

**ACCORD-CADRE TRIPARTITE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SUR LA
GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PAR LES PREMIÈRES NATIONS**

Conclu en ce 13^e jour d'octobre 2011

Entre

SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA
représentée par la ministre de la Santé

et

**SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE DE LA
COLOMBIE-BRITANNIQUE**
représentée par le Minister of Health

et

LA FIRST NATIONS HEALTH SOCIETY

Approuvé par

LE CONSEIL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

TABLE DES MATIÈRES

ATTENDUS	4
SECTION 1 – DÉFINITIONS.....	6
1.1 Définitions	6
SECTION 2 – OBJECTIF ET NATURE DE CET ACCORD.....	8
2.1 Objectif.....	8
2.2 Responsabilisation réciproque.....	9
2.3 Nature générale de l’ Accord-cadre.....	9
2.4 Approbation du Conseil de la santé des Premières nations	9
SECTION 3 – SOUS RÉSERVE DE TOUS DROITS	10
3.1 Sous réserve de tous droits	10
SECTION 4 – NOUVELLE STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ.....	11
4.1 Généralités.....	11
4.2 Autorité sanitaire des Premières nations (ASPN)	11
4.3 Comité tripartite sur la santé des Premières nations.....	13
4.4 Conseil de la santé des Premières nations (CSPN)	14
4.5 First Nations Health Directors Association (FNHDA)	15
4.6 Exploitation de la structure de gouvernance de santé	15
SECTION 5 – ASPN – EXPLOITATION ET EXÉCUTION DE PROGRAMMES DE SANTÉ DES PN.....	15
5.1 Activités.....	15
5.2 Plan provisoire pour la santé	16
5.3 Plan pluriannuel pour la santé	16
5.4 Rapports annuels	17
SECTION 6 – NOUVEAUX RÔLES ET RELATIONS	17
6.1 ASPN – Collaboration et intégration.....	17
6.2 Ministry of Health et Health Authorities de la Colombie-Britannique	18
6.3 Le Canada et l’ ASPN – le transfert des programmes fédéraux de santé.....	19
SECTION 7 – MISE EN ŒUVRE	21
7.1 Comité et plan de mise en œuvre	21
7.2 Équipe et plan de transition	21
7.3 Comité de gestion provisoire.....	21
7.4 Confidentialité	22
7.5 Financement de la mise en œuvre	22
7.6 Soutien de capacité.....	22
SECTION 8 – ENGAGEMENTS PERMANENTS DES PARTIES	22
8.1 Réunions.....	22
8.2 Circonstances imprévues	23
SECTION 9 – AUTRE	23
9.1 Législation	23
9.2 Santé de la population et santé publique	24

9.3	Indemnités des régimes de services médicaux (RSM)	24
SECTION 10 – ÉVALUATION TRIPARTITE		24
SECTION 11 – DIFFÉRENDS		25
11.1	Résolution officieuse	25
11.2	Résolution officielle	26
SECTION 12 – RÉSILIATION		26
12.1	Avis de résiliation	26
12.2	Processus de résiliation	26
12.3	Transition	27
12.4	Effet de la résiliation sur d'autres accords	27
SECTION 13 – DISPOSITIONS GÉNÉRALES		27
13.1	Interprétation – Nature de l'Accord	27
13.2	Totalité de l'Accord	28
13.3	Modification	28
13.4	Renonciation	28
13.5	Lois applicables	28
13.6	Renvoi législatif	28
13.7	Interprétation – références à certaines organisations	29
13.8	Autres références	29
13.9	Autres assurances	29
13.10	Affectation	29
13.11	Relations entre les parties	29
13.12	Non-divisibilité	30
13.13	Avis	30
13.14	Garantie d'habilité	31
SECTION 14 – ANNEXES		31
SECTION 15 – SIGNATURE		32
ANNEXE 1 – FINANCEMENT PAR LE CANADA		34
ANNEXE 2 – FINANCEMENT PAR LA COLOMBIE-BRITANNIQUE		47
ANNEXE 3 – LISTE DES PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE SANTÉ		49
ANNEXE 4 – EXIGENCES RELATIVES À LA GOUVERNANCE D'ENTREPRISE DE L'ASPN		51
ANNEXE 5 – LISTE DES ACCORDS AUXILIAIRES À NÉGOCIER ENTRE LE CANADA ET L'ASPN		54

**ACCORD-CADRE TRIPARTITE DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE SUR LA
GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PAR LES PREMIÈRES NATIONS**

Entre

SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU CANADA
représentée par la ministre de la Santé

et

**SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE LA PROVINCE DE LA
COLOMBIE-BRITANNIQUE**
représentée par le Minister of Health

et

LA FIRST NATIONS HEALTH SOCIETY

Approuvé par

LE CONSEIL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

ATTENDUS

Attendu que :

- A. les parties souhaitent s'appuyer sur le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), le *First Nations Health Plan MOU* (2006) et le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007) en vue de favoriser l'amélioration de la santé et du bien-être des membres des Premières nations de la Colombie-Britannique;
- B. les dispositions de cet Accord ont été régies par les principes établis dans le document intitulé *British Columbia Tripartite First Nations Health – Basis for a Framework Agreement on Health Governance* (2010);
- C. les parties ont convenu d'élaborer un *Accord de partenariat en matière de santé* qui tiendra compte de la vision des parties envers un système de santé meilleur, plus réceptif et intégré pour les Premières nations en Colombie-Britannique et qui s'appuiera sur le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), le *First Nations Health Plan MOU* (2006) et le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007). L'*Accord de partenariat en matière de santé* sera un document non contraignant, lequel décrira la relation vaste et durable entre les parties et leur engagement politique envers la poursuite de leur vision commune. L'*Accord de partenariat en matière de santé* est censé devenir un document évolutif

qui suit le rythme des circonstances changeantes tout en respectant la santé des Premières nations, et qui suit la nature évolutive du partenariat entre les parties;

D. la Colombie-Britannique finance, administre et fournit des services de soins de santé à tous les résidents de la Colombie-Britannique, y compris les Indiens inscrits, régis par les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* (Canada). Les services de soins de santé comprennent les soins primaires et les soins dans les hôpitaux conformément à ce qui est prévu dans la *Medicare Protection Act* et la *Hospital Insurance Act* de la C.-B.;

E. le Canada finance ou fournit toute une gamme de programmes et de services de santé communautaires, ainsi que des services de santé non assurés aux résidents des Premières nations et des Inuits de la Colombie-Britannique;

F. le Conseil de la santé des Premières nations (CSPN) est une organisation non constituée en société qui a le mandat, notamment, d'agir à titre de mandataire pour les Premières nations de la C.-B. en ce qui concerne les questions liées à la santé, de mettre en œuvre les engagements prévus au *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), au *First Nations Health Plan MOU* (2006) et au *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007) et, à l'aide de résolutions prises par le Sommet des Premières nations de l'assemblée et par l'Union of British Columbia Indian Chiefs, de surveiller les négociations en vue de cet Accord pour le compte des Premières nations de la C.-B.;

G. la First Nations Health Society (FNHS) est une société qui a le mandat, notamment, de promouvoir la santé et de faire avancer le service de la santé pour le compte des Premières nations en Colombie-Britannique, et de mettre en œuvre les engagements prévus au *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), au *First Nations Health Plan MOU* (2006) et au *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007);

H. les Premières nations de la C.-B. souhaitent participer pleinement à la prise de décisions concernant la santé de leurs membres, à la planification, à la conception, à la gestion et à la prestation des services et programmes de santé afin de mieux répondre à leurs besoins;

I. les parties souhaitent collaborer afin d'établir ce qui suit :

- (1) une nouvelle structure de gouvernance de la santé qui permet d'éviter la création de systèmes de santé distincts et parallèles pour les Premières nations et les autres et dans le cadre de laquelle les Premières nations planifieront, concevront, géreront et offriront certains programmes et services de santé en Colombie-Britannique et entreprendront d'autres fonctions liées à la santé et au bien-être;
- (2) un système de santé plus intégré :
 - à l'aide de liens plus solides parmi l'ASPN, les fournisseurs de services de santé des Premières nations, Santé Canada, le Ministry of Health de la C.-B. et les Health Authorities de la C.-B., afin de mieux coordonner la planification, la conception, la gestion et l'exécution de programmes de santé des PN afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité, la prestation, l'efficacité et le caractère culturel adéquats des programmes et des services de soins de santé pour les Premières nations;

- qui représente les cultures et les perspectives des Premières nations de la C.-B. et qui intègre les modèles de bien-être des Premières nations;
- qui englobe des connaissances et favorise des discussions en matière de déterminants de la santé afin de contribuer à la conception des programmes et des services de santé des Premières nations;
- dans le cadre duquel les Premières nations dans toutes les régions de la Colombie-Britannique auront un accès à des services de santé de qualité à tout le moins, comparables à ceux offerts aux autres Canadiens et Canadiennes qui habitent des endroits géographiques similaires.

PAR CONSÉQUENT, compte tenu des engagements et accords réciproques énoncés aux présentes et moyennant d'autres contreparties valables, dont les parties accusent réception et se disent satisfaites, les parties conviennent de ce qui suit :

SECTION 1 – DÉFINITIONS

1.1 Définitions

Dans le présent Accord, à moins que le contexte n'en décide autrement :

- (1) **Accord** signifie le présent accord, y compris toute annexe au présent accord, tel qu'il est modifié de temps à autre.
- (2) **Somme fédérale annuelle** a le sens fourni dans la section CF 3 de l'annexe 1.
- (3) **Rapport annuel** signifie un document à rédiger par l'ASPN, tel qu'il a été établi à l'article 5.4.
- (4) **Première nation de la C.-B.** signifie (i) une bande selon le sens de la *Loi sur les Indiens* (Canada) en Colombie-Britannique, (ii) une Première nation autonome et l'expression au pluriel **Premières nations de la C.-B.** signifie toutes ou un certain nombre de telles bandes ou Premières nations autonomes, selon le contexte.
- (5) **Autorité sanitaire de la C.-B.** signifie un conseil mis sur pied en vertu de la *Health Authorities Act* de la C.-B. ou des Règlements connexes, tels qu'ils ont été modifiés, et l'autorité des services de santé provinciaux établis en vertu de la *Society Act* de la C.-B.
- (6) **Colombie-Britannique** signifie Sa Majesté la Reine du chef de la province de la Colombie-Britannique, telle qu'elle est représentée par le Minister of Health.
- (7) **Canada** signifie Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé.
- (8) **AC Canada** signifie un accord de contribution conclu entre le Canada et un fournisseur de services de santé de Première nation en Colombie-Britannique.
- (9) **Accord de financement du Canada** signifie l'accord de financement de dix (10) ans, tel qu'il a été décrit plus particulièrement à la partie 1 de l'annexe 1 (Annexe de financement du Canada) que l'on peut conclure immédiatement ou par étapes pour toute la somme fédérale

annuelle ou une partie de cette dernière.

(10) **ASP**N signifie l'autorité sanitaire des Premières nations, une personne morale sans but lucratif à établir conformément au processus, aux pouvoirs et au mandat énoncés à l'article 4.2.

(11) **CSP**N signifie le Conseil de la santé des Premières nations, une association non constituée en société décrite à l'article 4.4.

(12) **FNHDA** signifie la First Nations Health Directors Association, une société régie par la *Society Act* de la C.-B., décrite à l'article 4.5.

(13) **FNHS** signifie la First Nations Health Society (Société de la santé des Premières nations), une société régie par la *Society Act* de la C.-B., décrite à l'annexe G.

(14) **Programmes de santé des PN** signifie tous les programmes et services ou prestations de santé et les activités connexes que l'ASPN planifie, conçoit, gère et offre ou dont la prestation est financée en vertu du présent Accord.

(15) **Programmes fédéraux de santé** signifie les programmes, services ou prestations de santé et les activités connexes qui sont actuellement financés ou offerts par Santé Canada en Colombie-Britannique par l'intermédiaire du bureau régional de SPNI de SC et établis à l'annexe 3.

(16) **First Nations Community Health and Wellness Plan (Plan pour la santé et le mieux-être des collectivités autochtone)** signifie un plan élaboré par les fournisseurs de services de santé des Premières nations conformément aux dispositions en matière de financement convenues avec l'ASPN.

(17) **Fournisseur de services de santé de Première nation** signifie toute bande indienne, toute Première nation autonome, tout conseil tribal, toute organisation de Première nation ou toute autre personne financée par l'ASPN pour offrir des programmes de santé des PN.

(18) **Bureau régional de SPNI de SC** signifie les parties de la Direction générale des régions et des programmes de Santé Canada (région de la C.-B.) qui entreprennent la planification, la conception, la gestion et l'exécution de certains programmes fédéraux de santé.

(19) **DGSPNI de SC** signifie la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

(20) **Santé Canada** ou **SC** signifie le ministère fédéral de la Santé.

(21) **Structure de gouvernance de la santé** signifie la structure décrite à la section 4.

(22) **Accord de partenariat en matière de santé** signifie l'accord mentionné dans l'annexe C.

(23) **Comité de mise en œuvre** signifie l'organisme provisoire auquel on fait référence au paragraphe 7.1(1).

(24) **Plan provisoire pour la santé** signifie le plan ou les plans à élaborer par l'ASPN

conformément au processus établi dans l'article 5.2.

- (25) **Comité de gestion provisoire** signifie le comité décrit au paragraphe 7.3(1).
- (26) **Plan pluriannuel pour la santé** ou **PPAS** signifie le plan à élaborer par l'ASPN conformément au processus établi à l'article 5.3.
- (27) **Programme SSNA** signifie le Programme des services de santé non assurés du Canada qui finance une portée limitée de biens et de services liés à la santé nécessaire sur le plan médical pour les Premières nations et les Inuits admissibles, qui ne sont pas offerts ou assurés dans le cadre de programmes d'assurance-maladie provinciaux ou privés.
- (28) **Parties** signifie le Canada, la Colombie-Britannique et la FNHS.
- (29) **Responsabilité réciproque** a sa définition décrite à l'article 2.2.
- (30) **Première nation autonome** signifie une Première nation de la Colombie-Britannique dont l'autonomie gouvernementale est reconnue par le Canada à la suite d'un accord définitif sur l'autonomie gouvernementale, un traité ou une revendication territoriale.
- (31) **Accords auxiliaires** signifie les accords auxiliaires énumérés dans l'annexe 5.
- (32) **TCA:FNHP** signifie *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006).
- (33) **PTSPN** signifie le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007).
- (34) **Transfert des programmes fédéraux de santé** a sa définition décrite au paragraphe 6.3(1).
- (35) **Équipe de transition** a sa définition décrite au paragraphe 7.2(1).
- (36) **Comité tripartite** signifie le comité décrit à l'article 4.3.

SECTION 2 – OBJECTIF ET NATURE DE CET ACCORD

2.1 Objectif

(1) L'objectif du présent Accord est de donner légalement effet à l'engagement des parties, en vertu de la *British Columbia Tripartite First Nations Health – Basis for a Framework Agreement on Health Governance* (2010), pour conclure un Accord-cadre et de leur objectif commun visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes et des collectivités des Premières nations en Colombie-Britannique, tel qu'il est prévu dans le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007), en s'assurant que les Premières nations de la C.-B. participent pleinement à l'exécution de programmes et à la prestation de services liés à la santé ainsi qu'à la prise de décisions sur la santé de leurs membres en Colombie-Britannique. Cet Accord prévoit les engagements particuliers des parties relatifs à la mise en œuvre de cette vision, y compris ce qui suit :

- a) le transfert des programmes fédéraux de santé à l'ASPN;

- b) la planification, la conception, la gestion et l'exécution de programmes de santé des PN par l'ASPN;
- c) l'élaboration d'un système de santé plus intégré pour les Premières nations dans le cadre de la nouvelle structure de gouvernance de la santé;
- d) la participation active du Canada et de la Colombie-Britannique à la nouvelle structure de gouvernance de la santé, dans le cadre du partenariat de santé plus vaste conclu avec les Premières nations de la C.-B.;
- e) les exigences liées au rendement et à la responsabilisation des parties.

(2) Les parties reconnaissent que les programmes fédéraux de santé, autres que le programme SSNA, ciblent principalement les Indiens inscrits qui habitent dans les réserves en C.-B., et que le programme SSNA cible principalement tous les Indiens inscrits qui habitent en C.-B. Les parties prévoient qu'à mesure que l'ASPN établit des relations avec le Ministry of Health de la C.-B et les Health Authorities de la C.-B, y compris l'approvisionnement de financement, de telles relations peuvent également profiter à d'autres personnes de Premières nations en C.-B., à la population autochtone dans son ensemble en C.-B. et éventuellement à la population non autochtone.

2.2 Responsabilisation réciproque

(1) Les actions des parties en vertu du présent Accord seront fondées sur la responsabilité réciproque, ce qui signifie que les parties collaboreront afin de réaliser les objectifs énumérés à l'annexe 1 et à l'article 2.1, tout en respectant la lettre et l'esprit de l'Accord et conformément à leurs obligations respectives indiquées ci-dessous. Dans le cas où l'on décèle des défis liés à la mise en œuvre qui ne consistent pas en un manquement selon les modalités de l'Accord, mais qui compromettent son efficacité ou sa durabilité, les parties se réuniront conformément aux processus établis ci-dessous et avec des autorités appropriées ou selon ce qui a été convenu autrement, et s'efforceront de formuler des réponses, des mesures ou des stratégies afin de répondre aux défis décelés, dans la mesure du possible. Les parties chercheront également à appliquer le concept de responsabilité réciproque aux niveaux régional et local.

2.3 Nature générale de l'Accord-cadre

(1) Les parties reconnaissent et conviennent que le présent Accord représente l'état de leurs connaissances et de leur compréhension au moment de sa rédaction. Selon cet Accord, les parties ont l'intention de conclure un accord à long terme qui évoluera avec le temps. Par conséquent, les parties conviennent de collaborer afin de répondre au besoin, dans le cas où il survient, de modifications et d'ajouts aux modalités de cet Accord.

2.4 Approbation du Conseil de la santé des Premières nations

(1) Le CSPN est une organisation politique non constituée en société. Un certain nombre de ses membres signent cet Accord afin d'exprimer leur soutien et leur approbation à son contenu, compte tenu du mandat du CSPN qui est de surveiller les négociations liées à cet Accord pour le compte des Premières nations de la C.-B. Pour plus de certitude, les membres du CSPN ne doivent pas, en raison de la signature de cet Accord par l'un d'entre eux, accomplir ce qui suit :

- a. être personnellement responsable de toute question opérationnelle en vertu de cet Accord, y compris la planification, la conception, la gestion ou l'exécution de programme de santé ou la prestation de tout service de santé, ou des actions ou des inactions de la FNHS ou de l'ASPN, ou de toute personne ou partie en vertu de cet Accord;
- b. admettre toute responsabilité de toute action ou inaction du CSPN en vertu de cet Accord;
- c. avoir des droits ou des obligations d'une « partie » ou de « parties » en vertu de cet Accord.

(2) Cette disposition ne doit pas modifier ni limiter un droit, une obligation ou une responsabilité des membres du CSPN, qui peut exister ou survenir en vertu de la loi, indépendamment de leur signature de cet Accord.

SECTION 3 – SOUS RÉSERVE DE TOUS DROITS

3.1 Sous réserve de tous droits

(1) Cet Accord n'a pas pour effet ce qui suit, ni ne doit être interprété de la manière suivante :

- a) reconnaître, confirmer ou nier tout droit autochtone ou issu des traités des Premières nations;
- b) annuler (i) tout droit autochtone ou issu de traités des Premières nations, ou (ii) l'application de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, ni déroger à de tels droits;
- c) terminer ou modifier la relation fiduciaire en évolution entre la Couronne et les Premières nations de la C.-B.;
- d) modifier toute responsabilité du Canada et de la Colombie-Britannique en ce qui concerne la santé des Premières nations, sauf dans la mesure où les moyens de se dégager de ces responsabilités peuvent changer, conformément à la loi, relativement à la planification, à la conception, à la gestion et à la l'exécution et à la prestation de programmes et services de soins de santé pour le compte des membres des Premières nations de la C.-B. en vertu ou en raison de cet Accord;
- e) modifier tout traité ou créer un nouveau traité selon le sens de la *Loi constitutionnelle de 1982*;
- f) être préjudiciable à toute demande, poursuite en justice, négociation ou à tout règlement concernant les revendications territoriales ou les droits fonciers qui touchent les Premières nations de la C.-B.;
- g) être préjudiciable à la mise en œuvre de tout droit inhérent d'autonomie gouvernementale ou de toute entente qui pourrait être négociée relativement

à l'autonomie gouvernementale avec les Premières nations de la C.-B. ou venant de ces dernières.

(2) Les parties reconnaissent que les accords acceptés en vertu de cet Accord ne visent pas à déterminer, à délimiter, ni à définir ce qui suit :

- a) la répartition des pouvoirs entre le Canada et la Colombie-Britannique en ce qui concerne la santé;
- b) la portée de la compétence fédérale en vertu du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

SECTION 4 – NOUVELLE STRUCTURE DE GOUVERNANCE DE LA SANTÉ

4.1 Généralités

(1) La nouvelle structure de gouvernance de la santé sera composée des éléments suivants :

- a) une Autorité sanitaire des Premières nations (ASPN);
- b) un comité tripartite sur la santé des Premières nations (Comité tripartite);
- c) un Conseil de la santé des Premières nations (CSPN);
- d) une First Nations Health Directors Association (FNHDA).

4.2 Autorité sanitaire des Premières nations (ASPN)

(1) La FNHS devra, aussitôt que possible après la signature de cet Accord, prendre les mesures nécessaires pour mettre sur pied l'ASPN, une personne morale sans but lucratif, représentant les Premières nations de la C.-B. et relevant de ces dernières, qui tiendra compte d'une structure à élaborer par les Premières nations de la C.-B. à l'aide d'un exercice d'engagement de la collectivité. Elle devra être établie selon la bonne gouvernance, la responsabilisation, la transparence et les normes de transparence qui sont établies à l'annexe 4, ou selon d'autres normes conformes à ces normes ou qui les dépassent.

(2) L'ASPN devra, entre autres, effectuer ce qui suit :

- a) planifier, concevoir, gérer, fournir et financer l'exécution des programmes de santé des PN;
- b) recevoir un financement fédéral, provincial et lié à la santé aux fins de la planification, de la conception, de la gestion et de l'exécution de programmes de santé des PN, et remplir d'autres fonctions liées à la santé et au mieux-être;
- c) collaborer avec le Ministry of Health de la C.-B. et les Health Authorities de la C.-B. afin de coordonner et d'intégrer leurs programmes et services de santé respectifs en vue de réaliser de meilleurs résultats pour la santé des Premières nations en Colombie-Britannique;

- d) incorporer et promouvoir les connaissances, les croyances, les valeurs, les pratiques, les médicaments et les modèles de santé et de guérison aux programmes de santé des PN, tout en reconnaissant que ces aspects peuvent avoir une représentation différente dans différentes régions de la C.-B.;
- e) établir des normes pour les programmes de santé des PN qui respectent ou qui dépassent les normes généralement reconnues;
- f) recueillir et tenir à jour des renseignements cliniques ainsi que des dossiers des patients, et élaborer des protocoles avec le Ministry of Health de la C.-B. et les Health Authorities de la C.-B. pour la transmission de dossiers et de renseignements liés aux patients, conformément à la loi;
- g) avec le temps, modifier et restructurer les programmes et services de santé qui remplacent les programmes fédéraux de santé dans le cadre d'un processus collaboratif et transparent avec les Premières nations de la C.-B. afin de mieux satisfaire aux besoins liés à la santé et au mieux-être;
- h) concevoir et mettre en œuvre des mécanismes pour que les Premières nations de la C.-B. s'occupent des intérêts et des besoins en soins de santé de la collectivité;
- i) améliorer la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé des Premières nations et d'autres fournisseurs de soins de santé afin d'aborder les enjeux liés aux économies d'échelle en matière de prestation de services en vue d'améliorer les économies et l'accès aux soins de santé;
- j) entreprendre la recherche et l'élaboration de politiques dans le domaine de la santé et du mieux-être des Premières nations;
- k) tenir à jour les dossiers financiers et préparer des états financiers conformément aux normes comptables généralement reconnues dans la province de la C.-B.;
- l) faire l'objet d'une vérification chaque année par un vérificateur indépendant reconnu dans la province de la C.-B.;
- m) mettre ses dossiers de comptabilité et ses rapports de vérification à la disposition de ses membres, du Canada, de la Colombie-Britannique, du vérificateur général du Canada et du vérificateur général de la Colombie-Britannique sur demande afin de mener une vérification financière ou de rendement ou de donner lieu à ces vérifications.

(3) L'ASPN peut entreprendre d'autres fonctions, rôles et responsabilités liés à la santé et au mieux-être des Premières nations et d'autre peuple autochtone en C.-B.

(4) La FNHS agira à titre d'ASPN provisoire pourvu qu'elle réponde aux critères minimaux établis aux paragraphes 4.2(1) et (2) avant d'entreprendre ce rôle.

(5) À la suite d'une consultation communautaire, le CSPN peut conclure que la FNHS agit à titre d'ASPN permanente ou que, pour des raisons opérationnelles, une personne morale différente devrait être constituée comme l'ASPN. Dans ce dernier cas, les parties s'engagent à

prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer une succession sans heurt de la FNHS à la nouvelle personne morale. Selon les mesures prévues, cette nouvelle personne morale devient une partie au présent accord, ou des mesures juridiquement exigibles doivent être prises en vue d'adopter les obligations énoncées aux présentes en ce qui concerne l'ASPN et la FNHS est ainsi dispensée de ces obligations.

(6) La succession en vertu du paragraphe 4.2(5) est limitée à une personne morale qui est successeur et qui répond aux critères minimaux établis en vertu des paragraphes 4.2(1) et (2) et peut comprendre un organisme constitué par une loi.

4.3 Comité tripartite sur la santé des Premières nations

(1) Un comité tripartite sera mis sur pied et sera coprésidé par les personnes suivantes : le sous-ministre du Ministry of Health de la C.-B., le sous-ministre adjoint de la DGSPNI de SC, et le président du Conseil de l'ASPN. Les membres du comité tripartite incluront également les personnes suivantes ou leurs délégués :

- a) le président et les premiers dirigeants de chacune des Health Authorities de la C.-B.;
- b) l'agent provincial de santé en vertu de la *Loi sur la santé publique* et le médecin-conseil en santé autochtone;
- c) le président et le vice-président du CSPN;
- d) un représentant de chacune des 5 tables régionales des Premières nations;
- e) le premier dirigeant de l'ASPN;
- f) le président de la FNHDA;
- g) le sous-ministre délégué et le sous-ministre adjoint appropriés du Ministry of Health de la C.-B.;
- h) tout autre membre sans droit de vote, observateur ou membre à part entière, tel qu'il a été convenu par le comité tripartite.

(2) Les parties devront s'assurer que le comité tripartite exécute les fonctions suivantes :

- a) se rencontrer au moins deux fois par année;
- b) coordonner et harmoniser la planification, la programmation et la prestation de services entre l'ASPN, les Health Authorities et le Ministry of Health de la C.-B., y compris l'examen des PPAAS de l'ASPN et des plans de santé des Autochtones des Regional Health Authorities de la C.-B. respectifs, conformément aux objectifs du présent Accord;

- c) favoriser les discussions et coordonner la planification et la programmation entre les Premières nations de la C.-B., la Colombie-Britannique et le Canada relativement à toutes les questions liées à la santé et au mieux-être des Premières nations;
- d) fournir un forum aux fins de discussion sur les progrès et la mise en œuvre de cet Accord et d'autres accords liés à la santé, y compris le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), le *First Nations Health Plan MOU* (2006), le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007) et l'Accord de partenariat en matière de santé;
- e) préparer et rendre public un rapport d'étape annuel à l'intention du Minister of Health (C.-B.), de la ministre de la Santé (Canada) et du CSPN sur les progrès relatifs à l'intégration et à l'amélioration des services de santé pour les Premières nations en Colombie-Britannique;
- f) entreprendre d'autres fonctions, dont les membres du comité tripartite peuvent de temps à autre convenir, qui correspondent aux objectifs et à l'intention du présent Accord et de son mandat.

4.4 Conseil de la santé des Premières nations (CSPN)

(1) Le CSPN est une association non constituée en société composée de quinze (15) membres. Il s'agit d'une organisation politique et de défense qui représente les Premières nations de la C.-B. et qui relève de ces dernières, dont le mandat est d'agir à titre de défenseur des Premières nations de la C.-B. dans le cadre de la réalisation de leurs objectifs et priorités liés à la santé.

(2) Le CSPN entreprend les fonctions de soutien et de défense suivantes pour les Premières nations de la C.-B. et au nom de ces dernières, conformément à son mandat, y compris ce qui suit :

- a) soutenir et aider les Premières nations de la C.-B. à réaliser leurs priorités et objectifs liés à la santé;
- b) être un défenseur des questions liées à la santé et aux services de santé pour les membres des Premières nations en C.-B.;
- c) fournir une perspective de leadership des Premières nations de la C.-B. aux processus de recherche, de politiques et de planification des programmes liés à la santé des Premières nations en C.-B.;
- d) fournir un leadership continu pour la mise en œuvre du *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), du *First Nations Health Plan MOU* (2006) et du *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007).

(3) Le CSPN peut, avec l'approbation des Premières nations de la C.-B., modifier sa structure et son mandat sans le consentement des parties, pourvu qu'il continue à remplir les rôles et les fonctions établies aux paragraphes 4.4(1) et (2).

4.5 First Nations Health Directors Association (FNHDA)

- (1) La FNHDA est une société régie par la *Society Act* de la C.-B., dont les membres représentent les régions côtières de Vancouver, de l'Île de Vancouver, de Fraser, de l'intérieur et du Nord de la Colombie-Britannique.
- (2) La FNHDA a un mandat qui consiste, notamment, à accomplir ce qui suit :
 - a) représenter les directeurs et les gestionnaires de la santé qui travaillent dans les collectivités des Premières nations;
 - b) appuyer l'éducation, le transfert de connaissances, le perfectionnement professionnel et les pratiques exemplaires pour les directeurs et les gestionnaires de la santé des fournisseurs de services de santé des Premières nations;
 - c) agir à titre d'organisme consultatif pour le CSPN et l'ASPN aux fins de la recherche, des politiques, de la planification et de la conception de programmes liées à l'administration et à la prestation de services de santé dans les collectivités des Premières nations.

4.6 Exploitation de la structure de gouvernance de santé

- (1) Le CSPN peut aviser l'ASPN d'une manière conforme au mandat du CSPN, mais ne doit pas diriger ni prétendre diriger l'ASPN.
- (2) Les membres de l'ASPN doivent agir conformément à la constitution et aux règlements administratifs de l'ASPN et ne doivent pas participer à la prise de décisions et aux activités quotidiennes de l'ASPN.
- (3) La FNHDA peut aviser l'ASPN quant aux thèmes qui sont conformes à son mandat, mais ne doit pas diriger ni prétendre diriger l'ASPN.
- (4) Le comité tripartite peut aviser chacune des parties et l'ASPN quant aux thèmes qui sont conformes à son mandat, mais ne doit pas diriger ni prétendre diriger les parties ou l'ASPN.

SECTION 5 – ASPN – EXPLOITATION ET exécution de programmes de santé Des PN

5.1 Activités

L'ASPN devra effectuer ce qui suit :

- (1) amorcer les négociations avec le Canada immédiatement après la signature du présent Accord et s'efforcer de conclure dans un délai de deux (2) ans suivant la signature de cet Accord ou après, selon l'entente conclue entre l'ASPN et le Canada, les accords auxiliaires et l'Accord de financement du Canada afin d'exécuter, de favoriser et de soutenir le transfert des programmes fédéraux de santé;
- (2) négocier toute entente de financement que peut offrir la Colombie-Britannique.

5.2 Plan provisoire pour la santé

- (1) L'ASPN devra préparer un plan annuel provisoire pour la santé qui établit ses plans de lancement, les buts, les priorités, les plans et services de programme, les normes de rendement en matière de santé, l'attribution prévue des ressources et l'utilisation du financement qui devra être fourni par le Canada et la Colombie-Britannique. L'ASPN devra fournir ce plan à ses membres, au Canada et à la Colombie-Britannique.
- (2) Le plan provisoire pour la santé devra être élaboré en tenant compte des conseils et des renseignements énoncés au paragraphe 5.3(4) disponibles au moment de la rédaction et il doit indiquer que le transfert des programmes fédéraux de santé peut se réaliser en étapes.
- (3) Le plan provisoire de santé sera élaboré annuellement jusqu'à ce que le transfert des programmes fédéraux de santé soit presque entièrement terminé.

5.3 Plan pluriannuel pour la santé

- (4) Dès l'expiration du plan provisoire final pour la santé, l'ASPN devra présenter un PPAS de cinq (5) ans qui établit ses buts, les priorités, les plans et services de programme, les normes de rendement en matière de santé, l'attribution prévue des ressources et l'utilisation du financement qui devra être fourni par le Canada et la Colombie-Britannique.
- (5) Le PPAS devra être mis à jour annuellement et peut être modifié de temps à autre. L'ASPN devra fournir une copie de la mise à jour et de toute modification à ses membres, au Canada et à la Colombie-Britannique. Le Canada ou la Colombie-Britannique peut divulguer le PPAS conformément aux dispositions législatives applicables en matière d'accès à l'information et informera l'ASPN de toute demande d'accès au PPAS et donnera l'occasion de proposer des limites à la divulgation conformément aux dispositions législatives applicables.
- (6) Le PPAS devra :
 - a) inclure la planification pour la conception, la gestion et l'exécution des programmes de santé des PN, des services et des activités afin de mieux répondre aux besoins liés à la santé et aux mieux-être des Premières nations de la C.-B.;
 - b) permettre de déterminer de façon distincte des prévisions budgétaires pour le financement qui sera fourni par le Canada en vertu de l'Accord de financement du Canada et par la Colombie-Britannique selon l'annexe 2 du présent Accord;
 - c) décrire le processus de planification des immobilisations de l'ASPN aux fins de la construction, de la rénovation, de l'exploitation et de l'entretien des établissements de santé communautaires dans la province de la C.-B. et décrire ses systèmes de gestion des dispositions en matière de financement conclues avec les fournisseurs de services de santé des Premières nations;
 - d) traiter toute exigence liée aux accords auxiliaires ou aux dispositions en

matière de financement conclus avec le Canada et la Colombie-Britannique;

- e) comporter suffisamment de renseignements et de planification pour faciliter la réalisation des articles 4.3, 6.1 et 6.2.
- (7) Le PPAS devra tenir compte de ce qui suit :
- a) des besoins en matière de santé de la population des Premières nations en C.-B., ainsi que des conseils et de la rétroaction des Premières nations de la C.-B. et des cinq (5) tables régionales des Premières nations;
 - b) des conseils provenant des membres de la structure de gouvernance (le comité tripartite, le CSPN et la FNHDA);
 - c) des résultats des discussions entre l'ASPN et les Health Authorities de la C.-B. à l'alinéa 6.2(2)a);
 - d) les ressources disponibles de l'ASPN.

5.4 Rapports annuels

L'ASPN devra élaborer un plan sommaire de service qui représentera le plan de santé actuel, tel qu'il a été décrit à l'article 5.2 ou 5.3, et rédiger un rapport annuel à l'intention de ses membres sur toutes ses activités, dépenses, réussites et sur tous ses revenus et défis pour chaque exercice et sa planification pour les mêmes sujets pour l'exercice suivant. Le plan de service sommaire et le rapport annuel devront être fournis au Canada et à la Colombie-Britannique et mis à la disposition du public.

5.5 Modifications

Les exigences relatives aux plans provisoires de santé, au PPAS, au plan sommaire de service et au rapport annuel peuvent être précisées ou diversifiées davantage avec le consentement de toutes les parties à l'aide des modalités qui devront être prévues dans les accords de financement conclus entre l'ASPN et le Canada ou l'ASPN et la Colombie-Britannique, et il ne sera pas nécessaire de modifier le présent Accord.

SECTION 6 – NOUVEAUX RÔLES ET RELATIONS

Les parties s'engagent à établir une relation nouvelle et durable, fondée sur le respect, la responsabilité réciproque, la collaboration et l'innovation, qui favorise la poursuite de la santé et du mieux-être améliorés pour les Premières nations en C.-B. Dans le cadre de cette nouvelle relation, les parties ont des rôles distincts, mais interreliés, tels qu'il est décrit ci-dessous.

6.1 ASPN – Collaboration et intégration

- (1) L'ASPN devra effectuer ce qui suit :
- a) établir des relations de travail avec Santé Canada, le Ministry of Health de la C.-B., les Health Authorities de la C.-B. et d'autres organismes de santé et liés à la santé, au besoin;

- b) soutenir une structure régionale qui permet aux Premières nations de collaborer entre elles, avec les Health Authorities de la C.-B. et avec l'ASPN;
- c) collaborer avec le Ministry of Health et les Health Authorities de la C.-B. relativement à la conception et à la prestation de services de santé disponibles aux Premières nations en C.-B., afin de combler les écarts dans les services de santé et de mieux coordonner ces services avec les programmes de santé des PN en vue d'améliorer l'efficacité des soins de santé pour les Premières nations en C.-B.;
- d) collaborer avec les Health Authorities de la C.-B. afin d'examiner et de compléter la collecte de données liées à la santé, la surveillance de l'état de santé et les systèmes d'établissement de rapports utilisés par les Health Authorities de la C.-B., ce qui comprend les indicateurs de santé et de mieux-être déterminés par les Premières nations;
- e) collaborer avec le Ministry of Health et les Health Authorities de la C.-B. afin d'intégrer les modèles des Premières nations de mieux-être au système de soins de santé, en vue d'améliorer les résultats pour la santé et le mieux-être pour les Premières nations en C.-B.;
- f) élaborer des systèmes de renseignements cliniques et de dossiers des patients, ainsi que des protocoles avec le Ministry of Health et les Health Authorities de la C.-B. aux fins d'échange de dossiers de patients, conformément à la loi, afin de mieux servir les patients des Premières nations et de favoriser un meilleur contrôle des Premières nations concernant l'utilisation, la collecte et l'accès aux données liées à la santé pertinentes à l'amélioration des services de santé, et de mieux surveiller la santé des Premières nations en C.-B. et d'en faire état;
- g) fournir des conseils liés aux programmes et aux politiques de santé des Premières nations au Canada, au Ministry of Health de la C.-B., aux Health Authorities de la C.-B., aux fournisseurs de service et aux organismes, et chercher à améliorer les possibilités des Premières nations de la C.-B. de collaborer avec les ministères et organismes gouvernementaux afin d'améliorer les résultats pour la santé des Premières nations en C.-B.;
- h) améliorer sa capacité à établir des partenariats multisectoriels afin de mieux aborder les déterminants sociaux qui touchent l'état de santé des Premières nations.

6.2 Ministry of Health et Health Authorities de la Colombie-Britannique

(1) La Colombie-Britannique devra créer et soutenir les activités du comité tripartite immédiatement après la signature du présent Accord, conformément à l'article 4.3, et ordonnera à toutes les Health Authorities de la C.-B. de participer à ce comité.

(2) La Colombie-Britannique devra, aussitôt que possible après la création de l'ASPN, effectuer ce qui suit :

- a) conformément à la *Health Authorities Act* de la C.-B., ordonner aux Health Authorities de la C.-B. de collaborer avec les Premières nations de la C.-B. dans leurs régions respectives afin d'effectuer ce qui suit :
 - (i) élaborer et examiner leurs plans de santé des Autochtones et leurs Plans pour la santé et le mieux-être des collectivités autochtones respectifs en vue d'atteindre une meilleure coordination dans le cadre de la planification liée à la santé. Ces plans devraient indiquer les besoins qui sont uniques ou propres à chaque région;
 - (ii) collaborer relativement à la prestation de services de soins de santé pour le peuple autochtone;
 - (iii) discuter des dispositions innovatrices pour la prestation des services et, le cas échéant, établir des dispositions en matière de financement à une heure convenue. Ces dispositions devront être planifiées et déterminées au niveau local et régional entre l'ASPN, les tables régionales et les Health Authorities de la C.-B.;
- b) ordonner aux Health Authorities de la C.-B. de collaborer avec le Ministry of Health de la C.-B. et l'ASPN afin d'étudier des options en vue de conclure des accords avec l'ASPN sur l'échange de dossiers et de renseignements liés aux patients, conformément aux dispositions législatives applicables en matière de protection de la vie privée;
- c) collaborer avec l'agent provincial de santé afin de changer le rôle du médecin-conseil en santé autochtone provincial en vue de collaborer avec l'ASPN pour améliorer, entre autres, la qualité des données recueillies et les indicateurs de santé disponibles pour la santé et le mieux-être des Premières nations;
- d) conclure un accord de financement avec l'ASPN pour le financement convenu, selon le mandat décrit à l'annexe 2.

6.3 Le Canada et l'ASPN – le transfert des programmes fédéraux de santé

(1) Le Canada devra, en vertu de l'Accord de financement du Canada, fournir un financement à l'ASPN afin de soutenir le transfert des programmes fédéraux de santé. Le transfert des programmes fédéraux de santé devra avoir lieu par étapes ou en blocs, tel qu'il a été convenu entre l'ASPN et le Canada, et devra être terminé dans un délai de deux (2) ans après la signature du présent Accord, ou à un moment ultérieur, tel qu'il a été convenu entre l'ASPN et le Canada. Dans le présent Accord, un « transfert de programmes fédéraux de santé » signifie ce qui suit :

- a) dans le cas de l'ASPN, assumer la responsabilité des éléments suivants :
 - (i) la planification, la conception, la gestion et la prestation d'un ou plusieurs programmes de santé des PN pour remplacer les programmes fédéraux de santé, conformément aux modalités du présent Accord et sous réserve de ces dernières,

ainsi que l'Accord de financement du Canada;

(ii) toute fonction administrative, stratégique et de soutien nécessaire pour planifier, concevoir, gérer ou financer l'exécution des programmes de santé des PN;

b) dans le cas du Canada, la cessation de ce qui suit :

(i) la planification, la conception, la gestion, l'exécution ou le financement des programmes fédéraux de santé remplacés en vertu de l'alinéa a);

(ii) toute fonction administrative, stratégique et de soutien nécessaire pour planifier, concevoir, gérer ou financer l'exécution de ces programmes fédéraux de santé;

c) la fourniture du financement par le Canada en vertu de l'Accord de financement du Canada afin de financer ou de favoriser le financement des programmes de santé des PN et toute fonction administrative, stratégique et de soutien.

(2) Le Canada devra négocier et s'efforcer de conclure l'Accord de financement du Canada aux fins de tout transfert de programmes fédéraux de santé, et modifier l'Accord de financement du Canada au besoin pour tout transfert ou transfert de programmes fédéraux ultérieur, selon les conditions suivantes :

a) L'ASPN a été mise sur pied et fonctionne conformément à l'article 4.2 du présent Accord;

b) l'ASPN a élaboré un plan provisoire de santé satisfaisant ou un plan de santé pluriannuel, selon le cas, pour son fonctionnement conformément aux articles 5.2 et 5.3;

c) les étapes de mise en œuvre et de transition prévues à la section 7 pertinentes à tout transfert de programmes fédéraux de santé ont été achevées;

d) les accords auxiliaires requis pour tout transfert de programmes fédéraux de santé ont été conclus, le Canada convenant qu'il fera de son mieux pour conclure ces accords auxiliaires.

(3) Le Canada devra, durant la période qui suit la signature du présent Accord jusqu'à la date ou aux dates du transfert des programmes fédéraux de santé à l'ASPN, conserver la dotation budgétaire au bureau régional de SPNI de SC pour le programme de santé des Premières nations et des Inuits à un niveau qui n'est pas inférieur à la dotation durant l'exercice pendant lequel cet Accord a été signé.

(4) Le Canada devra mettre sur pied le comité de gestion provisoire et entreprendre les fonctions établies pour le bureau régional de SPNI de SC dans le cadre de ce comité prévu à l'article 7.3.

(5) Le Canada devra fournir un financement à l'ASPN conformément aux sections CF 10, CF 11 et CF 12 de l'annexe 1 et sous réserve de ces dernières.

SECTION 7 – MISE EN ŒUVRE

7.1 Comité et plan de mise en œuvre

(1) Aussitôt que possible après la signature du présent Accord, les parties devront établir un comité de mise en œuvre dont le mandat est de fournir une planification et une coordination générales, tel qu'il est décidé par les parties, pour la mise en œuvre de cet Accord au cours d'une période de cinq (5) ans. Le Canada, la Colombie-Britannique, le CSPN et la FNHS devront désigner un représentant au comité. Ce comité devra agir d'un commun accord, et peut établir des sous-comités et ajouter des membres s'il juge que c'est nécessaire.

(2) Les parties s'attendent à ce que le comité de mise en œuvre prenne toutes les étapes raisonnables et nécessaires pour faire avancer le processus de transfert et d'intégration établi dans le présent Accord en fonction du consensus des membres du comité, y compris, sans toutefois se limiter à ce qui suit :

- a) élaborer un plan de mise en œuvre et surveiller la mise en œuvre du présent Accord;
- b) déterminer les calendriers pour le transfert des programmes fédéraux de santé du Canada et remplir toutes les fonctions et responsabilités opérationnelles par l'ASPN à cette fin;
- c) déterminer les calendriers et les plans de mise en œuvre pour le transfert de tout programme, service et de toute fonction provinciaux convenus à l'ASPN;
- d) établir une équipe de transition à laquelle on fait référence à l'article 7.2;
- e) inciter la participation des Premières nations et d'autres intervenants et communiquer avec eux au sujet de la mise en œuvre.

7.2 Équipe et plan de transition

(1) Le comité de mise en œuvre devra établir une équipe de transition afin d'élaborer un plan de transition pour le transfert des programmes fédéraux de santé. L'équipe de transition inclura un agent principal de la FNHS ou de l'ASPN, et du bureau régional de SPNI de SC. L'équipe de transition devra coordonner les activités associées au transfert des programmes fédéraux de santé et peut modifier le plan de transition, au besoin.

(2) L'équipe de transition cessera d'exister à la date d'achèvement du transfert des programmes fédéraux de santé.

7.3 Comité de gestion provisoire

(3) Après la signature du présent Accord, un comité de gestion provisoire sera établi et composé du directeur régional du bureau régional de SPNI de SC et d'une personne désignée par la FNHS. Ce comité examinera et analysera toutes les questions importantes liées à la gestion au niveau stratégique, aux programmes ou aux politiques sur lesquelles le directeur régional du bureau régional de SPNI de SC décidera et essayera de conclure une entente à cet égard. Ces discussions auront lieu, dans la mesure du possible, avant la prise de

décision par le directeur régional. Le Comité de gestion provisoire se réunira aussi souvent que nécessaire, mais au moins deux fois par mois.

(4) Le comité de gestion provisoire établira également une équipe de cadres supérieurs composée de gestionnaires principaux du bureau régional de SPNI de SC et des nouveaux gestionnaires principaux de l'ASPN. Cette équipe de cadres supérieurs facilitera la transition et l'apprentissage par les gestionnaires de l'ASPN des fonctions, des opérations et des procédures du bureau régional de SPNI de SC dont l'ASPN sera responsable. Une telle transition et un tel apprentissage devront inclure des possibilités de rencontrer des représentants de SPNI de SC à Ottawa. L'équipe de cadres supérieurs collaborera également étroitement avec l'équipe de transition et appuiera la mise en œuvre du plan de transition.

(5) L'équipe de gestion provisoire cessera d'exister à la date d'achèvement du transfert des programmes fédéraux de santé.

7.4 Confidentialité

(1) Les membres du comité de mise en œuvre, de l'équipe de transition, du comité de gestion provisoire et de l'équipe de cadres supérieurs qui ne sont pas des agents du Canada devront signer toute entente de confidentialité et de non-divulgence raisonnablement requises par le Canada.

7.5 Financement de la mise en œuvre

(2) Le Canada apportera un soutien au financement des coûts de mise en œuvre et de transition de la FNHS requis pour établir l'ASPN et ses opérations et pour assurer la transition des programmes, des services et des fonctions à sa direction. Le Canada fournira un paiement unique ou des paiements jusqu'à concurrence de 17 M\$ à l'ASPN pour contribuer à de tels coûts dès la signature du présent Accord, et dans le cadre d'un accord ou d'accords de financement à négocier par le Canada et la FNHS en vertu de la section CF 13 de l'annexe 1.

7.6 Soutien de capacité

(1) Le Canada convient que l'ASPN peut avoir recours à des agents et à des spécialistes administratifs, des programmes et des professionnels de Santé Canada afin de fournir leurs propres conseils ou autres formes de soutien à l'ASPN d'une façon qui sera convenue entre l'ASPN et le Canada.

SECTION 8 – ENGAGEMENTS PERMANENTS DES PARTIES

8.1 Réunions

- (1) Afin d'appuyer le fonctionnement et la mise en œuvre du présent Accord, les parties conviennent de convoquer les réunions suivantes :
- a) Une réunion bisannuelle des représentants politiques des parties, telles qu'elles sont représentées par le président du Conseil de la santé des Premières nations, la ministre de la Santé (Canada) et le Minister of Health (Colombie-Britannique) ou leurs remplaçants désignés.
 - b) Une réunion de partenariat de gouvernance qui devra avoir lieu au moins tous les dix-huit (18) mois, avec des représentants principaux des parties afin de discuter

de la mise en œuvre du présent Accord et du fonctionnement général de la nouvelle direction. Cela pourrait comprendre la formation de groupes de travail composés de plusieurs parties afin d'étudier et d'aborder toute question liée à la mise en œuvre du présent Accord ou tout accord auxiliaire.

- c) Des réunions au moins une fois tous les dix-huit (18) mois entre le CSPN et les représentants des Premières nations de la C.-B. et les fournisseurs de services de santé des Premières nations afin de discuter de la mise en œuvre du présent Accord et de l'exploitation de la nouvelle structure de gouvernance de santé.
 - d) Une réunion annuelle du sous-ministre adjoint (SMA) de la DGSPNI de SC et du premier dirigeant de l'ASPN afin de discuter de leurs politiques, priorités et planification respectives.
 - e) Des réunions deux fois par année des directeurs généraux de la Direction générale de la SPNI de SC avec la responsabilité des programmes communautaires, des soins primaires, de la santé publique et le programme SSNA avec des hauts fonctionnaires de l'ASPN pour transmettre des renseignements et des expériences.
 - f) Des réunions annuelles entre le Canada (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada) et le CSPN à la table de la qualité de vie d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AADNC) et au Comité interministériel fédéral sur les Questions autochtones afin de discuter de la santé et des questions liées aux déterminants sociaux en santé.
 - g) Des réunions annuelles entre le deputy minister of Health de la Colombie-Britannique et l'ASPN et une réunion mutuellement convenue entre les sous-ministres associés seront organisées afin de discuter de politiques et d'activités qui peuvent toucher la santé des personnes des Premières nations.
- (3) Les engagements pris dans cette section peuvent être modifiés et adaptés de temps à autre avec le consentement des parties touchées

8.2 Circonstances imprévues

- (1) Dans le cas d'une circonstance imprévue, telle qu'une urgence sanitaire, ou d'un sinistre qui aurait une incidence sur la capacité ou une incidence financière importante à l'égard de l'ASPN, le Canada, la Colombie-Britannique devront, avec l'ASPN, évaluer conjointement l'incidence et les mesures requises pour affronter la situation. Tout Accord pour fournir un nouveau financement ou une autre aide à l'ASPN sera conclu par les parties par écrit.

SECTION 9 – Autre

9.1 Législation

- (1) La Colombie-Britannique s'engage à participer à un processus de collaboration tripartite afin d'évaluer s'il y a un besoin de consacrer des autorités et des pouvoirs pour l'ASPN à la législation ou à la réglementation provinciale. Si toutes les parties conviennent qu'un tel besoin existe, le Ministry of Health de la C.-B. cherchera à obtenir les modifications législatives ou réglementaires nécessaires.

- (2) Le Canada s'engage à étudier des façons de reconnaître et d'exprimer un soutien pour la mise en œuvre du présent Accord dans le cadre de la législation fédérale.

9.2 Santé de la population et santé publique

- (1) Le Ministry of Health de la C.-B. et l'ASPN devront étudier et déterminer des mesures, y compris des mécanismes législatifs et réglementaires possibles qui peuvent être utiles pour aborder les questions liées à la santé de la population et du public pour l'application de cet Accord, conformément au but du présent Accord, afin d'établir un système de santé plus intégré qui sert à améliorer la santé et le bien-être des Premières nations et de leurs collectivités en Colombie-Britannique.

9.3 Indemnités des régimes de services médicaux (RSM)

- (1) Les parties ont convenu, conformément à une lettre d'accord distincte à conclure d'ici le 30 décembre 2011, d'entamer un processus de discussion concernant les indemnités des RSM établies en vertu de la *Medicare Protection Act* payées pour le compte des Indiens inscrits en Colombie-Britannique.

SECTION 10 – ÉVALUATION TRIPARTITE

- (1) Les parties devront évaluer conjointement la mise en œuvre du présent Accord tous les cinq (5) ans. Dans le cadre de cette évaluation, on devra examiner l'objectif et l'intention de cet Accord, tel qu'il a été établi dans les attendus et à la section 2, et exécuter l'évaluation dans le contexte plus vaste du partenariat de santé avec les Premières nations de la C.-B.

- (2) Les parties devront, dans un délai de dix-huit (18) mois après avoir signé le présent Accord, préparer un plan d'évaluation et commencer à recueillir des données et des rapports afin de suivre, à tout le moins, ce qui suit :

a) indicateurs de santé :

- (i) l'espérance de vie à la naissance;
- (ii) les taux de mortalité (décès attribuables à toutes causes);
- (iii) les taux de suicide chez les jeunes Indiens inscrits;
- (iv) les taux de mortalité infantile;
- (v) les taux de diabète;
- (vi) les taux d'obésité infantile;
- (vii) le nombre de professionnels de la santé praticiens des Premières nations qui sont inscrits ou des membres acceptés de professions de santé reconnues en vertu de la *Health Professions Act* de la C.-B.;
- (viii) tout autre indicateur supplémentaire, y compris des indicateurs de mieux-être appuyés par les intervenants de gouvernance; notamment le comité tripartite, le CSPN et la FNHDA.

b) gouvernance, relations tripartites et intégration :

- (i) l'efficacité de la nouvelle structure de gouvernance de santé décrite à la section 4;
- (ii) l'efficacité des nouvelles relations fédérales, provinciales et des Premières nations établies à la section 6.

(3) Un rapport d'évaluation tripartite sera mis au point dans un délai d'une année après la première période de cinq ans suivant le transfert des programmes fédéraux de santé. Le rapport sera rendu public.

SECTION 11 – DIFFÉRENDS

11.1 Résolution officielle

(1) Les parties se sont engagées à collaborer afin d'établir des relations de travail harmonieuses et de prévenir ou de réduire au minimum les différends concernant leurs droits ou obligations respectifs en vertu du présent Accord. À cette fin, les parties feront ce qui suit :

- a) établir des voies claires de communication et faire part de leurs attentes relatives à l'interprétation de cet Accord;
- b) chercher à régler les différends prévus de la façon la plus rapide et rentable possible.

(4) Les parties reconnaissent néanmoins que des différends peuvent survenir au sujet de leurs droits ou obligations respectifs en vertu du présent Accord et conviennent qu'elles s'efforceront de résoudre de tels différends dans le cadre d'un contexte non accusatoire, collaboratif et officieux.

(5) Si un différend survient relativement aux droits et aux obligations respectives d'une partie en vertu du présent Accord, les parties au différend devront chacune nommer un représentant qui accomplira tout effort raisonnable et de bonne foi, de manière rapide et diligente, pour résoudre le différend.

(6) Lorsqu'un différend survient entre certaines des parties, mais pas toutes, les parties concernées par le différend en informeront l'autre partie et peuvent lui demander de les aider à essayer de résoudre le différend. Toute partie qui se fait demander de l'aide peut accepter ou refuser un tel rôle à son appréciation exclusive.

(7) Rien n'empêche les parties, à toute étape d'un différend, de convenir de renvoyer le différend à la médiation, selon les modalités convenues entre elles. Dans le cas où un différend est renvoyé à la médiation, les parties partageront également les frais et les dépenses du médiateur et assumeront autrement leurs propres frais de participation à la médiation.

(8) Tout renseignement échangé durant ce processus de résolution de différends sera considéré comme des communications « sous réserve de tous droits » aux fins de négociations de règlement et sera traité comme confidentiel par les parties et leurs représentants, sauf indication contraire par la loi. Cependant, des éléments de preuve qui sont admissibles ou susceptibles d'être découverts indépendamment ne devront pas être rendus inadmissibles ni non susceptibles d'être découverts en raison de son utilisation durant le processus de résolution de différends.

(9) Avant qu'un différend soit présenté devant un tribunal compétent, les responsables des parties seront avisés du différend et ils auront une dernière occasion pour déterminer une résolution du différend.

11.2 Résolution officielle

(1) Sous réserve du paragraphe 11.1(7), si une partie au différend détermine que le différend ne peut être réglé en vertu de l'article 11.1, cette partie peut présenter le différend devant un tribunal compétent.

SECTION 12 – RÉSILIATION

12.1 Avis de résiliation

(1) Les parties souhaitent que le présent Accord soit une entente à long terme qui peut être mise à jour et modifiée de temps à autre. Cependant, une partie peut résilier le présent Accord en fournissant un préavis écrit d'au moins dix-huit (18) mois aux autres parties.

(2) Dès la présentation d'un avis de résiliation par une partie en vertu du paragraphe 12.1(1), la partie qui fournit l'avis devra offrir d'organiser une réunion avec les autres parties dans un délai d'un mois, réunion à laquelle toutes les parties devront assister avec un représentant approprié afin de déterminer s'il y a une raison valide de maintenir en vigueur le présent Accord en totalité ou en partie, et selon les changements ou modifications qui peuvent s'avérer nécessaires à cette fin.

(3) Les parties, ou deux d'entre elles, ensemble avec de telles autres personnes ou parties, tel qu'il est jugé approprié par les parties participantes, peuvent également se réunir au besoin afin de déterminer si des parties des dispositions mises en place en vertu du présent Accord, ou en raison de celui-ci, peuvent être maintenues en vigueur en vertu de dispositions nouvelles ou de rechange entre toutes les parties ou quelques-unes d'entre elles et avec toute nouvelle partie, selon le cas et selon les conditions déterminées.

(4) En tout temps après l'envoi d'un avis de résiliation, la partie qui le signifie peut, avec le consentement de toutes les autres parties, faire ce qui suit :

- a) prolonger ou réduire la période d'avis de dix-huit (18) mois pour la résiliation;
- b) amorcer un processus de résolution de différends avec les autres parties ou n'importe laquelle d'entre elles selon des modalités à convenir entre les parties participantes, et la partie qui fournit l'avis de résiliation peut convenir de suspendre cet avis durant un tel processus;
- c) retirer l'avis de résiliation.

12.2 Processus de résiliation

(1) Dans le cas où il n'y a aucun accord après six (6) mois ou plus, selon ce qui est convenu par toutes les parties suivant la livraison d'un avis de résiliation en vertu du paragraphe 12.1(1) :

- a) entre les parties, maintenir en vigueur le présent Accord selon des conditions identiques ou modifiées en vertu du paragraphe 12.1(2);
- b) entre les parties ou deux des parties et toute nouvelle partie aux ententes de

rechange en vertu du paragraphe 12.1(3), les parties devront aviser les responsables des parties de la résiliation en attente afin de leur fournir une dernière occasion de déterminer s'il y a un fondement de maintenir en vigueur le présent Accord ou d'élaborer de nouvelles ententes de rechange.

(2) En l'absence d'un accord conclu par les responsables des parties en vue de prolonger le présent Accord ou de toute nouvelle disposition de rechange en vertu du paragraphe 12.2(1), le ministre de la Santé (Canada) devra, à condition d'obtenir une autorisation appropriée et en conformité avec l'article 12.3, fournir ou financer l'exécution et la prestation des programmes et services de santé offerts aux Premières nations de la Colombie-Britannique, conformément aux politiques et programmes existants en matière de santé des Premières nations du Canada au moment de la résiliation du présent Accord et à divers moments par la suite.

(3) Pour plus de certitude, si le présent Accord est résilié, la Colombie-Britannique ne sera donc pas responsable des programmes et des paiements transférés à l'ASPN par le Canada.

12.3 Transition

À la suite de l'envoi d'un avis de résiliation en vertu du paragraphe 12.1(1) et jusqu'au moment où une nouvelle entente est mise en place en vertu des articles 12.1 ou 12.2, les parties feront ce qui suit :

- (1) respecter les conditions du présent Accord;
- (2) participer à un processus avec les représentants appropriés qui se réuniront aussi fréquemment qu'il est jugé raisonnable et nécessaire afin d'établir des plans pour la transition sans heurt des programmes et des services faisant l'objet du présent Accord, en vue de s'assurer qu'il n'y a aucune interruption de ces programmes et services;
- (3) prendre les mesures jugées raisonnables, nécessaires et proportionnées par rapport à leurs rôles et responsabilités respectifs aux présentes afin d'assurer une transition sans heurt et une interruption minimale pour ce qui est de l'exécution et de la prestation des programmes et des services de santé qui font l'objet du présent Accord.

12.4 Effet de la résiliation sur d'autres accords

Pour plus de certitude, la résiliation du présent Accord, en soi, n'engendrera pas la résiliation du *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (2006), du *First Nations Health Plan MOU* (2006), ni du *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* (2007).

SECTION 13 – dispositions générales

13.1 Interprétation – Nature de l'Accord

(1) Le présent Accord est destiné à fournir aux Premières nations de la Colombie-Britannique, par l'intermédiaire de l'ASPN, un cadre dans le but d'entreprendre la planification, la conception, la gestion, la prestation, et le financement de l'exécution des

programmes de santé des Premières nations en conformité avec ses modalités et sous réserve des lois de la Colombie-Britannique et du Canada.

(2) Le présent Accord ne constitue pas une entente d'autonomie gouvernementale et ne transfère ni ne confère aucun pouvoir de légiférer à partir ou à destination de toute partie ou à la FNHA.

13.2 Totalité de l'Accord

(3) Le présent Accord a force exécutoire conformément à ses conditions, et représente la totalité de l'accord juridique conclu entre les parties relativement à son objet.

13.3 Modification

(4) Le présent Accord peut être modifié par écrit et signé par les représentants dûment autorisés de chacune des parties.

(5) Une modification au présent Accord prend effet à une date convenue par les parties à la modification, mais si aucune date n'est acceptée, à la date à laquelle la dernière partie qui doit donner son consentement à la modification le donne.

13.4 Renonciation

(1) Aucune disposition du présent Accord ou obligation de rendement par une partie en vertu du présent Accord ne peut faire l'objet d'une renonciation, à moins que la renonciation soit faite par écrit et signée par la ou les parties qui la donnent.

(2) Aucune renonciation visée au paragraphe (1) n'est réputée constituer une renonciation à toute autre disposition, obligation ou manquement.

13.5 Lois applicables

(3) Le présent Accord doit être interprété conformément aux lois de la province de la Colombie-Britannique et à toutes les lois fédérales qui y sont applicables. Toutes les mesures ou activités des parties prises ou exercées conformément au présent Accord sont assujetties aux lois de la province de la Colombie-Britannique et à toutes les lois fédérales qui y sont applicables.

(4) Pour plus de certitude, les parties reconnaissent que, ni le Canada, ni la Colombie-Britannique n'a le pouvoir, par le présent Accord, de lier le Parlement ou la législature en vue de modifier la législation fédérale ou provinciale ou les règlements, respectivement, avec l'effet possible de prévaloir sur le présent Accord en partie, ou dans son intégralité.

13.6 Renvoi législatif

Chaque renvoi à un texte législatif est réputé être un renvoi à ce texte, et aux règlements pris en vertu de ce texte, dans sa version modifiée ou remise en vigueur, le cas échéant.

13.7 Interprétation – références à certaines organisations

Il est entendu que certains des organismes créés par une loi, des organismes gouvernementaux et d'autres organismes et certaines des personnes morales, y compris les directions, les organismes ou les postes désignés gouvernementaux visés au présent Accord peuvent subir des changements à leurs noms, fonctions ou mandats de temps à autre ou peuvent cesser de fonctionner ou d'exister. Dans ces circonstances, les parties conviennent de collaborer afin de modifier le présent Accord, au besoin, afin de tenir le présent Accord à jour et pertinent dans le contexte d'une telle modification, et conviennent autrement que l'on devrait donner à cet Accord une interprétation contextuelle, de sorte que de telles modifications ne contreviennent ni au but ni à l'objet du présent Accord, s'ils sont non matériels ou si les parties peuvent facilement adapter leurs procédures afin de s'adapter aux circonstances nouvelles et sous réserve de tous droits de toute partie.

13.8 Autres références

L'insertion de rubriques et la division du présent Accord en sections sont à des fins pratiques pour le lecteur et ne devront avoir aucune incidence sur l'interprétation de celui-ci. Dans cet Accord, les termes au singulier incluent le pluriel et vice versa, et les termes de genre incluent tous les genres. Toutes les références à l'expression « y compris » signifient « y compris, sans toutefois s'y limiter ». Toutes les références dans le présent Accord à « Canada » ou à « Colombie-Britannique » doivent être interprétées de manière à inclure, le cas échéant, son représentant dûment autorisé.

13.9 Autres assurances

Chacune des parties doit, le cas échéant et dans un délai raisonnable, signer et remettre tous les documents et les instruments supplémentaires et prendre toutes les mesures et actions que les autres parties peuvent raisonnablement exiger afin d'exercer efficacement, de témoigner ou de parfaire l'intention et le sens du présent Accord.

13.10 Affectation

Une partie ne peut céder cet Accord sans le consentement préalable écrit des autres parties. Le présent Accord s'applique au bénéfice des parties et liera celles-ci et leurs successeurs et ayants droit respectifs. Cette disposition est établie sous réserve des dispositions du paragraphe 4.2 (5).

13.11 Relations entre les parties

(1) Sous réserve du paragraphe (3), rien dans le présent Accord ne sera réputé constituer une partie, ou la FNHA, un partenaire juridique ni un mandataire de toute autre partie. Chacune des parties agira en son nom propre et non au nom de toute autre partie, et aucune partie ni la FNHA ne peut, à aucun moment, se présenter comme l'ayant cause, l'employé ou l'associé d'une autre partie. Aucune partie aux présentes n'aura le droit express ou tacite ou le pouvoir d'assumer ou de créer une obligation pour le compte ou au nom de toute autre partie, ou de lier toute autre partie à tout contrat, accord ou engagement avec une autre personne.

(2) Pour plus de certitude, aucune des parties au présent Accord ne peut être tenue responsable de ce qui suit :

- a) les actions ou inactions d'une autre partie, de la FNHA ou de tout autre intervenant en matière de santé des Premières nations en vertu du présent Accord, sauf dans la mesure où elles peuvent avoir causé de telles actions ou inactions, ou y avoir contribué, et sont responsables des conséquences selon les lois applicables;
 - b) toute perte, y compris la perte économique ou le préjudice subi par une autre partie, par la FNHA ou par tout autre intervenant en matière de santé des Premières nations ou de leurs employés respectifs, dirigeants, mandataires, entrepreneurs ou travailleurs volontaires, découlant de l'exécution des activités au titre ou conformément au présent Accord ou liée de quelque façon que ce soit à ces dernières, sauf dans la mesure où une partie peut avoir causé de telles actions ou inactions, ou y avoir contribué, et sont responsables des conséquences selon les lois applicables;
 - c) tout prêt, contrat de location-acquisition ou autres obligations à long terme d'une partie ou de la FNHA ou de tout autre intervenant en matière de santé des Premières nations découlant de l'exécution des activités en vertu du présent Accord ou liée de quelque façon que ce soit à ces dernières.
- (3) Rien dans le présent Accord n'empêche une partie ni la FNHA d'agir comme un partenaire légal ou mandataire d'une autre personne aux fins liées au présent Accord où ils acceptent expressément, ou pour tout but sans rapport avec le présent Accord.

13.12 Non-divisibilité

Si une disposition quelconque du présent Accord est déterminée comme légalement invalide ou inapplicable par un tribunal compétent, en tout ou en partie, cette disposition sera radiée du présent Accord dans la mesure seulement de l'invalidité ou de l'inapplicabilité, et les parties négocieront de bonne foi afin de s'entendre sur une disposition de substitution qui permettra de remédier ou de remplacer la disposition invalide ou inapplicable et les dispositions connexes qui peuvent être touchées par l'invalidité ou l'inapplicabilité.

13.13 Avis

Tout avis ou autre communication devant être donné à une partie en vertu du présent Accord doit être donné par écrit, et être suffisamment donné s'il est livré personnellement ou s'il est envoyé par courrier recommandé et affranchi ou par télécopieur à la partie comme suit :

Canada :

Nom : Bureau du sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Adresse : 200, promenade Eglantine, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0K9

À l'attention de : Sous-ministre adjoint, Direction générale de la santé des Premières nations, Santé Canada

Canada
Télécopieur : 613 957-1118

Colombie-Britannique :

Nom : Sous-ministre adjoint, Population and Public Health, Ministry of Health

Adresse : 4-2, 1515, rue Blanshard, Victoria (C.-B.) V8W 3C8

À l'attention de : Sous-ministre adjoint, Population and Public Health, Ministry of Health
Télécopieur : 250 952-1713

FNHS :

Nom : Président-directeur général

Adresse : 1205-100, Park Royal South, West Vancouver (C.-B.) V7T 1A2

À l'attention de : Président-directeur général

Télécopieur : 604 913-2081

ou à toute autre adresse de telle manière que la partie à qui un tel avis doit être donné en a informé en dernier lieu la partie donnant l'avis, conformément aux conditions prévues dans cette section. Tout avis remis personnellement à une partie est réputé avoir été donné et reçu le jour où il est ainsi livré à cette adresse. Tout avis envoyé par la poste à une partie est réputé avoir été donné et reçu le cinquième jour ouvrable suivant la date de son envoi, pourvu qu'il n'y ait aucune grève des services postaux en vigueur ou qu'aucune grève n'entre en vigueur dans les cinq jours ouvrables après l'envoi d'un tel avis. Tout avis transmis par télécopieur est réputé avoir été donné et reçu le jour de sa transmission.

13.14 Garantie d'habilité

(1) Chaque partie déclare et garantit qu'elle a le pouvoir nécessaire, l'autorisation et la capacité de conclure le présent Accord et que son signataire a été dûment autorisé à signer cet Accord en son nom.

(2) Après le paragraphe de cet Accord, les Premières nations de la C.-B. participeront à un processus de ratification nationale pour la structure de gouvernance, les fonctions et les relations d'une nouvelle structure de gouvernance des services de santé des Premières nations. Ce processus exigera une résolution d'appui ratifiant le présent Accord à une assemblée du Conseil de la santé des Premières nations.

SECTION 14 – ANNEXES

Les annexes au présent Accord consistent en ce qui suit :

- (1) Annexe 1 – Financement par le Canada
- (2) Annexe 2 – Financement par la Colombie-Britannique
- (3) Annexe 3 – Liste des programmes fédéraux de santé

- (4) Annexe 4 – Exigences en matière de gouvernance d’entreprise de la FNHA
- (5) Annexe 5 – Accords auxiliaires opérationnels à négocier

SECTION 15 – SIGNATURE

Le présent Accord peut être signé et remis par télécopieur et en plusieurs exemplaires, et chaque exemplaire, une fois signé et livré, est réputé être un original.

Les Parties ont signé le présent Accord.

**SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DU
CANADA,
représentée par la ministre de la Santé**

L'honorable Leona Aglukkaq
Ministre de la Santé
Gouvernement du Canada

Ian Potter, Témoin
Négociateur en chef
Gouvernement du Canada

LA FIRST NATIONS HEALTH SOCIETY

Norman Joseph ("Joe") Gallagher
CEO, La First Nations Health Society

Pierre Leduc, Témoin
Président, La First Nations Health Society

**SA MAJESTÉ LA REINE DU CHEF DE
LA PROVINCE DE LA COLOMBIE-
BRITANNIQUE, représentée par le
Ministre de la Santé**

L'honorable Michael De Jong
Ministre de la Santé, Province de
la Colombie-Britannique

Graham Whitmarsh, Témoin
Sous-ministre de la Santé, Province de
la Colombie-Britannique

**Approuvé par :
LE CONSEIL DE LA SANTÉ DES
PREMIÈRES NATIONS**

Grand chef Douglas Colin ("Doug") Kelly
Président, Le Conseil de la santé
des Premières nations

Shawn A-in-chut Atleo, Témoin
Chef national, L'Assemblée des Premières
nations

ANNEXE 1 – FINANCEMENT PAR LE CANADA

Partie 1 – Accord de dix (10) ans de financement par le Canada

FC 1. Généralités : Le Canada transférera un « montant annuel fédéral » à la FNHA en vertu d'un accord de financement du Canada à négocier conformément aux modalités de la présente annexe. Le montant annuel fédéral sera calculé conformément à l'article FC 3 et sera transféré aux fins énoncées dans le Plan de santé intérimaire ou le plan pluriannuel en matière de santé. Le montant annuel fédéral sera versé aux fins de l'ensemble des coûts devant être engagés par la FNHA pour l'exécution de son Plan de santé intérimaire ou de son plan pluriannuel de santé, y compris tous les frais généraux et administratifs liés de tout genre, y compris la paie et les avantages sociaux, les politiques et les coûts du programme.

FC 2. Durée : L'accord de financement du Canada aura une durée de 10 (dix) ans avec les montants de financement, l'exécution des programmes et les fonctions d'établissement des rapports organisés selon l'exercice du 1^{er} avril au 31 mars. L'accord de financement du Canada peut être conclu en totalité ou en plusieurs étapes en tout ou en partie du montant annuel fédéral.

FC 3. Le montant annuel fédéral : Le montant annuel fédéral sera calculé comme suit :

- a) Au cours du premier exercice de l'accord de financement du Canada, le montant annuel fédéral sera égal au montant de l'année de base énoncé à l'article FC 4 ajusté conformément à l'article FC 5, et ajusté pour tenir compte de ces composantes du programme énoncé aux tableaux 2 à 5 de l'annexe A de la présente annexe qui sont transférés à la FNHA, à partir de la date du transfert, en gardant à l'esprit que le transfert des programmes fédéraux de santé peut se produire par étapes ou en blocs.
- b) Au cours des exercices deux (2) trois (3), quatre (4) et cinq (5) de l'Accord de financement du Canada, le montant annuel fédéral sera le montant annuel fédéral de l'année précédente (exprimé sur une base annualisée, en cas d'exercices préalables partiels) multiplié par le facteur de progression annuel prévu à l'article FC 6, ainsi que toutes les composantes du programme supplémentaires figurant aux tableaux 2 à 5 de l'annexe A de la présente annexe qui sont transférées à la FNHA au cours de ces exercices, en gardant à l'esprit que le transfert des programmes fédéraux de santé peut se produire par étapes ou en blocs.
- c) Au cours des exercices six (6) à dix (10) de l'Accord de financement du Canada, le montant annuel fédéral sera le montant annuel fédéral de l'année précédente multiplié par un nouveau facteur de progression annuel qui sera déterminé par le Canada et la FNHA. Si les négociations pour un nouveau facteur de progression en ce qui concerne les exercices six (6) à dix (10) ne sont pas conclues avant le cinquième anniversaire de cet Accord, la FNHA recevra un montant annuel fédéral pour le sixième exercice et les exercices subséquents qui est équivalent au montant annuel fédéral à l'exercice cinq (5). Le Canada et la FNHA peuvent poursuivre les négociations du facteur de progression jusqu'à l'expiration de l'accord de financement du Canada et si les négociations sont conclues avant cette date, un ajustement rétroactif sera effectué pour chacun des exercices de six (6) à dix (10) de l'Accord de financement du Canada pour payer à la FNHA toute différence, sans intérêt, découlant de l'application du nouveau facteur de progression.

- d) Si l'Accord de financement du Canada entre en vigueur à une date autre que le 1^{er} avril, il aura des exercices initiaux et finaux partiels. Le montant annuel fédéral pour tout exercice partiel sera le montant qui s'applique par ailleurs en vertu du présent paragraphe et proportionnellement réduit en le multipliant par le nombre de jours où il sera payé pour cet exercice et en le divisant par 365.

FC 4. Montant de l'année de base : le « montant de l'année de base », qui a été calculé par rapport au total des coûts directs, indirects, de soutien et administratifs du Canada pour le financement, l'exécution et l'administration de tous les programmes fédéraux de santé, est le « montant de 2008-2009 » de 318 832 400 \$, tel que cela est indiqué au tableau 1 de l'annexe A, plus le facteur d'ajustement prévu à l'article FC 5.

FC 5. Facteur d'ajustement : Le montant de 2008-2009 prévu à l'article FC 4 sera ajusté à la date d'entrée en vigueur ou aux dates du transfert du financement des programmes fédéraux de santé à la FNHA afin de devenir le montant de l'année de base à l'aide du facteur d'ajustement suivant (« facteur d'ajustement ») :

- a) la partie du montant de 2008-2009 représentant les dépenses des SSNA (139 077 700 \$) sera remplacée par : (i) 163 455 600 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2011-2012, par (ii) 172 511 700 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2012-2013, ou par (iii) 182 079 200 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2013-2014;
- b) plus la partie du montant de 2008-2009 représentant les dépenses des programmes communautaires régionaux (169 413 900 \$) sera remplacée par : (i) 178 234 900 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2011-2012, par (ii) 181 378 300 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2012-2013, ou par (iii) 184 596 800 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2013-2014;
- c) plus la partie du montant 2008-2009 représentant les dépenses en capital (10 340 800 \$) sera remplacée par : (i) 10 829 800 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2011-2012, par (ii) 10 998 000 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2012-2013, ou par (iii) 11 168 700 \$ si le transfert a lieu au cours de l'exercice 2013-2014.

Si l'un des programmes visés aux alinéas a) à c) ci-dessus est transféré en partie et en années distinctes, le financement de chaque partie sera fondé sur le niveau de financement pour l'année pertinente de transfert énoncée ci-dessus.

FC 6. Facteur de progression annuel : L'Accord de financement du Canada prévoira des augmentations annuelles fixes (« facteur de progression annuel ») de 5,5 % du montant annuel fédéral de l'exercice précédent (taux annualisé) au cours des exercices deux (2), trois (3), quatre (4) et cinq (5) de l'Accord de financement du Canada à condition que le Programme des SSNA soit inclus dans les programmes transférés à la FNHA conformément au présent Accord, et pendant cette période. En ce qui concerne toute période durant les exercices mentionnés ci-dessus pendant laquelle le Programme des SSNA n'est pas inclus dans les programmes transférés à la FNHA, l'Accord de financement du Canada fournira des augmentations annuelles fixes de 4,5 % du montant annuel fédéral (annualisé) de l'exercice précédent. Le Canada et la FNHA s'engagent à négocier un facteur de progression annuel pour les autres exercices de l'Accord de financement du Canada conformément aux alinéas FC 3 c) et FC 9 a).

FC 7. Souplesse de financement : L'accord de financement du Canada offrira une souplesse relativement à l'allocation des ressources et à la conception et à l'établissement des priorités des programmes. Le montant annuel fédéral ne sera réduit par aucun des éléments suivants :

- a) **Fonds excédentaires/Report :** La FNHA peut conserver et reporter les excédents de tout exercice aux fins d'utilisation dans un exercice subséquent pendant la durée de l'Accord de financement du Canada pour les programmes de santé et des services, conformément au Plan de santé intérimaire ou au Plan de santé pluriannuel de la FNHA;
- b) **Financement de base / temporisation :** Le montant annuel fédéral doit être fourni à titre de financement de base. La FNHA peut concevoir de nouveau tout programme, redéfinir les priorités de tout programme ou annuler tout programme dans ce bloc. Dans le cas où un programme ou un service permanent figurant à l'annexe 3 prend fin ou est annulé par le Canada à l'échelle nationale ou régionale, il n'y aura aucune déduction au financement accordé à la FNHA, et tous les fonds connexes peuvent être conservés par la FNHA pour l'investissement dans les programmes de services de santé en conformité avec son Plan de santé intérimaire ou son plan pluriannuel de santé (en reconnaissant que le financement visé aux articles FC 11 et 12 ne fait pas partie du montant annuel fédéral et peut être temporisé et ne sera maintenu que jusqu'à la fin du programme ou tel qu'il est énoncé aux présentes);
- c) **Autres sources de financement :** Le montant annuel fédéral ne sera pas réduit si la FNHA obtient d'autres sources, y compris la Colombie-Britannique ou d'autres ministères fédéraux, un financement supplémentaire pour tout programme de santé des Premières nations. La FNHA devra, dans de tels cas, utiliser le financement connexe du montant annuel fédéral comme prévu à l'origine pour améliorer les programmes ou les services en question, ou bien elle peut investir ce montant dans les autres programmes de santé des PN.

FC 8. Établissement de rapports : La FNHA devra :

- a) rédiger un rapport annuel conformément à l'article 5.4 du présent Accord;
- b) prévoir la préparation d'une évaluation indépendante tous les cinq (5) ans qui comprend l'examen des éléments suivants de la FNHA :
 - (i) les plans et programmes;
 - (ii) la structure organisationnelle et l'efficacité organisationnelle;
 - (iii) la gestion des relations avec les fournisseurs de services de santé des Premières nations et les relations avec les fournisseurs de prestations de santé (anciennement la DGSPNI).

Cette évaluation sera mise à la disposition des membres de la FNHA, du Canada, de la Colombie-Britannique et du public.

FC 9. Procédures de renouvellement : Le Canada et la FNHA passeront en revue le financement et d'autres dispositions de l'Accord de financement du Canada pendant sa durée dans le cadre de leur examen régulier de cet Accord et planifieront la mise à jour et le renouvellement de cet Accord comme suit :

- a) Examen initial quinquennal (5) : Le Canada et la FNHA passeront en revue les dispositions générales et particulières de l'Accord de financement du Canada et tiendront des discussions visant à négocier la valeur du facteur de progression annuel pour les exercices six (6) à dix (10) de l'Accord de financement du Canada pendant le quatrième exercice du premier Accord de financement du Canada.
- b) Examens de dix (10) ans : En ce qui concerne les nouveaux accords ajoutés au premier Accord de financement du Canada, les négociations de renouvellement débiteront au plus tard un an avant la date d'expiration du premier Accord de financement du Canada ou alors en vigueur. Si les négociations du nouvel accord, y compris ses dispositions relatives au financement ne sont pas conclues avant l'expiration de l'Accord de financement du Canada préalable, le Canada et la FNHA conviennent que, pour une période de deux ans, ils concluront un nouvel accord de financement, qui doit être négocié conformément à l'article FC 13, comportant presque toutes les mêmes modalités de l'accord préalable et à un niveau de financement qui correspond au montant annuel fédéral pour le dernier exercice de l'accord préalable (exprimé sur une base annualisée dans le cas où le dernier exercice financier est partiel).

Partie 2 – Autres engagements en matière de financement du Canada

FC 10. Financement pour les nouveaux programmes et services

- (1) La FNHA et le Canada entameront des discussions au sujet de l'accès aux fonds fédéraux disponibles pour tout nouveau programme de santé connexe, y compris les programmes d'assainissement de l'environnement, et des services qui peuvent être présentés par le Canada, le cas échéant, à l'échelle nationale ou régionale.
- (2) Un financement supplémentaire ne sera pas fourni à l'égard : a) de nouveaux programmes fédéraux de santé, des services ou des activités qui ont remplacé en grande partie l'un des programmes fédéraux de santé énoncés à l'annexe 3, ou pour lesquels un financement a déjà été fourni en vertu d'un accord conclu entre le Canada et la FNHA; b) des changements de financement national ou régional pour les programmes fédéraux de santé figurant à l'annexe 3 ou des programmes essentiellement similaires ou leurs activités.
- (3) Par dérogation au paragraphe FC 10 (2), dans le cas où le Canada présente un financement élargi à l'égard de l'admissibilité des bénéficiaires et un financement connexe pour un programme fédéral de santé et un service figurant à l'annexe 3 à la suite d'éventuelles modifications législatives à la *Loi sur les Indiens* (Canada) ou les décisions des tribunaux qui se traduisent par une augmentation du nombre de personnes admissibles à être inscrites comme Indiens en vertu de cette loi, le Canada et la FNHA collaboreront afin de déterminer les répercussions et les approches pour aborder un tel changement. La FNHA et le Canada entameront des discussions au sujet de l'accès à tout financement fédéral qui est rendu disponible à l'échelle nationale pour tout programme ou service nouveau ou élargi afin de traiter des questions en matière d'admissibilité.

FC 11. Financement du Programme des pensionnats indiens (Programme PI) : Le Canada fournira des fonds qui seront versés pendant une période fixe (sans dépasser la durée du programme PI) en vertu d'un accord de financement ou d'accords qui seront négociés entre le Canada et la FNHA dans le but d'exécuter le Programme PI. Ce financement sera fourni

conformément à un accord de financement ou des accords qui seront négociés par le Canada et la FNHA conformément à l'article FC 13.

FC 12. Financement complémentaire pour le PTSPN : Le Canada versera un apport supplémentaire annuel à la FNHA qui sera versé pendant une période fixe et, si nécessaire, pour s'assurer que la valeur de l'apport fédéral au Plan tripartite de la Santé des Premières nations (PTSPN) au cours de chaque exercice complet de l'Accord de financement du Canada s'élève à 10 millions de dollars. Le montant de base pour le PTSPN qui est inclus dans le montant de l'année de base est de 6 millions de dollars en fonds de l'exercice 2008-2009. Lorsque ce montant, modifié par le facteur d'ajustement applicable à l'article FC 5 et par le facteur de progression annuel prévu à l'article FC 6, atteint 10 millions de dollars, le financement complémentaire cessera. Ces financements complémentaires seront fournis conformément à un accord de financement ou des accords qui seront négociés par le Canada et la FNHA conformément à l'article FC 13.

Partie 3 – Accords de financement fédéraux

FC 13. Modalités générales

(1) Chaque accord de financement à conclure par le Canada et la FNHA ou la FNHS conformément au présent Accord doit contenir les modalités que les deux Parties peuvent négocier, à condition que ces modalités, et les modalités des paiements à verser en vertu de l'accord, soient conformes aux politiques fédérales du Conseil du Trésor et aux lois applicables, y compris les suivantes :

- a) les modalités de la préparation par la FNHA ou la FNHS d'un plan de santé pour le financement (y compris le plan de santé intérimaire ou le plan pluriannuel de santé aux fins de l'Accord de financement du Canada);
- b) les dispositions relatives à la vérification et à la communication de l'information financière visant particulièrement sur le financement accordé par le Canada;
- c) les dispositions visant l'établissement de rapports à l'intention des membres et du Canada;
- d) le cas échéant, les dispositions visant les paiements versés aux fournisseurs de services de santé des Premières nations conformément à l'article FC 14;
- e) les pouvoirs réparateurs et par défaut conférés au Canada dans les limites de l'institution de la gestion par des tiers et de la suspension du financement dans l'éventualité d'une violation de l'Accord de financement par la FNHA ou la FNHS, et y compris ceux-ci;
- f) les dispositions selon lesquelles le financement prévu est assujéti à l'existence d'un solde non grevé découlant d'un crédit du Parlement du Canada, où le crédit doit constituer une autorité légitime pour verser ledit paiement pendant l'exercice au cours duquel le paiement devient exigible.

FC 14. Rôle du financement de l'ASPN – Financement pour les fournisseurs de services de santé des Premières nations :

- (1) L'Accord de financement du Canada prévoira que, lorsque l'ASPN agit comme un bailleur de fonds des fournisseurs de services de santé des Premières nations relativement aux programmes de santé des PN, elle doit :
- a) respecter les modalités de l'AC du Canada existant qui peut être attribué à l'ASPN conformément à l'accord auxiliaire visé à l'article 7 de l'annexe 5. Si un nouvel accord de financement est nécessaire auprès d'un fournisseur services de santé des Premières nations, et pendant une période de deux ans suivant la mise en œuvre du présent Accord, l'ASPN conclura ces nouveaux accords de financement selon les modalités qui correspondent aux modalités importantes de l'AC du Canada appliquées avec celles ces fournisseurs la dernière journée avant la mise en œuvre du présent Accord, et peut ensuite réviser son processus de financement d'une façon qui permet de mieux répondre aux besoins en matière de santé et aux exigences du présent Accord;
 - b) utiliser un processus décisionnel ouvert et transparent, fondé sur la consultation avec les Premières nations de la C.-B. touchées, relativement à la sélection des fournisseurs de services de santé des Premières nations et aux programmes et aux services pour lesquels ils recevront un financement;
 - c) adopter l'utilisation d'accords de financement écrits avec les fournisseurs de services de santé des Premières nations qui comportent, au minimum, les descriptions de programme, les souplesses, les normes de rendement, l'établissement de rapports, l'évaluation, la vérification, l'exécution et les processus de récupération;
 - d) aider les fournisseurs de services de santé des Premières nations à planifier, à gérer, à organiser et à s'acquitter par ailleurs de leurs responsabilités afin d'offrir les programmes de santé des PN à leurs collectivités, y compris l'élaboration de leurs plans de santé communautaire et de mieux-être;
 - e) avoir des politiques et des procédures de vérification et d'exécution permettant de garantir l'entière responsabilité du financement fourni aux fournisseurs de services de santé des Premières nations.

FC 15. Premières nations autonomes :

- (6) La FNHA peut offrir, en tout ou en partie, des programmes de santé des PN aux Premières nations autonomes et peut conclure des accords, y compris des accords de financement, visant la prestation de programmes et de services de cet ordre à toute Première nation autonome.
- (7) Nonobstant les autres dispositions de la présente annexe, si :
- a) une Première nation autonome recevant des programmes de santé des PN que la FNHA offre à ses membres décide de résilier ces accords en tout ou en partie, afin d'offrir des programmes ou des services de santé à ses membres ou à d'autres entités, par elle-même ou par une autre procédure que la FNHA;

- b) le Canada conclut des accords de financement avec la Première nation autonome aux fins des fonctions de santé évoquées au paragraphe a),

la somme fédérale annuelle sera réduite de la valeur des programmes de santé des PN évoquée au paragraphe a) qui seront résiliés, comme le déterminera le Canada en consultation avec la FNHA et la Première nation autonome concernée.

Annexe A (Financement par le Canada détaillé)

L'annexe A (Financement par le Canada détaillé) contient certains renseignements budgétaires 2008-2009 sur les programmes fédéraux de santé. Elle est jointe à la présente annexe pour une utilisation avec référence aux articles FC 3, FC 4 et FC 5 et à des fins de référence seulement. Dans le cas d'un conflit ou d'incompatibilité entre l'annexe A et le présent Accord ou l'annexe, les modalités du présent Accord et de l'annexe, dans cet ordre, prévaudront.

Annexe A

**à l'annexe 1 (Financement par le Canada) de l'accord-cadre tripartite en
Colombie-Britannique sur la gouvernance en matière de santé par les Premières nations**

DÉTAILS DU FINANCEMENT PAR LE CANADA

Tableau 1 : SOMMAIRE, MONTANTS DE L'ANNÉE DE BASE 2008-2009

PROGRAMME/SERVICE	FINANCEMENT
Programmes communautaires régionaux	127 656 800 \$
Plan tripartite pour la santé des Premières nations	6 000 000 \$
Programmes régionaux temporaires	16 807 800 \$
Programmes des services de santé non assurés	135 520 700 \$
Capital	10 340 800 \$
Politique et leadership du programme (AC DGSPNI)	7 819 300 \$
Services généraux et de gestion (y compris EBP)	12 839 900 \$
Locaux	1 847 100 \$
TOTAL DU MONTANT DE BASE ANNUEL	318 832 400 \$
FINANCEMENT DE MISE EN ŒUVRE (financement ponctuel)	17 000 000 \$
FACTEUR DE PROGRESSION ANNUEL	
Tous les programmes transférés	5,5 %
SSNA non transférés	4,5 %
Supplément du plan de santé tripartite (valeur de 2008-2009)	4 000 000 \$*
*Paiement à partir de l'année de transfert au montant complémentaire à 10 000 000 \$	

Tableau 2 – Financement fédéral détaillé du programme de transfert, montant de l'exercice 2008-2009

COMPOSANTES DU PROGRAMME	FACTEUR D'AJUSTEMENT ÉLÉMENTS DU SOMMAIRE POUR 2008-2009 (milliers de dollars)			
	COLLECTIVITÉ	SSNA	CAPITAL	TOTAL
Programmes communautaires régionaux + Plan tripartite de santé	133 656,8	0	0	133 656,8
Programmes régionaux temporaires	16 807,8	0	0	16 807,8
Services de santé non assurés (SSNA)	0	135 520,7	0	135 520,7
Politique et programmes de la DGSPNI à l'AC	5 158,0	2 661,3	0	7 819,3
Services ministériels et gestion	7 705,6	596,1	0	8 301,7
Régime d'avantages sociaux	4 238,6	299,6	0	4 538,2
Capital	0	0	10 340,8	10 340,8
Locaux	1 847,1	0	0	1 847,1
TOTAL	169 413,9	139 077,7	10 340,8	318 832,4

Tableau 3 – Montant de l'exercice 2010-2011

COMPOSANTES DU PROGRAMME	FACTEUR D'AJUSTEMENT ÉLÉMENTS DU SOMMAIRE POUR 2010-2011 (milliers de dollars)			
	COLLECTIVITÉ	SSNA	CAPITAL	TOTAL
Programmes communautaires régionaux + Plan tripartite de santé	139 061,3	0	0	139 061,3
Programmes régionaux temporaires	16 838,6	0	0	16 838,6
Services de santé non assurés (SSNA)	0	151 264,3	0	151 264,3
Politique et programmes de la DGSPNI à l'AC	5 246,9	2 681,5	0	7 928,4
Services ministériels et gestion	7 843,0	608,5	0	8 451,5
Régime d'avantages sociaux	4 375,9	326,9	0	4 702,8
Capital	0	0	10 662,0	10 662,0
Locaux	1 847,1	0	0	1 847,1
TOTAL	175 212,8	154 881,2	10 662,0	340 756,0

Tableau 4 – Montant de l'exercice 2011-2012

COMPOSANTES DU PROGRAMME	FACTEUR D'AJUSTEMENT ÉLÉMENTS DU SOMMAIRE POUR 2011-2012 (milliers de dollars)			
	COLLECTIVITÉ	SSNA	CAPITAL	TOTAL
Programmes communautaires régionaux + Plan tripartite de santé	141 881,8	0	0	141 881,8
Programmes régionaux temporaires	16 854,4	0	0	16 854,4
Services de santé non assurés (SSNA)	0	159 807,8	0	159 807,8
Politique et programmes de la DGSPNI à l'AC	5 292,4	2 691,8	0	7 984,2
Services ministériels et gestion	7 913,1	614,9	0	8 528,0
Régime d'avantages sociaux	4 446,1	341,1	0	4 787,2
Capital	0	0	10 829,8	10 829,8
Locaux	1 847,1	0	0	1 847,1
TOTAL	178 234,9	163 455,6	10 829,8	352 520,3

Tableau 5 – Montant de l'exercice 2012-2013

COMPOSANTES DU PROGRAMME	FACTEUR D'AJUSTEMENT ÉLÉMENTS DU SOMMAIRE POUR 2012-2013 (milliers de dollars)			
	COLLECTIVITÉ	SSNA	CAPITAL	TOTAL
Programmes communautaires régionaux + Plan tripartite de santé	144 784,2	0	0	144 784,2
Programmes régionaux temporaires	16 870,4	0	0	16 870,4
Services de santé non assurés (SSNA)	0	168 832,5	0	168 832,5
Politique et programmes de la DGSPNI à l'AC	5 338,5	2 702,3	0	8 040,8
Services ministériels et gestion	8 020,8	621,4	0	8 642,2
Régime d'avantages sociaux	4 517,3	355,5	0	4 872,8
Capital	0	0	10,998.0	10,998.0
Locaux	1 847,1	0	0	1 847,1
TOTAL	181 378,3	172 511,7	10 998,0	364 888,0

Tableau 6 – Montant de l'exercice 2013-2014

COMPOSANTES DU PROGRAMME	FACTEUR D'AJUSTEMENT ÉLÉMENTS DU SOMMAIRE POUR 2013-2014 (milliers de dollars)			
	COLLECTIVITÉ	SSNA	CAPITAL	TOTAL
Programmes communautaires régionaux + Plan tripartite de santé	147 770,9	0	0	147 770,9
Programmes régionaux temporaires	16 886,6	0	0	16 886,6
Services de santé non assurés (SSNA)	0	178 367,6	0	178 367,6
Politique et programmes de la DGSPNI à l'AC	5 385,4	2 712,9	0	8 098,3
Services ministériels et gestion	8 117,2	628,0	0	8 745,2
Régime d'avantages sociaux	4 589,6	370,6	0	4 960,2
Capital	0	0	11 168,7	11 168,7
Locaux	1 847,1	0	0	1 847,1
TOTAL	184 596,8	182 079,2	11 168,7	377 844,7

ANNEXE 2 – FINANCEMENT PAR LA COLOMBIE-BRITANNIQUE

(1) La Colombie-Britannique versera des fonds à la First Nations Health Society (FNHS) pour mettre en œuvre les engagements pris dans le cadre du Transformative Change Accord: First Nations Health Plan (TCA: FNHP) et du Plan tripartite pour la santé des Premières nations (PTSPN), comme il est indiqué ci-dessous.

Exercice	Montant du financement annuel
2011-2012	4 000 000 \$
2012-2013	6 500 000 \$
2013-2014	8 000 000 \$
2014-2015	10 000 000 \$
2015-2016	11 000 000 \$
2016-2017	11 000 000 \$
2017-2018	11 000 000 \$
2018-2019	11 000 000 \$
2019-2020	11 000 000 \$
	83 500 000 \$

(2) L'obligation de la Colombie-Britannique de verser des fonds conformément au présent Accord est assujettie à la *Loi sur la gestion des finances publiques* de la C.-B., ce qui rend cette obligation liée à l'obtention des crédits au cours de l'exercice de la province de la C.-B. où le paiement devient exigible.

(3) Ces fonds seront réaffectés à l'ASPN après la création de cette dernière, et les mêmes conditions s'appliqueront.

(4) Dans l'éventualité où le présent Accord est résilié, le Ministry of Health de la C.-B. versera les montants décrits ci-dessus à la FNHS ou à un autre organisme. Les conditions du paiement devront plutôt être régies par les principes du TCA : FNHP et du PTSPN. La FNHS et le Ministry of Health de la C.-B. entameront des négociations de bonne foi durant la période de préavis de dix-huit (18) mois afin de conclure des ententes intérimaires et définitives concernant les résultats attendus, le financement et d'autres questions relatives aux objectifs du financement décrits aux pages ci-dessus et dans la présente annexe. Aucun paiement ne sera versé avant qu'une entente soit conclue.

Établissement de rapports

(5) La FNHS présentera les rapports suivants à la Colombie-Britannique, selon la forme et les modalités prescrites par la Colombie-Britannique :

- (a) d'ici le 30 juin 2011, un plan annuel des dépenses pour l'exercice 2011-2012, débutant le 1^{er} avril, qui cernera clairement les dépenses prévues (et le flux de trésorerie mensuel) nécessaires au soutien des activités, des initiatives et des services de soins de santé offerts dans le cadre du plan provisoire pour la santé (PPS) et/ou du plan pluriannuel pour la santé (PPAS), tels qu'ils sont décrits aux articles 5.2 et 5.3 du présent Accord, et ce, sans dépasser le montant total du financement annuel décrit ci-dessus;

- (b) d'ici le 15 mars de chaque année, un plan annuel des dépenses pour l'exercice à venir, débutant le 1^{er} avril, qui cernerait clairement les dépenses prévues (et le flux de trésorerie mensuel) nécessaires au soutien des activités, des initiatives et des services de soins de santé offerts dans le cadre du PPS et/ou du PPAS, tel qu'ils sont décrits aux sections 5.2 et 5.3 du présent Accord, et ce, sans dépasser le montant total du financement annuel;
- (c) au cours de l'exercice, des rapports trimestriels qui présenteront les dépenses, les explications des écarts par rapport au plan de dépenses, les engagements vis-à-vis du plan de dépenses à la fin de l'exercice, ainsi que des explications indiquant la façon dont les dépenses se rapportent aux responsabilités et aux résultats en matière de soins de santé, y compris les résultats attendus, qui ont été étudiés en vertu du PPS annuel et/ou du PPAS annuel;
- (d) les états financiers annuels vérifiés de la FNHS, dans les 120 jours suivant la fin de l'exercice;
- (e) d'autres rapports dont la Colombie-Britannique peut valablement avoir besoin, le cas échéant.

Lettre de financement annuel et calendrier des paiements

(6) Chaque année, la Colombie-Britannique devra examiner le PPS et le PPAS mis à jour, tels qu'ils sont décrits aux sections 5.2 et 5.3 du présent Accord et dans le plan annuel des dépenses indiqué ci-dessus. Une fois cet examen achevé, la Colombie-Britannique devra envoyer à la FNHS une lettre de financement annuel qui comprendra un calendrier des paiements indiquant la façon dont la Colombie-Britannique versera le montant du financement annuel à la FNHS.

ANNEXE 3 – LISTE DES PROGRAMMES FÉDÉRAUX DE SANTÉ

1. En date du présent Accord, les programmes fédéraux de santé sont constitués des programmes suivants, qui sont décrits plus en détail dans *Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes (2007)* :

- (1) les programmes destinés aux enfants et à la jeunesse (Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale, Programme canadien de nutrition prénatale, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, Santé maternelle et infantile);
- (2) la prévention des maladies chroniques et des blessures (Initiative sur le diabète chez les Autochtones, Prévention des blessures);
- (3) les soins primaires (Services de soins primaires en milieu communautaire et soins infirmiers, Santé bucco-dentaire, Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations);
- (4) les programmes du contrôle des maladies transmissibles (Maladies pouvant être prévenues par un vaccin (immunisation), Maladies transmissibles par le sang et infections transmises sexuellement (VIH/sida), Infections respiratoires (tuberculose, grippe pandémique));
- (5) les programmes d'hygiène mentale et de toxicomanie (Pour des communautés en bonne santé, Grandir ensemble, Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones);
- (6) les programmes de l'hygiène du milieu et de recherche environnementale;
- (7) le soutien de la gouvernance et de l'infrastructure en santé (Solutions e-Santé, Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, Fonds de transition pour la santé des Autochtones (remplacé par le Fonds d'intégration des services de santé en 2010), Programme de carrières de la santé);
- (8) les établissements de santé et maintien des immobilisations;
- (9) le programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes, Programme national de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones;
- (10) le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens;
- (11) le Programme des services de santé non assurés (SSNA).

2. Seuls les programmes qui sont énumérés à la section 1 sont des programmes fédéraux de santé aux fins du présent Accord. Les parties reconnaissent que certains des programmes et services de santé, ou certaines de leurs composantes, qui sont énumérés dans *Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes (2007)* ne sont pas inclus dans le transfert des programmes fédéraux de santé en vertu du présent Accord. Plus précisément, les programmes et services établis dans le Recueil qui sont exclus du présent Accord sont les suivants :

- a. tous les programmes et services destinés aux Métis et aux Inuits, ainsi que les éléments de ces programmes et services;
- b. tous les programmes et services qui sont offerts sur demande ou qui ne sont pas gérés dans le bureau régional de SC ou de la SPNI (comme la Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain);
- c. tous les programmes et services qui ne s'appliquent pas à la Colombie-Britannique (y compris la Stratégie globale à long terme pour la guérison des Innus du Labrador).

ANNEXE 4 – EXIGENCES RELATIVES À LA GOUVERNANCE D’ENTREPRISE DE L’ASPN

L’ASPN devra s’assurer que sa constitution, ses règlements, ses politiques et ses procédures sont fondés sur des normes équivalentes ou supérieures à celles établies ci-dessous, sous réserve de la loi applicable sur la constitution en personne morale :

Organisation d’entreprise de l’ASPN et séparation des fonctions

(1) L’ASPN devra disposer à tout le moins des caractéristiques et éléments organisationnels et d’entreprise suivants :

- a) la structure d’effectif devra être représentative des Premières nations de la C.-B. et être approuvée par celles-ci;
- b) les membres du conseil d’administration devront posséder une large gamme de compétences ainsi qu’une vaste expérience afin de pouvoir remplir le mandat de l’ASPN de manière efficace, et ils devront être choisis par les membres selon un processus de nomination et/ou de sélection officiel et transparent;
- c) les membres de la CSPN ne pourront pas siéger au conseil d’administration de l’ASPN, bien qu’ils puissent être membres de l’ASPN;
- d) le fait de siéger au conseil de l’ASPN à titre d’administrateur (et dans le respect du code de conduite d’un tel conseil) devra être subordonné à la condition que les administrateurs de l’ASPN agissent de manière indépendante et uniquement dans l’intérêt de l’ASPN, et qu’aucun administrateur ne serve les intérêts de ses groupes affiliés, y compris, sans toutefois s’y limiter, le CSPN, à moins que ce faisant, l’administrateur agisse également dans l’intérêt de l’ASPN et remplisse le mandat de celle-ci pour le compte des Premières nations de la C.-B.;
- e) il y aura une obligation d’informer le public des indemnités quotidiennes des administrateurs, de leurs indemnités de déplacement et de toute autre rémunération qui leur sera accordée;
- f) ses employés devront être choisis selon un processus de sélection ciblant la plupart des candidats qualifiés, et ils devront être rémunérés d’une façon raisonnable qui tient compte de leur expérience, de leur poste et des fonctions exécutées;
- g) il devra y avoir une séparation nette des fonctions et des rôles. Nul ne peut assumer simultanément plus d’un des rôles suivants : (i) membre (ii) administrateur et (iii) employé;
- h) les personnes suivantes ne peuvent pas agir à titre d’administratrices de l’ASPN :
 - (i) les représentants élus fédéraux, provinciaux et municipaux;
 - (ii) les directeurs de la santé des Premières nations.

Planification, rendement et évaluation

(2) L'ASPN devra être exploitée en fonction des caractéristiques et des principes suivants en ce qui concerne ses processus de planification, de rendement et d'évaluation :

- a) les administrateurs devront agir en pleine connaissance de cause, de bonne foi, en faisant preuve de diligence et de prudence raisonnables et dans l'intérêt de l'organisme, de ses membres et de ses intervenants;
- b) les administrateurs devront approuver les plans opérationnels et d'entreprise, ainsi que la vision stratégique;
- c) les objectifs de rendement organisationnels et opérationnels (santé) devront être établis et mis à jour;
- d) on évaluera objectivement le rendement des administrateurs et on surveillera l'efficacité des pratiques de gouvernance de l'ASPN.

Budgets, contrôle financier solide, systèmes de surveillance et de vérification

(3) L'ASPN devra disposer de systèmes internes de contrôle solides et de processus internes de budgétisation et d'affectation solides, y compris les éléments indiqués aux alinéas 4.2(2)k, l) et m) du texte principal du présent Accord.

Conflits d'intérêts et déontologie

(4) L'ASPN devra posséder de solides normes internes en matière de conflits d'intérêts et de déontologie, disposant à tout le moins de ce qui suit :

- a) un code de conduite des administrateurs et des employés (déontologie) en version écrite;
- b) une politique et des procédures relatives aux conflits d'intérêts visant à garantir que les votes des administrateurs et les décisions des employés ne concerneront pas une affaire dans laquelle ils ont un intérêt personnel;
- c) des politiques et des mécanismes visant à surveiller la conformité.

Responsabilisation et établissement de rapports

(5) L'ASPN devra posséder de solides processus internes de responsabilisation, disposant à tout le moins des processus suivants :

- a) les administrateurs devront rendre des comptes aux membres;
- b) tous les membres devront pouvoir accéder en temps opportun à des renseignements pertinents, ainsi qu'obtenir, sur demande, des copies des rapports financiers, des constatations des vérifications et une copie de l'accord de financement du Canada.

Gestion des risques

(6) L'ASPN devra établir des politiques de gestion des risques consistant à tout le moins

en les systèmes suivants :

- a) des systèmes de détermination et d'atténuation des risques;
- b) des systèmes d'application et de surveillance de la conformité à la loi et aux pratiques et normes opérationnelles généralement reconnues.

ANNEXE 5 – LISTE DES ACCORDS AUXILIAIRES À NÉGOCIER ENTRE LE CANADA ET L’ASPN

Le Canada et l’ASPN (les « parties » aux fins de la présente annexe) devront entamer des discussions immédiatement après la signature du présent Accord et la création de l’ASPN, et ce, dans le but de conclure tous les autres accords nécessaires afin d’effectuer et de soutenir le transfert des programmes fédéraux de santé et la mise en œuvre du présent Accord.

Les accords auxiliaires comprendront les ententes établies ci-dessous, ainsi que les autres ententes que les parties concluront. Les accords auxiliaires devront comprendre à tout le moins les modalités établies ci-dessous et les autres modalités sur lesquelles les parties s’entendront et qui seront conformes à la loi. De plus, les accords auxiliaires peuvent être conclus simultanément ou sur une certaine période selon le rythme du transfert, selon un commun accord entre l’ASPN et le Canada.

1 – Ressources humaines

Une entente ou des ententes sur les ressources humaines visant à faciliter l’embauche du personnel du bureau régional de SPNI de SC par l’ASPN dans le but de soutenir une transition sans heurt des opérations du Canada à l’ASPN en ce qui concerne le transfert des programmes fédéraux de santé.

Cette entente énoncera les dispositions portant, entre autres choses, sur une offre d’emploi raisonnable à des employés permanents à temps plein et à temps partiel conformément à la Directive sur le réaménagement des effectifs du Conseil national mixte, et ce, si ces dispositions sont mentionnées ou intégrées dans une convention collective, si une convention collective en soi comprend des dispositions comparables sur les offres d’emploi ou si la Directive sur les conditions d’emploi le stipule, selon ce qui s’applique à l’employé.

2 – Prestations de soins de santé

Une entente de prestations de soins de santé selon laquelle l’ASPN concevra, organisera, gèrera et exécutera un programme de soins de santé qui remplacera le Programme des SSNA et qui comprendra les mesures et les engagements nécessaires à une transition sans heurt et à la continuité des services de soins de santé qui sont offerts aux clients. L’entente ou les ententes de prestations de soins de santé devront prévoir ce qui suit :

- le programme de soins de santé de l’ASPN visera tous les Indiens inscrits qui sont des résidents de la C.-B. au sens du Medical Services Plan de la C.-B., à l’exception des personnes qui reçoivent des services de santé conformément à une autre entente conclue avec le Canada;
- l’ASPN fournira des services de santé dans les catégories suivantes, ce qu’elle fera de façon à répondre aux besoins en matière de santé des Indiens inscrits qui sont des résidents de la C.-B. :
 - (a) les produits pharmaceutiques;
 - (b) les services de soins dentaires;

- (c) les services de soins de la vue;
 - (d) le transport sanitaire;
 - (e) les prestations de soins de santé visant les fournitures et l'équipement médicaux;
- SC et l'ASPN se communiqueront des renseignements au sujet des clients admissibles et des autres activités au besoin et conformément à la loi, et ce, afin de pouvoir gérer leurs responsabilités respectives et de collaborer à la coordination des prestations;
 - la capacité de l'ASPN, à titre de mesure transitoire (et à condition que SC obtienne l'autorisation appropriée), de conclure avec le Canada une entente selon laquelle le Canada fournirait des services de santé pour le compte de l'ASPN selon le principe de recouvrement des coûts convenu entre les parties.

3 – Transfert des dossiers, gestion de l'information et échange d'information

Une entente ou des ententes de transfert des dossiers et de gestion de l'information et d'échange d'information visant à favoriser le transfert des programmes fédéraux de santé. De telles ententes devront être assujetties et conformes aux lois applicables, ainsi qu'aux évaluations applicables des facteurs relatifs à la vie privée et de la menace et des risques. Ces ententes devront prévoir ce qui suit :

- le prêt, le transfert ou le partage de renseignements et de dossiers fédéral à l'ASPN, ainsi que la fourniture de copies de tels dossiers à l'ASPN, qui sont conformes aux lois fédérales avant le transfert des programmes fédéraux de santé à l'ASPN;
- dans le cadre du transfert des programmes fédéraux de santé à l'ASPN, le prêt, le transfert et le partage de renseignements et de dossiers fédéraux à l'ASPN, la fourniture de copies de tels dossiers à l'ASPN, ainsi que la gestion de ces renseignements et dossiers par l'ASPN, qui sont conformes aux lois applicables;
- l'échange de renseignements personnels et non personnels entre le Canada et l'ASPN qui est requis aux fins du présent Accord et/ou la prestation de services de santé aux Premières nations par le Canada et l'ASPN qui sont conformes aux lois applicables;
- avant de conclure les ententes énoncées ci-dessus, l'ASPN devra élaborer les mesures de protection administrative, technique et physique relativement à l'hébergement et au stockage continus des dossiers, tel qu'il sera établi dans les recommandations découlant des évaluations applicables des facteurs relatifs à la vie privée et de la menace et des risques.

4 – Biens et logiciels

Les accords visent les biens, les logiciels et la propriété intellectuelle concernant les biens utilisés par le bureau régional de SPNI de SC pour exécuter les programmes fédéraux de santé et qui sont possédés, loués ou exploités sous une licence par le Canada. Les parties préciseront tous les biens à transférer (s'ils sont transférables par le Canada) et s'entendront sur la question. De tels transferts seront assujettis aux lois applicables, y compris la *Loi sur la gestion des finances publiques* (Canada) et la *Loi sur les biens de surplus de la Couronne* (Canada). Les ententes de transfert de biens devront prévoir ce qui suit :

- Le transfert du matériel et des logiciels, ainsi que des fournitures et de l'équipement associés, que les parties désignent et acceptent de transférer, dans les cas où le transfert est autorisé par les contrats de location ou de licence applicables sans que le Canada n'engage des frais ou une pénalité importants. Le Canada continuera de maintenir et de remplacer le matériel et les logiciels selon les calendriers établis jusqu'à la date d'entrée en vigueur du transfert.
- Le transfert d'autres biens, y compris les meubles et les fournitures de bureau, les véhicules du parc et l'équipement médical des postes de soins infirmiers que les parties désigneront et accepteront de transférer, que le Canada pourra transférer sans engager des frais ou de pénalités importantes.
- Le Canada devra maintenir de tels biens en bon état, compte tenu de l'usage et de l'usure normaux, pendant la période précédant le transfert et jusqu'à ce que les transferts soient transférés à l'ASPN. Tous les biens transférés devront l'être « dans l'état » et « à l'endroit » où ils seront disponibles, sans aucune garantie relative à l'appropriation à l'usage envisagé. Après le transfert par le Canada, l'ASPN devra être responsable de tels biens, de leur réparation et de leur remplacement.
- Le Canada retirera tous les biens des postes de soins infirmiers et ailleurs dans les locaux qu'occupera l'ASPN si ces biens ne doivent pas être transférés à l'ASPN.

5 – Locaux

Une entente ou des ententes sur les locaux visant la sous-location ou la prise en charge, par l'ASPN, de locaux à bureaux appartenant à l'État ou étant loués par l'État, où se trouve actuellement le bureau régional de SPNI de SC, dans le but d'exécuter les programmes fédéraux de santé (« locaux à bureaux de la SPNI ») que l'ASPN souhaite prendre en charge. De telles ententes devront être conformes à la loi et prévoir ce qui suit :

- l'ASPN aura le droit de louer au taux du marché (frais de locaux et de fonctionnement) n'importe quel local à bureaux de la SPNI loué par l'État pendant jusqu'à trois ans; la location peut être résiliée anticipée par l'une des parties moyennant préavis de dix-huit (18) mois;
- l'ASPN aura le droit de sous-louer, dans la mesure du possible, tout local à bureaux de la SPNI qui est loué par l'État;
- le Canada consultera l'ASPN avant le renouvellement, la prolongation, la résiliation ou toute autre modification d'une entente sur les locaux à bureaux de la SPNI pendant la période entre la signature du présent Accord et l'achèvement du transfert des programmes fédéraux de santé;
- la location ou la sous-location de locaux par le Canada à l'ASPN sera effectuée « telle quelle », sans aucune garantie relative à l'appropriation à l'usage envisagé. Cependant, le Canada devra faire tout son possible pour communiquer à l'ASPN, dès que possible, les renseignements qu'elle détiendra relativement à tout problème important lié aux ententes de location que l'ASPN prendra en charge, concernant l'usage probable des locaux loués par l'ASPN, tels qu'une augmentation de loyer ou une résiliation de bail imminente;

- l'ASPN sera responsable des locaux à bureaux de SPNI et de toutes les réparations et rénovations nécessaires, s'il y a lieu, suivant le transfert de ces locaux à l'ASPN au moyen d'une entente de location ou de sous-location.

6 – Planification des immobilisations et établissements de santé des Premières nations

Une entente quant aux responsabilités associées au financement de la construction, de la rénovation, de la réparation, du fonctionnement et de l'entretien des établissements de santé des Premières nations, y compris les postes de soins infirmiers, centres de santé, les résidences des infirmières et les autres établissements d'appui à la santé situés dans les réserves ou près des collectivités autochtones. Une telle entente devra prévoir ce qui suit :

- l'ASPN élaborera un plan d'immobilisations ou un processus de planification visant les établissements de santé, lequel, entre autres, permettra d'affecter des ressources en vue de répondre aux besoins actuels et futurs des établissements;
- le processus et les procédures dans le cadre desquels l'ASPN effectuera des vérifications de tels établissements de santé afin d'y détecter des problèmes liés à l'environnement, à la santé et à la sécurité;
- le Canada fournira une copie des plans d'immobilisations actuels du bureau régional de SPNI de SC, ainsi qu'une liste de tous les projets d'immobilisations actuels qui sont financés par le Canada et des AC avec le Canada connexes;
- le Canada fournira à l'ASPN un rapport sur l'état des sondages sur les matières dangereuses et des études environnementales du site qui ont été effectuées à tout établissement de santé des Premières nations, y compris tout sondage et toute étude effectués, leurs résultats et les processus d'assainissement qui ont été financés ou entrepris par le Canada. Dans l'éventualité où d'importantes constatations défavorables sont faites dans le rapport, les parties se réuniront pour discuter de la question.

7 – Cession ou résiliation des AC avec le Canada

Une entente conclue entre les parties, concernant le transfert des programmes fédéraux de santé qui exigent le financement des fournisseurs de services de santé des Premières nations, visant à ce que le Canada effectue la cession ou la novation des AC avec le Canada et les fournisseurs de l'ASPN qui seraient autrement en vigueur à la date d'un tel transfert. Dans l'éventualité où de telles cessions ou novations ne sont pas possibles, le Canada devra résilier les AC avec le Canada concernées avec préavis de quatre-vingt-dix (90) jours, afin que de nouveaux accords de contribution puissent être conclus entre l'ASPN et les fournisseurs de services de santé des Premières nations.