

RAPPORT ANNUEL SUR LA TRANSFORMATION DE LA SANTÉ

Numéro de l'ICD et année financière : HC-P134 (2023-2024)

NOTE : Ce document présente les exigences en matière de rapports pour l'ICD no HC-P134. Il ne s'agit pas d'un modèle de rapport ni d'un outil de collecte de données. Le cas échéant, les modèles de rapport, les guides et les outils de collecte de données qui vous aideront à respecter vos exigences en matière de rapports vous seront fournis par votre bureau régional. Veuillez communiquer avec votre [bureau régional de la DGSPNI-SAC](#) si vous n'avez pas reçu de copie des documents, ou si vous avez des questions ou besoin d'aide.

Exigences du programme en matière de rapports :

Conformément au financement de présentation au Conseil du Trésor pour le *Programme de transformation de la santé des Premières Nations*, veuillez remplir le modèle de rapport ci-après pour l'exercice 2023-2024. Les renseignements recueillis au moyen de ce modèle de rapport seront utilisés pour tenir SAC au courant de l'état d'avancement et aideront à orienter les politiques et le financement à venir en matière de transformation de la santé.

Les autorisations de financement en matière de **Transformation de la santé** appuient les partenaires des Premières Nations afin qu'ils puissent renforcer leur capacité organisationnelle en vue d'élaborer un modèle de gouvernance qui permettra au partenaire des Premières Nations d'exercer le plein contrôle sur les services de santé fédéraux. Ce fonds cible des modèles agrégés de transformation de la santé, et non des projets à petite échelle ou de transfert des responsabilités relatives aux paiements à l'acte, qui peuvent être appuyés dans le cadre du Fonds d'intégration des services de santé de SAC.

Section n° 1 : Renseignements sur le bénéficiaire

Région : _____

Nom de la Première Nation ou de l'organisme : _____

Coordonnées détaillées du responsable de projet :

- Prénom _____
- Nom de famille _____
- Titre _____
- Numéro de téléphone _____
- Adresse courriel _____

Section n° 2 : Détails sur le financement

Ce projet de transformation de la santé a-t-il reçu d'autres sources de financement en 2023-2024 (p. ex., d'autres programmes fédéraux, du gouvernement provincial ou d'autres partenaires, etc.) :

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez énumérer les bailleurs de fonds, le montant et le ou les objectifs ciblés par ce financement :

Nom du bailleur de fonds	Montant (\$)	Objectif

Section n° 3 : Renseignements sur le projet

3.1 Agrégation

Veillez énumérer toutes les communautés des Premières Nations qui sont représentées dans le cadre de ce projet de transformation de la santé et indiquer si la communauté a fourni son soutien (par une résolution du conseil de bande [RCB] ou un décret) afin que votre organisme procède à une transformation de la santé à grande échelle en leur nom?

	Nom de la communauté	La communauté a fourni une RCB ou un décret afin d'indiquer que ses membres appuient ce projet
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3.2 Partenariat provincial

3.2.1. Ce projet prévoit-il la participation du gouvernement provincial? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez répondre à toutes les questions de cette section.

3.2.2. Le gouvernement provincial fournit-il un financement direct à l'appui de ce projet?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez en indiquer le montant pour cet exercice : \$ _____

3.2.3. Y a-t-il des ententes, des protocoles ou des mémoires en place entre votre organisme et la province à l'appui de ce projet?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Type d'entente	Partenaires	Objectif de l'entente	Date à laquelle l'entente a été conclue

3.2.4. Le gouvernement provincial fournit-il d'autres sources de soutien (c.-à-d. des ressources au moyen de la dotation, de services aux programmes, du transport et de services intégrés, etc.)?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire le type de soutien.

3.3. Autres partenariats

3.3.1. Ce projet prévoit-il d'autres partenariats (c.-à-d. avec des établissements d'enseignement, des municipalités voisines, des établissements de santé, etc.)?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer avec qui et fournir une brève description de ce partenariat :

Nom du partenaire ou de l'organisme	Objectif de ce partenariat vers la transformation de la santé	Ressources fournies (le cas échéant) (c.-à-d. dotation, services aux programmes, financement, etc.)

3.4. Résultats du projet

3.4.1. Veuillez décrire les résultats de votre projet de transformation de la santé réalisés pendant l'exercice en cours (2023-2024) relativement à la conception, à l'élaboration et la mise en œuvre d'un nouveau modèle de gouvernance.

3.4.2. Veuillez décrire tout autre résultat du projet de transformation de la santé obtenu pendant l'exercice en cours (2023-2024).

3.4.3. Votre organisme a-t-il éprouvé des difficultés ou connu des retards dans la réalisation des objectifs de transformation de la santé proposés pour 2023-2024?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez décrire les difficultés que vous avez éprouvées.
