicile et en santé communautaire

Les services favoriseront l'indépendance et le respect en fournissant un environnement sûr qui tient compte de la culture heiltsuk et assure une santé et un mieux-être holistiques pour tous.

Déplacement des patients

Fournir des prestations de transport pour des raisons médicale aux clients afin qu'ils aient accès aux services requis médicalement au centre de santé le plus près conformément à la directive générale du programme de services de santé non assurés (SSNA), au Cadre de travail sur le transport pour raison médicale des SSNA et aux lignes directrices régionales.

Agréé en bonne et due forme par Agrément Canada (depuis 2009)



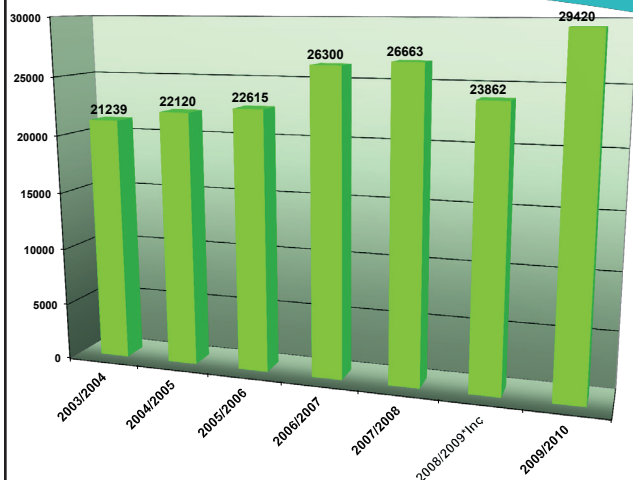
Hailika'as Heiltsuk Health Centre



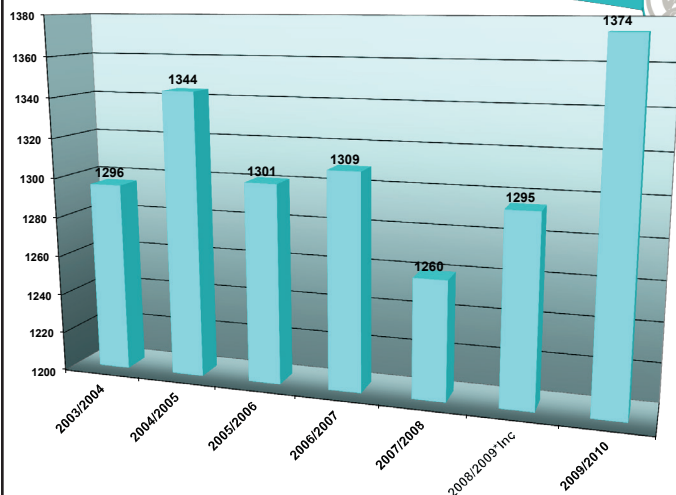
Quels sont les services fournis aux Heiltsuk?

- Administration
- Transport des patients
 - Services de santé non assurés – non transférés
- Soins à domicile et en milieu communautaire
 - Soins infirmiers
 - Préposés aux soins personnels/aides de maintien à domicile
 - Ergothérapie
 - Physiothérapie
 - Intervenants auprès des aînés
 - Haltes-accueils, dîners-causeries, club de déjeuner, popotes roulantes
- Familles en santé
 - Programme d'aide préscolaire aux Autochtones – modèle en centre
 - Santé maternelle et infantile – visite au domicile familial
 - Soins prénataux et postnataux
 - Programme de renaissance de la langue heiltsuk
 - Soins dentaires
 - Contrôle des maladies transmissibles – soins infirmiers en santé publique – immunisations
 - Santé environnementale – échantillons d'eau, salubrité des aliments
 - VIH/SIDA
 - Initiative sur le diabète chez les Autochtones

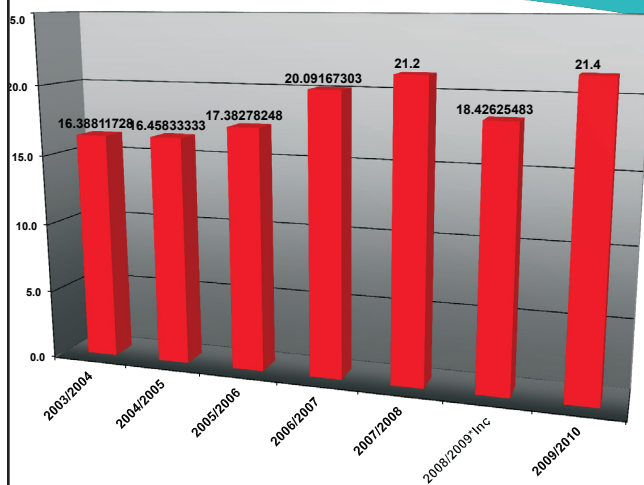
HHHC – Nombre total de rencontres par année



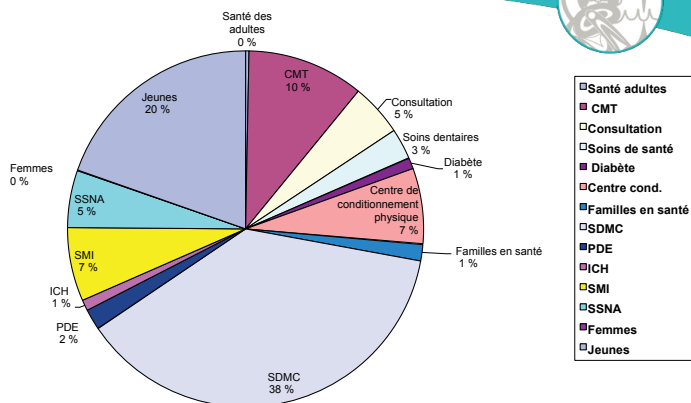
HHHC – Nombre total de clients par année



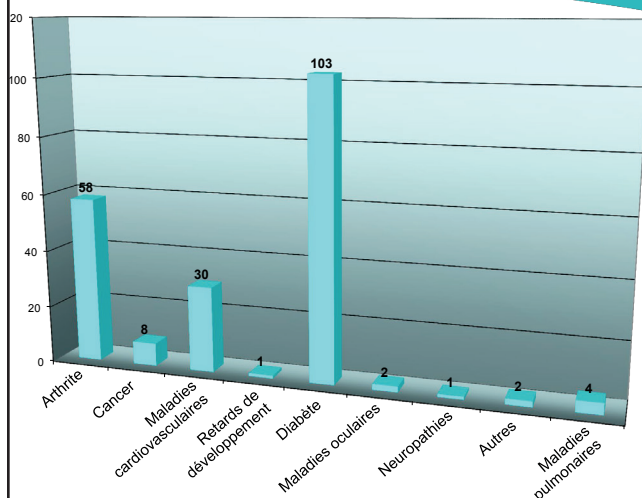
HHHC – Nombre moyen de rencontres et de clients



HHHC – Rencontres par programme 2009-2010



HHHC – Registre des maladies chroniques par grande catégorie, 7 mars 2009





Si nous travaillons ensemble, nos efforts collectifs amélioreront la santé des personnes, des communautés, de la région et de la population dans tous les domaines déterminants du mieux-être.



Merci



Communiquez avec nous



First Nations Health Directors Association

info@fnhda.ca | tél. : 604-693-6500 | téléc. : 604-913-2081 | www.fnhda.ca

501–100 Park Royal South, West Vancouver, BC V7T 1A2

Aimez-nous sur Facebook!

www.facebook.com/FirstNationsHealthDirectorsAssociation

Conseil d'administration de la FNHDA

Kim Brooks, présidente, kim_brooks@Squamish.net

Keith Marshall, vice-président, FNHDA, kmarshall@heiltsukhealth.com

Virginia Peters, secrétaire-trésorière, FNHDA, virgina.peters@stsailles.com

Secrétariat partagé de la FNHDA

Christine Stahler, directrice générale, christine.stahler@fnha.ca

Valerie Birdgeneau, conseillère politique, valerie.birdgeneau@fnha.ca

Nicole Hetu, conseillère principale, nicole.hetu@fnha.ca

