



Évaluation des groupes Vie saine (2010-2011 à 2012-2013) et Développement des enfants en santé (2008-2009 à 2012-2013)

Préparé par le
Bureau de l'évaluation de Santé Canada et
de l'Agence de la santé publique du Canada

Novembre 2014

Liste des sigles

AAP	Architecture d'alignement de programmes
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CEO	cariées, extraites ou obturées
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
DES	Développement des enfants en santé
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
EANEPN	Enquête sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement des Premières Nations
EEA	Enquête sur les enfants autochtones
EJ	Enfants et jeunes
ERS	Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale
FREI	Fonds régional d'évaluation et d'innovation
IDA	Initiative sur le diabète chez les Autochtones
ISBE	Initiative en santé buccodentaire pour les enfants
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MRC	Modèle de rapport communautaire
ANAD	Association nationale autochtone du diabète
NNC	Nutrition Nord Canada (Initiatives d'éducation en matière de nutrition)
MROSN	Modèle de rapport sur les résultats obtenus en santé dans le Nord
OAN	Organisation autochtone nationale
ONG	Organisations non gouvernementales
PAPAR	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves
PCNP-VPN	Programme canadien de nutrition prénatale - Volet Premières Nations et Inuits
PSPM	Promotion de la santé et prévention des maladies
SMI	Santé maternelle et infantile
VS	Vie saine

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction (RPAD).....	ix
1.0 Objet de l'évaluation.....	1
2.0 Description des programmes.....	1
2.1 Profil des programmes	1
2.2 Ressources allouées aux programmes	4
2.3 Modèle logique des programmes et description.....	4
2.4 Harmonisation des programmes.....	5
3.0 Description de l'évaluation	6
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	6
3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation.....	8
4.0 Constatations.....	9
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 — Nécessité de maintenir les programmes	9
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 — Concordance avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	15
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 — Concordance avec les priorités gouvernementales.....	17
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 — Obtention des résultats attendus (efficacité)	20
4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité	61
5.0 Conclusions.....	68
6.0 Recommandations.....	69
Annexe 1 – Références	71
Annexe 2 – Résumé des constatations	78
Annexe 3 – Description de la Modèle logique.....	82
Annexe 4 – Description de l'évaluation.....	87
Annexe 5 – Description du profil des programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé	95

Liste des tableaux

Tableau 1 : Restrictions et stratégies d'atténuation.....	8
Tableau 2 : Nombre et proportion de collectivités offrant les programmes, par région, 2012-2013 ⁱ	36
Tableau 3 : Dépenses réelles (en M\$) pour les services de VS, de 2010-2011 à 2012-2013, et de DES, de 2008-2009 à 2012-2013 ⁱ	63
Tableau 4 : Dépenses réelles (en M\$) pour les volets de programme du groupe VS, de 2010-2011 à 2012- 2013 ⁱ	63
Tableau 5 : Dépenses réelles (en M\$) pour les programmes du groupe DES, de 2008-2009 à 2012-2013 ⁱ	64

Sommaire

L'évaluation visait les groupes Vie saine (VS) et Développement des enfants en santé (DES) pour la période allant de 2010-2011 à 2012-2013 et de 2008-2009 à 2012-2013, respectivement. Elle a été entreprise conformément aux exigences énoncées dans la *Loi sur la gestion des finances publiques* et dans la *Politique sur l'évaluation (2009)* du Conseil du Trésor du Canada. Il s'agissait d'une évaluation prévue pour 2014-2015 dans le Plan d'évaluation ministériel quinquennal de Santé Canada.

Objet, portée et modèle de l'évaluation

L'évaluation portait sur la pertinence et le rendement (efficacité, économie et efficience) des programmes des groupes Vie saine (VS) et Développement des enfants en santé (DES). Les constatations appuieront les décisions relatives à l'amélioration des politiques et des programmes, et seront formulées à temps pour le renouvellement prévu de ces programmes, en 2015.

Le groupe VS, qui s'appelait auparavant Prévention des maladies chroniques et des blessures, avait été évalué d'avril 2005 à mars 2010. Le groupe DES, auparavant Enfants et jeunes, avait été évalué d'avril 2005 à mars 2008. L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE), qui constitue un volet de l'évaluation, a fait l'objet d'une évaluation séparée en 2009. Le 1^{er} mai 2012, la combinaison en une seule division des groupes VS et DES a influé sur les structures hiérarchiques et de gouvernance à l'échelle régionale et nationale, mais non à l'échelle communautaire. La Direction générale a donc demandé que les deux groupes soient soumis à la même évaluation, afin de rendre compte de résultats attendus similaires et d'alléger le fardeau de l'évaluation.

L'évaluation reposait sur la réalisation d'entrevues afin de recueillir les commentaires d'intervenants clés internes et externes, un sondage en ligne auprès des employés de la DGSPNI et des visites sur le terrain dans les collectivités inuites et des Premières Nations, dans le but d'y mener des entrevues et d'organiser des groupes de discussion. En outre, on a passé en revue la documentation et les données existantes.

Description des programmes

Les groupes VS et DES sont financés dans le cadre de la série de programmes de soins de santé primaires de la DGSPNI, offerts aux Premières Nations et aux Inuits – personnes, familles et collectivités établies dans des réserves ou collectivités inuites.

Le groupe VS finance et appuie les secteurs de programmes suivants : prévention et gestion des maladies chroniques (incluant l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), les Initiatives d'éducation en matière de nutrition – volet de Nutrition Nord Canada (NNC), la politique sur la nutrition et la politique sur la prévention des maladies chroniques), politique sur la prévention des blessures et dentothérapie. On estime que l'allocation financière totale au groupe VS visée par l'évaluation était de 185 millions de dollars, et que les dépenses réelles ont

totalisé 173 millions, dont 78 % étaient des dépenses prévues par les accords de contribution. Les dépenses totales affectées au groupe VS pour 2012-2013 se chiffraient à 55,2 millions de dollars, dont 43,1 millions provenant d'accords de contribution.

Le groupe DES finance et appuie les secteurs de programmes suivants : Grossesse en santé et petite enfance (incluant l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale [ETCAF], le Programme canadien de nutrition prénatale – volet Premières Nations et Inuits [PCNP-VPNI] et le Programme de services de santé maternelle et infantile [PSSMI]), développement de la petite enfance (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves [PAPAR]), et Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE). On estime que l'allocation financière totale au groupe DES visée par l'évaluation était de 608,8 millions de dollars, et que les dépenses réelles ont totalisé 547,5 millions, dont 91 % étaient des dépenses prévues par les accords de contribution. Les dépenses totales affectées au groupe DES pour 2012-2013 ont été de 105,5 millions de dollars, dont 97,8 millions dans le cadre d'accords de contribution.

Principales constatations, conclusions et recommandations

PRINCIPALES CONSTATATIONS — PERTINENCE

Nécessité de maintenir les programmes

Puisque l'incidence de nombreux problèmes de santé comme le diabète et d'autres maladies chroniques varie, tout comme la prévalence de facteurs de risque pour la santé tels que les carences au titre de la nutrition, de l'activité physique, de la santé maternelle et de la sécurité alimentaire dans de nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations, les programmes de VS et DES doivent être maintenus, afin de renforcer la capacité de ces collectivités de répondre à leurs besoins et priorités au chapitre de la vie saine et du développement des enfants en santé.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Diverses autorisations législatives et politiques fédérales précisent que le gouvernement fédéral possède des compétences, assume des responsabilités et vise des objectifs à l'égard des soins de santé dispensés aux Autochtones et, en particulier, aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et à certains Inuits.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le gouvernement fédéral et la DGSPNI accordent la priorité à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'atténuation des inégalités quant à l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations et à un contrôle accru des Premières Nations et des Inuits sur les ressources (p. ex. programmes et ressources financières) affectées à la santé de leurs collectivités.

PRINCIPALES CONSTATATIONS — RENDEMENT

Obtention des résultats attendus (efficacité)

Dans l'ensemble, on a fait des progrès considérables vers l'obtention des résultats recherchés par les programmes des groupes VS et DES. Il faut cependant continuer de voir à ce que d'autres progrès améliorent davantage l'état de santé général des membres des Premières Nations et des Inuits.

L'évaluation a permis de recueillir des données probantes en vue d'évaluer l'obtention des résultats attendus, lesquels sont présentés ci-après.

Résultats immédiats

Les collectivités et tous les intervenants ont collaboré à tous les niveaux. La collaboration des collectivités a permis d'améliorer les programmes et les services qui leur sont offerts. La collaboration entre l'administration centrale et les bureaux régionaux, ainsi qu'avec les organisations autochtones, a été difficile à maintenir. C'était particulièrement le cas pour les programmes du groupe DES, en raison des changements ministériels apportés à la gouvernance globale des groupes et à la gestion des programmes.

Bien des gens pensent que le renforcement des capacités permet aux travailleurs communautaires d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'exécution des programmes. Les employés communautaires se disent très satisfaits du nombre d'occasions d'apprentissage. Toutefois, les régions et les collectivités ont observé des problèmes liés à la prestation de la formation et à la participation à celle-ci, et l'évaluation révèle que les possibilités de formation ne semblent pas uniformes d'une collectivité et d'un programme à l'autre.

La DGSPNI a adopté certaines approches pour accroître sa capacité de recueillir, de surveiller et de fournir des renseignements à l'appui de la mesure du rendement. Divers outils d'orientation permettent aux employés communautaires d'élaborer, d'instaurer et d'offrir les programmes des groupes VS et DES. L'administration centrale de la DGSPNI a utilisé les renseignements à sa disposition pour appuyer l'élaboration ou l'amélioration des politiques et des programmes, tandis que les bureaux régionaux ont mis l'accent sur l'utilisation des renseignements existants pour aider les collectivités à offrir les programmes. En optimisant l'utilisation de données probantes, on améliorera encore plus les programmes.

Au sein des collectivités visitées pour l'évaluation, les gens conviennent de l'accessibilité des programmes et des services. Les employés communautaires ont pris des mesures pour faciliter l'accessibilité. Par contre, dans d'autres collectivités non visées par les visites, les gens ont mentionné que l'accès était problématique, et certains ont constaté des inégalités dans l'accessibilité des programmes et du financement. Ces collectivités ont notamment été confrontées à des défis comme des priorités contradictoires en matière de santé, l'embauche d'un nombre suffisant d'employés pour les programmes et leur gestion, la disponibilité de locaux et le manque d'autres ressources. Le manque de moyens de transport et de garderies réunit deux des principaux obstacles au recours aux programmes et services offerts.

De façon générale, les programmes des groupes VS et DES ont renforcé les connaissances et la sensibilisation des participants dans de nombreux domaines liés à une vie saine et au développement des enfants en santé, comme la nutrition, l'activité physique, la santé buccodentaire et l'importance de la santé prénatale.

Résultats intermédiaires

Les collectivités, l'administration centrale et les bureaux régionaux se sont efforcés d'améliorer l'intégration et la coordination des programmes et des services et de réduire le cloisonnement des programmes communautaires. L'intégration et la coordination à l'échelle communautaire ont misé sur divers efforts : aiguillages, regroupement de programmes en un même lieu et mise en commun de ressources. La DGSPNI a appuyé l'intégration et la coordination en intensifiant son soutien communautaire à l'échelle régionale, au moyen d'une réorganisation de sa structure de gouvernance.

La qualité des programmes s'est améliorée à mesure que ces derniers ont évolué et ont été peaufinés, mais la nécessité constante de recruter et de former de nouveaux employés a constitué un défi. Selon la documentation existante, l'amélioration de la qualité des programmes passe par le renforcement de la collaboration et des capacités de la collectivité, l'établissement de normes et l'élargissement de l'accès aux services, autant de facteurs que confirme, dans une certaine mesure, l'évaluation.

La plupart des participants au programme font état de comportements plus sains, par exemple, ils s'alimentent mieux, font plus d'activité physique, ont une meilleure hygiène buccodentaire et lisent davantage à leurs enfants. De plus, ils attribuent l'amélioration de leurs habitudes de vie à leur participation au programme. Cependant, l'insécurité alimentaire, la pauvreté et les problèmes de santé mentale, entre autres, peuvent entraver les efforts personnels déployés pour vivre plus sainement.

Les collectivités se sont efforcées d'offrir un meilleur environnement physique et social en adoptant des politiques qui visent à mieux faire connaître les comportements sains et à encourager la participation à des activités axées sur la vie saine, comme les événements sportifs et culturels, et à d'autres groupes de programmes. Le manque d'installations propices à des activités axées sur la vie saine a posé des difficultés à certaines petites collectivités.

Résultat à long terme

Les programmes des groupes VS et DES peuvent s'adapter aux besoins et y répondre. Les collectivités disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour ajuster la combinaison de programmes et de services à leurs priorités et à l'évolution de leurs besoins en matière de santé. Les programmes peuvent être adaptés sur le plan culturel, et les accords de financement offrent une certaine souplesse pour répondre à l'évolution des besoins en matière de santé. Par contre, certaines collectivités (surtout petites, éloignées ou isolées) ont signalé que le manque de programmes ou de services de soutien et le besoin de recruter du personnel supplémentaire pourraient nuire à la souplesse des programmes des groupes VS et DES et à l'état de santé général des membres des Premières Nations et des Inuits. On a constaté une amélioration de

l'état de santé, comme en témoignent la baisse du nombre de caries chez les enfants, la baisse du taux de glycémie ou de la tension artérielle, la perte de poids et l'augmentation du nombre de femmes qui allaitent.

Démonstration d'économie et d'efficacité

L'approche de promotion de la santé et de prévention des maladies appliquée aux programmes des groupes VS et DES concorde avec les bonnes pratiques consistant à offrir des soins de santé pour améliorer les résultats pour la santé. Elle s'est révélée rentable (économiquement avantageuse) à long terme. Les groupes VS et DES prônent de saines pratiques et des activités de prévention des maladies jugées efficaces dans la documentation existante. On a également atteint l'efficacité grâce aux mesures prises par la DGSPNI pour améliorer l'exécution des programmes et faire un usage efficace des ressources, notamment des cliniques mobiles de dépistage du diabète et le personnel de santé des collectivités, dont les thérapeutes dentaires. D'autres améliorations liées à l'exécution des programmes pourraient renforcer davantage l'efficacité.

CONCLUSIONS

L'évaluation démontre que le gouvernement fédéral est sans cesse appelé à répondre aux besoins constants que soulèvent les programmes de vie saine et de développement des enfants en santé. Ces initiatives concordent avec les priorités du Ministère, qui cherche à faciliter l'accès aux soins de santé, l'amélioration de l'état de santé et le renforcement du contrôle, par les Inuits et les Premières Nations, des ressources affectées à la santé de leurs collectivités.

L'évaluation a établi que les programmes peuvent être adaptés aux besoins des collectivités et y répondre. Harmonisés avec les méthodes de promotion de la santé et de prévention des maladies, ils proposent des soins primaires préventifs aux collectivités afin d'y améliorer à long terme et à moindre coût les résultats pour la santé.

Les collectivités inuites et des Premières Nations en savent davantage sur les questions liées à la vie saine et au développement des enfants en santé, et prennent des mesures pour multiplier l'adoption de saines habitudes de vie grâce aux programmes des groupes VS et DES. L'évaluation a confirmé l'amélioration de l'état de santé, grâce à une meilleure santé buccodentaire chez les enfants, à la réduction de la glycémie ou de la tension artérielle, à la perte de poids et à l'allaitement.

Parallèlement au renforcement de la collaboration entre les programmes des groupes VS et DES, qui a favorisé une prestation améliorée des services, il existe des possibilités de resserrer la collaboration entre l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI, ainsi qu'entre la DGSPNI et les organisations autochtones, et de collaborer avec d'autres fournisseurs de services et partenaires communautaires. Les programmes du groupe DES pourraient notamment bénéficier d'une intensification de la collaboration et de l'intégration.

On a constaté que le renforcement des capacités facilite l'exécution des programmes. Toutefois, les régions et les collectivités ont cerné des problèmes liés à la prestation de la formation et à la participation à celle-ci. Là où les programmes existent, ils sont accessibles. Malheureusement, certaines collectivités (surtout petites, éloignées ou isolées) n'ont pas le même accès aux programmes et au financement, ce qui limite leur accès aux programmes et aux services dont elles ont besoin.

La mesure du rendement s'est améliorée, surtout pour la mesure des résultats intermédiaires et à long terme. Par contre, on pourrait mettre davantage l'accent sur les indicateurs de rendement et sur la collecte de données à l'appui des résultats immédiats (plus précisément, la portée et l'accessibilité des programmes des groupes VS et DES), afin de mieux appuyer le suivi des programmes, à des fins de planification et de production de rapports.

RECOMMANDATIONS

Les présentes recommandations se fondent sur les constatations se rapportant à chacun des résultats examinés dans le cadre de l'évaluation, et sur les conclusions tirées des principales constatations.

Recommandation 1

Multiplier les efforts de collaboration avec les intervenants, partenaires et autres fournisseurs de services afin de conserver les partenariats et de garantir l'intégration des programmes.

- Il est possible d'améliorer la coordination et l'intégration des programmes, tant à l'échelle de la DGSPNI que des collectivités. Bien que les collectivités aient amorcé la formation de partenariats et la mise en commun d'activités et de services entre les programmes similaires, un examen pourrait les aider à élaborer une stratégie afin de mieux intégrer les programmes dans leur propre collectivité, et de collaborer avec d'autres collectivités et fournisseurs de services à la réalisation d'économies, compte tenu des ressources limitées.

Recommandation 2

Poursuivre les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et leur qualité.

- Il est possible de mieux comprendre le mode d'attribution du financement à l'échelle des programmes et des collectivités. Cela permettrait de cerner des façons de réduire les inégalités qui semblent exister entre les programmes de certaines collectivités (petites, éloignées et isolées).

- En raison du rôle important que jouent les employés communautaires dans le cadre des programmes des groupes VS et DES, il faut offrir un soutien constant au renforcement des capacités pour faire en sorte que les employés possèdent les connaissances et les compétences nécessaires à l'offre de programmes et de services efficaces et de qualité. Le fait de soutenir les efforts déployés par certaines régions pour instaurer des stratégies de renforcement des capacités peut accroître la portée des programmes, l'accès à ceux-ci et la constance des approches en matière de formation.

Recommandation 3

Rationaliser et instaurer un système de mesure du rendement amélioré.

- La collecte de données et la mesure du rendement constantes ont permis de surveiller les progrès réalisés vers l'obtention des résultats attendus et l'appui de l'évaluation. Les données qualitatives recueillies au cours de l'évaluation, ainsi que des sources de données comme le modèle de rapport communautaire (MRC), le Modèle de rapport sur les résultats obtenus en santé dans le Nord (MRRSN), l'Enquête régionale sur la santé et les études menées par la DGSPNI, ont été précieuses, car elles ont créé un contexte et un certain niveau de détail, surtout quand elles étaient corroborées par d'autres données probantes.

On pourrait améliorer le MRC et, éventuellement, le MRRSN, afin de favoriser une collecte régulière de données auprès des collectivités, qui permettrait de mesurer le degré d'obtention des résultats, surtout à court terme, comme l'élargissement de la portée des programmes, la participation à ceux-ci et leur accessibilité. Un modèle logique révisé, comportant moins de résultats à mesurer et des paramètres et objectifs clairement définis pour les résultats attendus, faciliterait encore plus ce processus. Par ailleurs, il importe d'offrir du soutien et des ressources aux régions et aux collectivités pour la collecte, la gestion et l'analyse des données, car les responsabilités des régions changent constamment et les collectivités jouent un rôle important dans l'exécution des programmes.

Réponse et plan d'action de la direction (RPAD)

DGSPNI – Groupes Vie saine (VS) et Développement des enfants en santé (DES)

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'exécution prévue	Responsabilité	Ressources
<p>1. Multiplier les efforts de collaboration avec les intervenants, partenaires et autres fournisseurs de services afin de conserver les partenariats et de garantir l'intégration des programmes.</p> <p><i>Points visés : Participation et collaboration, accès permanent, intégration et coordination, services adaptés, amélioration des résultats pour la santé, et efficacité et efficience. Également, lien indirect avec la qualité des programmes.</i></p> <p>Concorde avec l'objectif stratégique n° 2 de la DGSPNI (Planification et relations concertées), surtout en ce qui a trait à l'accroissement du contrôle et de la gestion des programmes et des services liés à la santé par les Premières Nations et les Inuits.</p>	Accord 1	<p>La DGSPNI a scellé des partenariats et instauré des groupes de cogestion dans toutes les régions afin de renforcer la collaboration, la planification conjointe et la transparence. Les résultats de l'évaluation seront communiqués aux partenaires, et les groupes de cogestion discuteront des possibilités d'améliorer l'intégration des programmes et le continuum des soins de santé. De plus, la DGSPNI mettra la dernière main, avec ses partenaires, aux cadres de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC) et au Plan d'action stratégique sur la santé buccodentaire (PASSBD).</p> <p>Cadres de PGMC :</p> <p>1. Terminer l'élaboration des cadres de PGMC afférents aux Inuits et aux Premières Nations. Ces cadres visent à renforcer les partenariats et la collaboration dans le continuum de la santé. Ils appuieront aussi les processus de planification communautaire visant à répondre aux besoins sanitaires propres aux Premières Nations et aux Inuits.</p> <p>PASSBD</p> <p>2. Peaufiner le plan d'action stratégique sur la santé buccodentaire de la DGSPNI et en faire un outil de resserrement des partenariats et de la collaboration au titre des services d'hygiène buccodentaire de l'ensemble du secteur de la santé.</p>	<p>Cadres de PGMC :</p> <p>1a. Cadre de PGMC approuvé par les Premières Nations</p> <p>1b. Cadre de PGMC approuvé par les Inuits</p> <p>PASSBD</p> <p>2. Plan d'action stratégique sur la santé buccodentaire approuvé par la DGSPNI</p>	<p>Juillet 2015</p> <p>Septembre 2015</p> <p>Juillet 2015</p>	<p>1a.-1b. Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires (DSSP), avec l'appui du directeur, Division de la santé et du bien-être de la population (DSBEP), DGSPNI, et des régions</p> <p>2. Directeur exécutif, DSSP, DGSPNI et régions (et/ou responsable régional des soins dentaires)</p>	<p>Dans le respect des budgets existants</p> <p>Dans le respect des budgets existants</p>

¹ Notez que, pour chaque recommandation, les réponses sont axées sur les enjeux prioritaires qui ont le plus d'incidence. Le document RPAD prévoit des processus de collaboration efficaces et un partage des responsabilités à l'échelle de la Direction générale. Ces efforts de collaboration visent à améliorer le rendement des programmes et la mesure de ce rendement.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'exécution prévue	Responsabilité	Ressources
		3. En collaboration avec AADNC et EDSC, cartographier les actuels programmes de développement de la petite enfance (DPE), de garderie et d'éducation offerts aux enfants des Premières Nations (PN) vivant dans des réserves du Canada, afin d'aider les régions et les collectivités à planifier et à exploiter/recentrer les ressources existantes, et à s'associer aux provinces dans la mesure du possible (p. ex. partage des locaux entre le PAPAN et les garderies).	3. Création d'un tableau de comparaison des actuels programmes fédéraux destinés aux enfants des PN vivant dans une réserve, décrivant les actuels programmes de DPE et de garderie de chaque collectivité des PN.	Juillet 2015	2. Directeur, DSBEP, DGSPNI et régions	Dans le respect des budgets existants
<p>2. Poursuivre les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et leur qualité.</p> <p><i>Points visés : Capacité des collectivités, utilisation d'outils d'orientation et de données probantes, qualité des programmes, environnements favorables, services adaptés et amélioration de l'état de santé. De plus, la qualité des programmes est indirectement liée à la capacité des collectivités, à l'accès permanent, aux connaissances et à la sensibilisation, et à des modes de vie sains.</i></p> <p>Concorde avec l'objectif stratégique n° 1 de la DGSPNI (Services de santé de haute qualité), qui vise avant tout à améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, à renforcer la capacité des régions d'offrir des services et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes, des familles et des collectivités.</p>	Accord	<p>1. À l'appui du renouvellement de ses programmes d'amont, la DGSPNI entreprend une analyse de l'actuel profil de financement des groupes VS et DES, en examinant les principaux inducteurs de coût (comme la croissance démographique et les déterminants sociaux). Ces travaux définiront les inducteurs de coût pour les programmes qui n'ont pas encore de clause d'échelle mobile.</p> <p>2. En s'inspirant des travaux qu'elle a exécutés dans le cadre de son initiative sur les normes d'accréditation et de prestation de services, la DGSPNI est en train de fixer des normes aux activités liées à la vie saine (incluant la prévention des maladies chroniques et la santé buccodentaire) et au développement des enfants en santé.</p>	<p>1. Modèle d'établissement des coûts pour les groupes VS/DES, incluant un examen des modèles provinciaux et territoriaux d'établissement des coûts et une discussion à propos des principaux inducteurs de coût (p. ex. croissance démographique) et de leurs effets sur la prestation des services.</p> <p>2. Normes pour les activités liées à la vie saine (incluant la prévention des maladies chroniques et la santé buccodentaire)</p>	Mars 2016	<p>1. Unité de la mesure du rendement, PPIS</p> <p>2. Directeur exécutif, DSSP, avec l'appui du directeur, DSBEP, DGSPNI.</p>	<p>1. Contrat externe sera nécessaire. Valeur à déterminer.</p> <p>Dans le respect des budgets existants</p>

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'exécution prévue	Responsabilité	Ressources
<p>3. Rationaliser et instaurer un système de mesure du rendement amélioré.</p> <p><i>Points visés : Capacité de recueillir l'information, d'en faire le suivi et d'utiliser les outils et les données probantes. De plus, la qualité des programmes est indirectement liée à l'efficacité et à l'efficience.</i></p> <p>Concorde avec l'objectif stratégique n° 3 de la DGSPNI (Rendement efficace et efficient), en améliorant l'accessibilité des données à l'appui de la prise de décisions et de l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services.</p>	Accord	<p>La DGSPNI a fait d'importants progrès en établissant un cadre de gestion du rendement, en améliorant ses activités de surveillance, en appuyant l'Enquête régionale sur la santé, en favorisant un meilleur accès aux données provinciales sur la santé et en brossant le profil des activités de programme à l'aide de son modèle de rapport communautaire, tout en respectant la diversité des approches communautaires.</p> <p>On ajustera les actuels modèles logiques et indicateurs de rendement afin de définir avec plus de précision les résultats immédiats qui concernent la portée et l'accès.</p>	<p>1. Publication d'une fiche de renseignements sur la VS et le DES</p> <p>2. Nouvelle stratégie de collecte de données pour le groupe <u>VS</u>, incluant :</p> <p>a) modèle logique mis à jour b) indicateurs mis à jour</p> <p>Stratégie de collecte de données pour le groupe DES, incluant :</p> <p>a) modèle logique mis à jour b) indicateurs mis à jour</p>	<p>Avril 2015</p> <p><u>VS</u> 2a : juillet 2015 2b : juillet 2015</p> <p><u>DES</u> 3a : mars 2016 3b : mars 2016</p>	<p>USPISC</p> <p>UGR et USPISC (DPSPI), avec le soutien de la DSBEP, de la DSSP, DGSPNI, et du Bureau de l'évaluation</p>	Dans le respect des budgets existants

1.0 Objet de l'évaluation

L'évaluation portait sur la pertinence et le rendement (efficacité, économie et efficience) des groupes Vie saine (VS) et Développement des enfants en santé (DES) pour les périodes allant de 2010-2011 à 2012-2013 et de 2008-2009 à 2012-2013, respectivement.

L'évaluation répondait à une exigence de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (pour les subventions et contributions) et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Elle était prévue au Plan d'évaluation ministériel quinquennal de Santé Canada pour 2014-2015. Elle aidera le sous-ministre et la haute direction de Santé Canada à prendre des décisions visant l'amélioration des politiques et des programmes, ainsi que le renouvellement de ces programmes prévu pour 2015.

2.0 Description des programmes

2.1 Profil des programmes

Les groupes VS et DES sont financés dans le cadre de la série de programmes de soins de santé primaires de la DGSPNI, offerts aux Premières Nations et aux Inuits – personnes, familles et collectivités établies dans des réserves ou collectivités inuites.

Les programmes des groupes DES et VS sont décrits brièvement ci-après, et l'annexe 5 contient une description de chacun.

2.1.1 Vie saine – Aperçu

Le groupe VS finance et appuie divers programmes et services communautaires visant à améliorer les résultats pour la santé (maladies chroniques et blessures) chez les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations. Il encourage les comportements sains et les environnements favorables, surtout en ce qui concerne la saine alimentation, la sécurité alimentaire et l'activité physique, et vise la prévention des maladies chroniques, le dépistage et l'autogestion du diabète, et la prévention des blessures. Le financement appuie également l'acquisition, la dissémination et la mise en commun des connaissances; la recherche; le suivi et l'évaluation; l'éducation et la sensibilisation du public; le renforcement des capacités; la coordination des programmes; la consultation; d'autres activités de promotion de la santé et de prévention des maladies du groupe VS.

Le groupe VS réunit les politiques et programmes suivants :

- prévention et gestion des maladies chroniques, dont : Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA); Initiative d'éducation en matière de nutrition – volet de Nutrition Nord Canada (NNC); politique sur la nutrition; politique de prévention des maladies chroniques;

- politique de prévention des blessures;
- dentothérapie.

2.1.2 Développement des enfants en santé – Aperçu

Le groupe DES finance et appuie des programmes, services, initiatives et stratégies communautaires sensibles à la culture qui visent à améliorer les résultats pour la santé des mères, des nourrissons, des enfants et des familles inuits et des Premières Nations. La priorité est accordée aux aspects suivants : santé prénatale; nutrition; alphabétisme et apprentissage chez les jeunes enfants; santé physique, émotionnelle et mentale; santé buccodentaire des enfants. Les programmes visent à améliorer les résultats pour la santé des nourrissons, des enfants, des jeunes et des familles inuits et des Premières Nations (y compris les femmes enceintes), ainsi que des collectivités.

Le groupe DES réunit les programmes suivants :

- Grossesse en santé et petite enfance, incluant l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF), le Programme canadien de nutrition prénatale – volet Premières Nations et Inuits (PCNP-VPNI) et le Programme de services de santé maternelle et infantile (PSSMI);
- Développement de la petite enfance, incluant le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves (PAPAR);
- Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE).

2.1.3 Program Governance and Management²

Administration centrale et bureaux régionaux de la DGSPNI

Le groupe VS, qui s'appelait auparavant Prévention des maladies chroniques et des blessures, avait été évalué d'avril 2005 à mars 2010. Le groupe DES, auparavant Enfants et jeunes, avait été évalué d'avril 2005 à mars 2008. L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE), qui constitue un volet de l'évaluation, a fait l'objet d'une évaluation séparée en 2009. Au 1^{er} mai 2012, après la présentation du Budget 2012, la combinaison en une seule division des groupes VS et DES a modifié les structures hiérarchiques et de gouvernance aux échelles régionale et nationale, mais non à l'échelle communautaire.

L'administration centrale (AC) de la DGSPNI à Ottawa dirige l'élaboration des politiques stratégiques et la planification des programmes à l'appui des groupes VS et DES, en collaboration avec les intervenants inuits et des Premières Nations, et les bureaux régionaux de la DGSPNI. Parmi les responsabilités de l'AC, notons : concevoir le cadre des programmes; allouer les fonds aux programmes nationaux; faire le suivi des programmes nationaux; recueillir et analyser les données; produire des rapports sur les projets et des études spéciales au niveau des

² Cadre d'évaluation des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé (DGSPNI, 2013h, p. 4–6).

directions générales; donner des conseils et des directives à propos de l'exécution des programmes; travailler avec les partenaires inuits et des Premières Nations afin de garantir une exécution efficace des programmes des groupes DES et VS. L'AC peut rédiger et gérer des accords de contribution pour les partenaires et intervenants nationaux.

Les bureaux régionaux jouent un rôle de premier plan en aidant les collectivités à offrir les programmes, et en travaillant avec les partenaires inuits et des Premières Nations aux échelons régional et local. Ils doivent par ailleurs gérer les accords de contribution, surveiller le rendement des programmes et regrouper l'information. À l'exception du Nord, les régions aident aussi les collectivités à offrir les programmes et travaillent avec les partenaires inuits et des Premières Nations sur les scènes régionale et locale. En Colombie-Britannique, les responsabilités associées aux programmes de santé fédéraux ont été transférées à l'autorité sanitaire des Premières Nations en vertu de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations* (Santé Canada, 2011a); par conséquent, la région du Pacifique n'est pas visée par l'évaluation.

Région du Nord et territoires

La gouvernance et la gestion des groupes VS et DES diffèrent quelque peu dans les territoires. Le bureau de la région du Nord travaille directement avec les gouvernements territoriaux et les Premières Nations du Yukon. Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, le bureau de la région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux en vue de négocier des accords de contribution pour les programmes de santé. À son tour, chaque territoire verse des fonds aux collectivités et à des organismes comme les conseils de bande des Premières Nations, les autorités de la santé, les associations, inuites et les organismes bénévoles et sans but lucratif. Les programmes des groupes VS et DES ne sont donc pas tous offerts dans la région du Nord, dont le PSSMI, le PAPAR et la dentothérapie; seuls les programmes offerts sont intégrés à l'évaluation.

Partenaires inuits et des Premières Nations

Le Comité exécutif de la DGSPNI, qui est son principal organe décisionnel pour des questions comme l'élaboration de politiques et l'établissement de priorités, se compose de représentants de la haute direction de l'administration centrale et des bureaux régionaux, ainsi que de l'Assemblée des Premières Nations (APN), d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et d'autres directions générales de Santé Canada. Les bureaux régionaux collaborent avec les organisations autochtones régionales et les cadres supérieurs de Santé Canada en vue de définir et d'examiner les priorités régionales dans le contexte des priorités nationales, et d'élaborer des stratégies qui répondent aux besoins régionaux. Les groupes VS et DES collaborent en outre avec les organisations autochtones nationales et régionales et d'autres intervenants (p. ex. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada et Agence de la santé publique du Canada [ASPC]), afin de diriger des conseils consultatifs ou d'y participer, et ainsi de garantir que les intervenants sont représentés au moment de la prise de décisions concernant les programmes et les services.

Les organes consultatifs composés de représentants régionaux des Premières Nations et des Inuits peuvent aussi apporter leur soutien aux régions, en leur donnant des directives en matière de programmes ou en gérant ceux-ci conjointement avec elles.

Les collectivités et les conseils tribaux sont financés au moyen d'accords de contribution, qui permettent d'offrir les programmes des groupes VS et DES à leurs membres. Les collectivités appuient l'instauration et l'exécution des programmes en embauchant et en gérant le personnel affecté aux programmes communautaires, en fournissant des locaux à bureaux et des ressources à ce personnel, et en travaillant avec les bureaux régionaux pour offrir une formation au personnel. De plus, les collectivités peuvent adapter les programmes à leur culture, de manière à répondre à leurs priorités et besoins particuliers en matière de santé.

2.2 Ressources allouées aux programmes

On estime que le groupe VS a bénéficié, de 2010-2011 à 2012-2013, d'une allocation financière de 185 millions de dollars et dépensé, en fait, 172,96 millions. L'allocation financière du groupe DES est estimée à 608,8 millions de dollars de 2008-2009 à 2012-2013, et ses dépenses réelles se chiffrent à 547,5 millions.

2.3 Modèle logique des programmes et description

Pour les groupes VS et DES, le résultat visé à long terme est le suivant : les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services qui répondent à leurs besoins et améliorent ainsi leur état de santé. Les domaines d'activité, les extrants et les résultats immédiats et intermédiaires associés à l'obtention de ce résultat à long terme sont répartis entre cinq thèmes : participation et collaboration des intervenants; renforcement des capacités; collecte de données, recherche et surveillance; élaboration de politiques et mise en commun des connaissances; prestation de services.

Chaque thème est assorti d'extrants, et chaque extrant est censé toucher un public cible, ce qui doit ensuite générer des résultats immédiats. Voici les résultats immédiats attendus :

- participation et collaboration accrues des intervenants et des collectivités, en vue d'appuyer l'élaboration des programmes et des politiques et la prestation des services;
- capacités accrues des collectivités (connaissances, compétences et habiletés) en vue de soutenir les programmes et les services de VS et de DES³;
- renforcement de la capacité de recueillir, de surveiller et de fournir des renseignements pour l'élaboration et l'instauration de politiques ou de programmes;
- utilisation accrue des outils et des données probantes (p. ex. pratiques prometteuses) en vue d'éclairer l'exécution et l'amélioration des politiques et des programmes;

³ L'AAP est l'architecture d'alignement des programmes du Ministère; elle va dans le sens du résultat attendu n° 2 : Renforcement des capacités des collectivités

- accès continu à des programmes et services des groupes VS et DES⁴;
- connaissance individuelle accrue des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES.

Les résultats intermédiaires suivants devraient ensuite découler des résultats immédiats :

- coordination et intégration améliorées des programmes et services des groupes VS et DES;
- meilleure qualité des programmes et des services des groupes VS et DES;
- accroissement des comportements sains;
- milieux physiques et sociaux plus favorables.

Le modèle logique décrit le lien entre les domaines d'activité et les résultats attendus.

L'évaluation portait sur l'obtention des résultats attendus et sur la présence d'éventuels obstacles à l'obtention de ces résultats pendant la période visée par l'évaluation. L'annexe 3 décrit le modèle logique. Certains résultats sont liés à l'AAP du Ministère, et leur lien dans le document dépend du RA-AAP (résultat attendu – architecture d'alignement des programmes).

2.4 Harmonisation des programmes

L'autorité dont dispose la DGSPNI pour le financement des programmes et services se fonde sur les programmes décrits dans l'architecture d'alignement des programmes (AAP). L'actuelle AAP de la DGSPNI désigne trois programmes, dont un consacré aux soins de santé primaires. Trois sous-programmes sont offerts dans le volet Soins de santé primaires, et les groupes VS et DES constituent des sous-sous-activités du sous-programme Promotion de la santé et prévention des maladies. Le sous-programme Promotion de la santé et prévention des maladies finance et soutient toute une gamme de programmes communautaires, de services, d'initiatives et de stratégies qui visent ensemble à réduire les disparités et à améliorer les résultats en matière de santé personnelle, familiale et communautaire des Premières Nations et des Inuits.

Les activités et les priorités sont établies par les bénéficiaires et financées au moyen d'accords de contribution. (DGSPNI, 2013h, p. 65). On attend des programmes, ainsi que des services et activités connexes, qu'ils contribuent à l'atteinte de l'objectif stratégique n° 3 de l'AAP : les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé. Au moment de l'évaluation, la dentothérapie avait été intégrée à la sous-activité de soins primaires intitulée Soins cliniques et aux clients, et le Programme de lutte contre l'ETCAF avait été intégré à la sous-sous-activité Mieux-être mental. Ces deux volets relèvent de la portée de l'évaluation des groupes VS et DES, compte tenu de leur positionnement respectif dans le calendrier d'évaluation.

⁴ L'AAP est l'architecture d'alignement des programmes du Ministère; elle va dans le sens du résultat attendu n° 1 : Accès continu aux programmes et aux services appropriés.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

Les questions liées à l'évaluation cadraient avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada; elles portaient sur les cinq enjeux de base visés par les deux thèmes que sont la pertinence et le rendement (voir l'annexe 4). Une matrice d'évaluation assortie de questions et d'indicateurs correspondant à chacun des enjeux de base a guidé le processus d'évaluation.

Une approche d'évaluation axée sur les résultats a permis d'évaluer les progrès réalisés vers l'obtention des résultats attendus et de déterminer si certains problèmes ou obstacles se sont posés. On a utilisé une conception non expérimentale basée sur le Cadre d'évaluation, qui décrivait en détail la stratégie d'évaluation et a rendu uniforme la collecte des données ayant servi à l'évaluation.

L'évaluation devait permettre de recueillir des renseignements sur tous les programmes des deux groupes, à l'appui du renouvellement des programmes de la DGSPNI prévu pour 2015. On a donc regroupé les constatations tirées de l'évaluation afin qu'elles portent sur les deux groupes.

L'évaluation, qui couvre deux groupes comportant chacun de nombreux programmes et éléments, est complexe et incluait de multiples indicateurs de rendement. Parce qu'elle portait principalement sur la perception qu'ont les intervenants de l'obtention de résultats, il a fallu examiner un grand nombre d'enjeux à l'aide de sondages, d'entrevues et de groupes de discussion. Par ailleurs, pour évaluer huit programmes/initiatives et plusieurs secteurs de politiques, il a fallu examiner une foule de sujets et solliciter les commentaires d'un grand nombre d'intervenants. On a adapté les questionnaires, les guides d'entrevue et les guides destinés aux animateurs des groupes de discussion à chaque groupe d'intervenants, dans le but de simplifier le processus le plus possible. En outre, on a soumis des questionnaires connexes aux groupes de discussion afin d'élargir leur potentiel de collecte de données. Santé Canada a colligé les documents pertinents, les a fait examiner et a désigné une grande variété d'intervenants clés à interviewer afin de couvrir tous les programmes. Certains intervenants ont pu s'exprimer à propos de plusieurs programmes.

On a recueilli⁵ les données nécessaires à l'évaluation à l'aide de diverses méthodes, dont un examen des données, un examen de la documentation, des visites sur le terrain et des entrevues avec des intervenants clés (l'annexe 3 contient plus de détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données). On a analysé les données en faisant une triangulation de l'information recueillie à l'aide des méthodes susmentionnées. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation visait à renforcer la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions tirées de l'évaluation.

Le choix des visites sur le terrain dans les collectivités des Premières Nations visait à englober l'ensemble des programmes des deux groupes. Les constatations et les exemples fournis reflètent le point de vue des collectivités et des personnes qui ont participé, et non celui de toutes les collectivités inuites et des Premières Nations. On a essayé de garantir que les collectivités choisies représenteraient un échantillon de régions, de tailles de collectivité, de niveau d'isolement et de types d'accords de financement. Les programmes des groupes VS et DES sont offerts dans un grand nombre de collectivités petites, éloignées ou isolées, mais compte tenu du nombre limité de visites sur le terrain dans ces collectivités, les constatations ou les conclusions ne s'appliquent pas à toutes les collectivités de la même façon, quel que soit leur emplacement géographique.

Les entrevues avec les intervenants clés se fondaient sur des questions ouvertes : ils ne devaient pas répondre par oui ou par non, mais plutôt donner une réponse structurée en fonction de leurs connaissances et de leurs observations. Les entrevues qualitatives avec des intervenants clés visaient avant tout à recueillir des commentaires sur un processus ou un problème; elles ne se prêtent donc pas au dénombrement des réponses. Par contre, pour mettre ces réponses en contexte, l'échelle descriptive suivante permet de rendre compte de certains aspects des entrevues avec les intervenants clés : « quelques-uns » désigne de 10 à 15 % des répondants ou moins, « certains » désigne entre 15 et 40 % des répondants, « nombreux » entre 40 % et environ 60%, « la plupart » plus de 60 % jusqu'à environ 80 %, et « presque tous » plus de 80 %.

On a recueilli les commentaires des employés de l'AC et des bureaux régionaux grâce à un sondage en ligne. D'autres employés de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI n'ayant pas participé à une entrevue à titre d'intervenants clés ont été inclus dans le sondage en ligne. Les employés de la DGSPNI affectés aux programmes des groupes VS et DES ont eu la possibilité de participer à l'évaluation, soit lors d'entrevues à titre d'intervenants clés, soit en répondant au sondage. Santé

⁵ La collecte, l'utilisation, la divulgation, la conservation et l'élimination des renseignements personnels, la transmission des rapports et des travaux de recherche, et la surveillance ont été effectuées conformément aux lois, règlements et politiques en vigueur en matière de protection des renseignements personnels (p. ex. *Loi sur l'accès à l'information*, *Loi sur la protection des renseignements personnels*, *Loi constituant Bibliothèque et Archives Canada* et *Politique du gouvernement sur la sécurité*). De plus, dans les cas où des données cumulatives et non cumulatives et des renseignements sur les clients ont été recueillis, utilisés et divulgués, les données ne pouvaient être repersonnalisées et les données non cumulatives ont été traitées conformément aux lois, règlements et politiques en vigueur en matière de protection des renseignements personnels.

Canada a fourni l'adresse de courriel de 22 employés de l'AC et de 46 employés des bureaux régionaux pour le sondage en ligne. Le taux de réponse à ce sondage a été de 82 % pour les employés de l'AC et de 63 % en région.

La Colombie-Britannique n'était pas visée par l'évaluation. La responsabilité des programmes en matière de santé visant les Premières Nations a été transférée à la First Nations Health Authority en vertu de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. (Santé Canada, 2011a).

3.2 Restrictions et stratégies d'atténuation

Pour la plupart des évaluations, certaines contraintes peuvent avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions.

Le tableau 1 décrit les restrictions observées au moment d'utiliser les méthodes d'évaluation retenues. Il indique également les stratégies d'atténuation adoptées pour veiller à ce que les constatations tirées de l'évaluation puissent en toute confiance guider la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 1 : Restrictions et stratégies d'atténuation

Restriction	Incidence	Stratégie d'atténuation
Dans le cadre de l'évaluation, on n'a pas eu accès aux données sur les tendances couvrant toute la période à l'étude. À titre d'exemple, on ne disposait que des données de 2011-2012 sur les modèles de rapport communautaire, lesquelles n'incluaient ni l'Ontario ni la Saskatchewan. Les rapports sur le programme NNC dressés par les collectivités admissibles ont été fournis pour 2010-2011 et 2011-2012.	L'absence de données annuelles a restreint l'utilisation des analyses chronologiques de l'obtention de résultats.	On a pu évaluer les changements survenus avec le temps surtout grâce aux entrevues avec les intervenants clés, à un sondage auprès des employés de la DGSPNI et aux visites sur le terrain dans les collectivités.
Manque de données quantifiables sur les résultats regroupées à l'échelle régionale ou nationale.	La plupart des données sur les résultats attendus pour les groupes VS et DES s'appuyaient largement sur des études communautaires ou régionales indépendantes.	Même si ces études n'ont pu être généralisées à l'ensemble des groupes VS et DES, elles ont fourni d'importants exemples de réussite et de difficulté, et ont pu illustrer l'atteinte des résultats. On a recueilli d'autres données sur les résultats à l'aide des entrevues, du sondage en ligne et des visites sur le terrain.
La méthode d'évaluation prévoyait un nombre limité de visites sur le terrain. Celles-ci ont récolté peu de commentaires dans les collectivités incapables d'offrir tous les programmes.	Les visites dans les petites collectivités ne reflètent pas nécessairement l'expérience de l'ensemble des collectivités de toutes les régions.	On a conçu les entrevues avec les intervenants clés pour recueillir des renseignements auprès d'une grande variété de collectivités, et ainsi mieux comprendre le succès, mais aussi les problèmes et les obstacles de la plupart des collectivités.
Les renseignements sur les disparités en matière de santé au sein des populations des Premières Nations sont plus nombreux que chez les Inuits.	Dans la plupart des cas, on n'a pas pu fournir de données comparables entre les Premières Nations et les Inuits.	Quand elles étaient disponibles, l'évaluation s'est appuyée sur des données comparables extraites de la documentation et des enquêtes sur la santé pour mettre en lumière les similitudes et les différences caractérisant les disparités.

La section suivante (Grandes lignes des constatations) contient uniquement des renseignements clés relatifs à la pertinence et au rendement des programmes des groupes VS et DES.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 — Nécessité de maintenir les programmes

4.1.1 Est-il nécessaire de maintenir les programmes des groupes VS et DES?

Puisque l'incidence de nombreux problèmes de santé comme le diabète et d'autres maladies chroniques varie, tout comme la prévalence de facteurs de risque pour la santé tels que les carences au titre de la nutrition, de l'activité physique, de la santé maternelle et de la sécurité alimentaire dans de nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations, les programmes de VS et DES doivent être maintenus, afin de renforcer la capacité de ces collectivités de répondre à leurs besoins et priorités au chapitre de la vie saine et du développement des enfants en santé.

À l'issue d'un examen approfondi de la documentation existante, l'évaluation a révélé la persistance des disparités dans bien des collectivités inuites et des Premières Nations⁶, en ce qui concerne l'incidence de nombreux problèmes de santé et la prévalence des facteurs de risque pour la santé. On a constaté que l'incidence de certains facteurs de risque associés à diverses maladies était plus élevée chez les membres des Premières Nations et les Inuits que dans le reste de la population canadienne; ces facteurs sont les suivants : poids nuisible pour la santé, tabagisme, activité physique plus faible, carences nutritionnelles et sécurité alimentaire déficiente.

Diabète et autres maladies chroniques

Les renseignements recueillis révèlent de nombreux exemples de ces disparités, en particulier pour ce qui est du diabète et d'autres maladies chroniques. À titre d'exemple, on observe chez les membres des Premières Nations une prévalence nettement supérieure du diabète, et les autres maladies chroniques touchent beaucoup plus les Autochtones que le reste de la population canadienne, incluant les enfants. La prévalence du diabète est beaucoup plus grande (de deux à cinq fois plus grande) chez les membres des Premières Nations que chez la population canadienne en général (Harris et al., 2011, p. 272; Bureau du vérificateur général du Canada, 2013, p. 8). La très récente Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations

⁶ Il convient de signaler que les données sont plus nombreuses pour les populations des Premières Nations que pour les Inuits, surtout en ce qui concerne les problèmes de santé, comme l'incidence et la prévalence des maladies chroniques.

(ERLSPN) (2008-2010) a révélé qu'environ 16 % des adultes membres d'une Première Nation vivant dans une réserve ont le diabète, et que quelque 81 % d'entre eux ont reçu un diagnostic de diabète de type 2 (CGIPN, 2012, p. 131). Chez les adultes des Premières Nations âgés de 25 ans ou plus, la prévalence du diabète normalisée selon l'âge n'a pas changé entre l'ERLSPN de 2002-2003 et celle de 2008-2010 - elle était respectivement de 20,1 % et de 20,7 %. (CGIPN, 2012, p. 126).

Ces mêmes études ont montré que, par rapport à l'ensemble de la population canadienne, les Autochtones reçoivent généralement un diagnostic de diabète à un plus jeune âge, et souffrent de plus de complications, comme la néphropathie, la cécité et l'hypertension artérielle; affichent plus de facteurs de risque associés à la maladie, comme le peu d'activité physique, l'alcoolisme et une mauvaise alimentation; ont d'importants problèmes comme le faible revenu et un taux de chômage élevé, facteurs également associés au diabète.

La prévalence des maladies respiratoires chroniques (surtout la tuberculose, l'asthme et les infections des voies respiratoires) a augmenté chez les Autochtones canadiens, en particulier chez les enfants. (Reading, 2009, p. 11-16). Sur les 1 686 nouveaux cas de tuberculose active et récurrente signalés en 2012, 23 % ont touché des Autochtones, comparativement à 10 % pour les non-Autochtones nés au Canada. (PHAC, 2014).⁷ Le nombre de cas de tuberculose est plus élevé chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve, et on estime que le nombre de cas de bronchite est plus de deux fois supérieur à la moyenne nationale. (Crengle et al., 2009, p. 31). Les maladies respiratoires ont été la principale cause de mortalité infantile chez les Autochtones durant des décennies (Boggild, Yuan, Low et McGeer, 2011, p. 345; Reading, 2009, p. 11). Les enfants inuits affichent le plus haut taux d'hospitalisation au monde pour des infections des voies respiratoires inférieures : une moyenne de 306 admissions par 1 000 nourrissons, et plus de 800 par 1 000 nourrissons pour les cardiopathies (Egeland, Faraj et Osborne, 2010, p. 8; Lauson et al., 2011, p. 365).

Activité physique, obésité et autres facteurs de risque

Même si on a trouvé peu d'information sur les tendances en matière d'activité physique chez les Autochtones du Canada (Young & Katzmarzyk, 2007, p. 149), selon l'information autodéclarée dans l'ERLSPN 2008-2010, 46 % des adultes membres des Premières Nations étaient considérés inactifs, 28 % modérément actifs et 25 % actifs. Et la proportion d'hommes actifs (33%) était près de deux fois plus grande que celle des femmes (17 %) (CGIPN, 2012, p. 71). Comparativement, 52 % des adultes canadiens sont jugés actifs (Statistique Canada, 2008-2010). Dans le cadre de l'ERLSPN 2008-2010, on a jugé qu'une majorité d'enfants des Premières Nations (62 %) âgés de 6 à 11 ans étaient actifs, tandis que 20 % étaient jugés modérément actifs et 18 %, inactifs (CGIPN, 2012, p. 359). On ne disposait pas de données similaires pour le même groupe d'âge dans le reste de la population.

⁷ La majorité des cas de tuberculose (64 %) touchaient des personnes nées à l'étranger.

Dans le cadre de l'ERLSPN 2008-2010, on a jugé que 62 % des enfants des Premières Nations âgés de 2 à 11 ans affichaient un surpoids ou étaient obèses, même si la proportion d'enfants en surpoids ou obèses est tombée à 43 % pour les jeunes de plus de 11 ans. (CGIPN, 2012, p. 242, 278, 359, 365). L'Enquête sur la santé des Inuits de 2007-2008 a révélé que, parmi les enfants inuits âgés de 3 à 5 ans, 24 % des garçons étaient jugés en surpoids et 42 % supplémentaires risquaient le surpoids, tandis que 30 % des filles étaient jugées en surpoids et 38 % étaient « à risque ». (comité directeur Egeland et Quanuippitali, 2009, p. 10). On ne dispose d'aucun chiffre comparatif pour l'ensemble de la population canadienne concernant les groupes d'âge ci-dessus, mais on sait que 26 % des enfants et des jeunes Canadiens âgés de 2 à 17 ans affichaient un surpoids ou étaient obèses en 2004. (CGIPN, 2012, p. 360).

D'autres données révèlent que le nombre de fumeurs est plus élevé dans les collectivités des Premières Nations. L'ERLSPN de 2008-2010 a révélé que 56,9 % des membres des collectivités des Premières Nations étaient fumeurs - 43,2 % de fumeurs quotidiens et 13,7 % de fumeurs occasionnels. (CGIPN, 2012, p. 96). En comparaison, on dénombrait 20 % de fumeurs dans l'ensemble de la population canadienne. La situation n'a pas vraiment changé depuis l'ERLSPN de 2002-2003. Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, un peu plus de la moitié (54 %) des adultes inuits fument quotidiennement, ce qui marque une légère baisse par rapport aux 58 % révélés par l'enquête de 2006.⁸

Nutrition

On a fait relativement peu d'études sur l'apport nutritionnel et les habitudes alimentaires des enfants inuits et des Premières Nations. Malheureusement, la plupart de ces études (p. ex. l'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006) ne visaient que les populations vivant hors réserve. Par contre, les données recueillies dans le cadre de l'EEA ont révélé que les enfants autochtones ne consomment pas les groupes alimentaires clés aussi souvent que le recommande Bien manger avec le Guide alimentaire canadien, en particulier les fruits et les légumes, et qu'ils consomment plus d'aliments riches en sel, en sucre et en gras que ce qui est recommandé. (Langlois, Findlay et Kohen, 2013, p. 5).

Les données issues de l'ERLSPN de 2008-2010 indiquaient que 63 % des adultes consommaient des légumes quotidiennement et que 57 % consommaient des fruits quotidiennement. (CGIPN, 2012, p. 84). Parmi les enfants autochtones, 35 % ont dit consommer des légumes plusieurs fois par jour, 54 %, plusieurs fois par semaine et 7 %, rarement ou jamais, la consommation de fruits étant légèrement plus élevée, mais généralement comparable. (CGIPN, 2012, p. 364). Ces chiffres sont similaires à ceux de l'ensemble de la population canadienne (Santé Canada, 2001-2012). Pour tous les groupes d'âge, on associait une nourriture équilibrée (incluant la consommation régulière de fruits et de légumes) à un état de santé généralement bon. (CGIPN, 2012, p. 89-90, 365).

⁸ Information fournie par Santé Canada; les statistiques issues de l'Enquête auprès des Autochtones de 2012 ne sont pas encore accessibles au public.

Enfin, les rapports sur le Manitoba et la Colombie-Britannique issus de l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN) ont comparé la consommation des groupes alimentaires par les adultes membres des Premières Nations participantes dans les deux provinces aux recommandations du Guide alimentaire canadien. Les deux études ont permis de constater une consommation de fruits et de légumes, de produits céréaliers et de lait et produits laitiers inférieure aux recommandations (environ la moitié des quantités recommandées), tandis que la consommation de viande était plus élevée que les quantités recommandées (Assemblée des Premières Nations, Université de Northern British Columbia et Université de Montréal, 2011, 2012).

Sécurité alimentaire⁹

La documentation indique un lien positif entre la bonne alimentation et la santé physique, mentale et spirituelle globale, ainsi que les comportements sains, comme l'activité physique, le fait de ne pas fumer et l'adoption de pratiques culturelles, notamment le partage et la consommation d'aliments traditionnels (CGIPN, 2012, p. 77). La sécurité alimentaire est reconnue internationalement comme un déterminant de la santé de toutes les populations. À l'inverse, on a constaté que l'insécurité alimentaire au sein des ménages autochtones était associée à une prévalence plus élevée des problèmes de santé physique et mentale, du stress, des comportements nuisibles pour la santé et des difficultés à tisser des liens dans la collectivité, même si on ne connaît pas les liens informels entre ces facteurs. Ces derniers ont toutefois des déterminants communs, notamment la pauvreté (Willows, Veugelers, Raine et Kuhle, 2011, p. 3).

Les enquêtes et autres études ont révélé que l'insécurité alimentaire est un problème grave et constant pour de nombreux Inuits et membres des Premières Nations, ainsi que pour leurs familles. Dans le cadre de l'ERLSPN de 2008-2010, on a déterminé que plus de la moitié (54 %) des ménages des Premières Nations avait un problème modéré ou grave d'insécurité alimentaire. (CGIPN, 2012, p. 81). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2011-2012 a permis de recueillir des données à l'échelle nationale sur l'insécurité alimentaire des ménages. Elle a révélé qu'en 2011-2012, dans l'ensemble de la population canadienne, 8,3 % des ménages (soit près de 1,1 million) vivaient une situation d'insécurité alimentaire. Sur ce nombre, 5,8 % vivaient une insécurité alimentaire modérée et 2,5 % une insécurité grave.

L'EANEPN a établi que la proportion de foyers dans les réserves touchés par l'insécurité alimentaire était de 29 % en Ontario, de 38 % au Manitoba et de 41 % en Colombie-Britannique (Assemblée des Premières Nations, Université de Montréal et Université d'Ottawa, 2012; Assemblée des Premières Nations et al., 2011; Assemblée des Premières Nations, Université de Northern British Columbia, et al., 2012). Les statistiques issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ont révélé que l'insécurité alimentaire touchait entre 6,1 % et 10,0 % de l'ensemble des ménages des provinces, 10,2 % des ménages des T.N.-O., 11,0 % des ménages du

⁹ Les participants au Sommet mondial de l'alimentation organisé par l'OMS en 1996 ont déterminé que la sécurité alimentaire est « l'accès pour tous et en tout temps à suffisamment d'aliments nutritifs et salubres pour mener une vie active et saine ».

Yukon et 28,8 % des ménages du Nunavut. (Santé Canada, 2012a). Les statistiques sur les ménages inuits mettent en lumière le problème de l'insécurité alimentaire dans le Nord; une étude de 2007-2008 a révélé qu'elle touchait 63 % des ménages inuits dans l'ensemble de la région Arctique. (Huet, Rosol et Egeland, 2012).

Santé maternelle

Même si on connaît bien les effets de la santé maternelle (avant et pendant la grossesse et durant l'allaitement) sur la santé de l'enfant, on dispose de relativement peu de données sur certaines pratiques comme l'activité physique et les choix nutritionnels des mères autochtones. (Gray-Donald et al., 2000, p. 1247). Le nombre de cas de diabète gestationnel est plus élevé chez les femmes des Premières Nations.

Les effets indésirables à la naissance, comme le faible poids et la prématurité, sont associés au tabagisme durant et avant la grossesse, dans toutes les populations. Les taux de tabagisme pendant la grossesse sont élevés dans les collectivités des Premières Nations et inuites. Les sources indiquent que près de la moitié (47 %) des femmes des Premières Nations et plus de 80 % des femmes du Nunavut ont fumé pendant leur grossesse (Santé Canada, 2013b, p. 21; Lauson et al., 2011, p. 365). Une enquête sur l'ensemble de la population canadienne a permis d'établir que 10,5 % des femmes avaient fumé pendant leur grossesse. La moyenne de cigarettes fumées par jour était de sept (Al-Sahab, Saqib, Hauser et Tamim, 2010, p. 3).

Les données épidémiologiques et de santé publique relatives à l'allaitement ont mis en évidence les avantages de l'allaitement pour les nourrissons, notamment une meilleure nutrition et une résistance aux maladies. L'ERLSPN de 2002-2003 a révélé que 62,5 % des enfants des Premières Nations étaient allaités, et ce chiffre n'a que légèrement baissé (à 60,2 %) à l'issue de l'ERLSPN de 2008-2010. (CGIPN, 2012, p. 411). En comparaison, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2008 a établi que 88 % des enfants étaient allaités au sein de l'ensemble de la population canadienne (International Indigenous Health and Social Justice Research Group, 2011, p. 18). On a constaté que les mères inuites étaient légèrement moins nombreuses que le reste de la population canadienne à opter pour l'allaitement (environ 81 %), et qu'elles allaitaient plus longtemps. (Egeland et al., 2010, p. 7-8).

On a observé au sein des collectivités inuites et des Premières Nations un nombre plus élevé de naissances prématurées et de cas de poids élevé à la naissance, de mortalité infantile et de syndrome de mort subite du nourrisson, qui peuvent être liés à la santé maternelle, à l'environnement et aux habitudes de vie. Une récente étude a révélé que le syndrome de mort subite du nourrisson était douze fois plus fréquent chez les populations inuites que dans le reste de la population (Crengle et al., 2009, p. 31). Une étude réalisée en Colombie-Britannique a déterminé que la prévalence des naissances prématurées était 84 % plus élevée dans les collectivités rurales des Premières Nations que dans les autres collectivités rurales du pays, et 57 % plus élevée chez les Premières Nations vivant en milieu urbain que chez les autres habitants de milieux urbains (Luo et al., 2004, p. 1255).

Santé buccodentaire

La carie du biberon est définie comme la présence d'une ou de plusieurs dents de lait cariées, absentes (en raison de caries) ou obturées chez un enfant d'âge préscolaire¹⁰. Dans les régions urbaines du Canada, le taux de prévalence de la carie du biberon chez ces enfants est de 6 à 8 %.¹¹

Un nombre disproportionné d'enfants autochtones ont des problèmes de caries par rapport aux non-Inuits et aux membres du reste de la population. L'enquête menée en 2009-2010 sur la santé buccodentaire dans les Premières Nations a révélé que 86 % des enfants âgés de 3 à 5 ans avaient eu une ou plusieurs caries, et que 61 % des enfants d'âge préscolaire avaient des caries non traitées dans leurs dents de lait. (CGIPN, s.d., p. 20). En outre, la prévalence des caries (causant une cavité) est la plus élevée (99 %) chez les enfants des ménages aux plus bas revenus (< 20 000 \$) et demeure élevée (70 %) dans les ménages ayant au moins 20 000 \$ de revenu annuel; cela indique que la pauvreté est un important déterminant de la santé buccodentaire. On n'a pas mené d'étude comparative dans l'ensemble de la population canadienne. Les autres facteurs susceptibles d'influer sur la santé buccodentaire sont la présence de fluor dans l'eau potable et les habitudes alimentaires globales.

Selon l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits, effectuée en 2008-2009, 85 % des enfants de 3 à 5 ans avaient eu au moins une carie, et la moyenne de dents cariées, absentes ou obturées (CAO) était de 8,22 par enfant (Santé Canada, Nunavut Tunngavik Incorporated, gouvernement de Nunatsiavut, Société régionale inuvialuit et ITK, 2011, p. 17).

L'enquête de 2009-2010 sur la santé buccodentaire dans les Premières Nations a révélé que 40 % des adolescents et des adultes jugeaient leur santé buccodentaire passable ou mauvaise, et 49 % ont affirmé avoir parfois eu du mal à manger au cours des 12 mois précédents à cause de problèmes buccaux. (CGIPN, s.d., p. 15). Enfin, l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits a révélé que 41 % des jeunes adultes faisaient état d'une mauvaise santé buccodentaire, et que 30 % des répondants ont dit éviter certains aliments à cause de problèmes buccaux. (Santé Canada et al., 2011, p. 16).

¹⁰ Association dentaire canadienne. Report on early childhood caries, April 2010. http://www.jcda.ca/uploads/pdf/ccsa/ECC-Report-FINAL-April-2010_for-jcda-website.pdf (26 novembre 2012).

¹¹ Locker D, Matear D; Community Health Services Research Unit, faculté de dentisterie, Université de Toronto. *Oral disorders, systemic health, well-being and the quality of life: A summary of recent research evidence*. 2000: http://www.utoronto.ca/dentistry/facultyresearch/dri/cdhsru/health_measurement/7.%20%20No%2017.pdf (26 novembre 2012).

4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 — Concordance avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

4.2.1 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?

Diverses autorisations législatives et politiques fédérales précisent que le gouvernement fédéral possède des compétences, assume des responsabilités et vise des objectifs à l'égard des soins de santé dispensés aux Autochtones et, en particulier, aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et à certains Inuits.

Le gouvernement fédéral est investi d'un mandat clair prescrit par la loi pour répondre à ces besoins. Des textes de loi essentiels, dont la *Loi constitutionnelle de 1867* et l'*Acte des sauvages*, 1876, définissent les compétences qui concernent les services de santé offerts aux Autochtones. Des politiques fédérales comme la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens décrivent les objectifs du gouvernement fédéral à l'égard de la santé des Autochtones. (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011). En outre, la *Loi canadienne sur la santé de 1984* expose l'intention de la politique canadienne en matière de soins de santé en général, ainsi que les conditions d'admissibilité des gouvernements provinciaux et territoriaux au Transfert canadien en matière de santé.

La *Loi constitutionnelle de 1867* n'inclut pas explicitement la « santé » dans les pouvoirs législatifs attribués soit au Parlement (à l'article 91) ou aux assemblées législatives provinciales (à l'article 92). Quoiqu'il en soit, les tribunaux ont confirmé que la réglementation des soins de santé relève en majeure partie des provinces. À titre d'exemple, les provinces exercent des pouvoirs étendus sur la santé publique d'ordre local et privé, conformément au paragraphe 92(16) de la *Loi constitutionnelle de 1867*; sur la réglementation des professions médicales, qui relèvent du droit en matière de propriété et de droits civils, en vertu du paragraphe 92(13); sur les hôpitaux, en application du paragraphe 92(7).

Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'édicter des lois dans certains domaines liés à la santé qui sont subsidiaires à d'autres pouvoirs fédéraux, dont celui de dépenser (p. ex. *Loi canadienne sur la santé*) et la compétence en matière de droit criminel (p. ex. lois sur les drogues, le tabac et les matières dangereuses). En outre, le gouvernement fédéral peut adopter des lois sur la santé en invoquant le pouvoir d'assurer « la paix, l'ordre et le bon gouvernement » que lui confère l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (p. ex. lois concernant la mise en quarantaine et les urgences nationales). Ces lois s'appliqueraient aux Inuits et aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et hors de celles-ci. De plus, le gouvernement fédéral peut adopter des lois concernant les Premières Nations et les Inuits, compte tenu de la compétence qu'il exerce à l'égard des « Indiens et des terres réservées pour les Indiens », conformément au paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*.

Le « pouvoir » de légiférer signifie que le gouvernement fédéral est autorisé à légiférer, mais il ne lui attribue pas le mandat d'exercer cette compétence et de passer des lois. À ce jour, aucune loi sur la santé n'a été promulguée en application des pouvoirs prévus au paragraphe 91(24).

Aucune autorisation législative particulière n'accorde au ministre de la Santé le pouvoir de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits.

En l'absence d'une autorisation législative particulière, l'autorisation légale concernant la prestation de programmes et de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits par le ministre de la Santé se trouve dans ce qui suit. L'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé* définit les pouvoirs, obligations et fonctions du ministre, qui s'étendent, d'une façon générale, à tous les domaines de compétence du Parlement liés à la promotion et au maintien de la santé de la population canadienne. Les programmes et services de soins de santé particuliers que dispense ou finance la DGSPNI sont approuvés sur une base annuelle au moyen des lois de crédits, par lesquelles le Parlement signifie au ministre qu'il approuve les budgets et objectifs de la DGSPNI. Le Conseil du Trésor autorise certaines activités de programme.

Ces lois fédérales autorisent le ministre de la Santé à proposer ou à financer les programmes et services sans toutefois en définir le mandat. Faute d'une autorisation législative clairement établie qui décrit et définit le mandat des programmes et des services, Santé Canada, par l'entremise de la DGSPNI, propose ou finance des programmes et services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits en se fondant sur les énoncés de mission et de mandat subséquents du Ministère, ainsi que sur des politiques, de manière à respecter la Politique sur la santé des Indiens de 1979; par conséquent, ces programmes et services sont à la discrétion du gouvernement.

La Politique sur la santé des Indiens de 1979 se fonde sur les trois piliers que sont le développement communautaire, la relation traditionnelle des « Indiens » avec le gouvernement fédéral et un système canadien de santé unique et interrelié, qui est constitué d'éléments fédéraux, provinciaux et communautaires.

La Politique sur la santé des Indiens a été adoptée le 19 septembre 1979, pendant une période de transition pour la DGSPNI. Auparavant, la DGSPNI participait davantage à la prestation directe de services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations. Or, la DGSPNI a commencé à changer de méthode, en aidant les collectivités à contrôler davantage leurs propres services de santé. Le but de la Politique sur la santé des Indiens de 1979 est d'améliorer la santé des collectivités des Premières Nations et inuites « par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes » (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011, p. 23). Elle reconnaît la nature interdépendante du système canadien de santé et précise que deux des rôles les plus importants du gouvernement fédéral sont liés aux activités de santé publique dans les réserves et à la promotion de la santé. (Santé Canada, 2014).

La Politique précise qu'il est important de resserrer les liens entre les divers ordres de gouvernement et de renforcer la capacité des collectivités autochtones de « jouer un rôle actif et plus déterminant dans le système canadien de santé » (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011, p. 23). À la suite de l'adoption de cette politique, le gouvernement

fédéral a cessé d'offrir directement des services aux membres des Premières Nations des Territoires du Nord-Ouest, ainsi que dans les quatre régions habitées par les Inuits : le Nunavut, l'établissement régional Inuvialuit dans les T.-N.-O., le Nunavik au Québec, et le Nunatsiavut à Terre-Neuve-et-Labrador. Le gouvernement fédéral alloue plutôt son financement au moyen d'ententes de transfert conclues avec les gouvernements territoriaux et d'ententes sur l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales.

En outre, la *Loi canadienne sur la santé* (article 3) stipule que les politiques canadiennes en matière de soins de santé visent à favoriser le bien-être physique et mental des habitants du Canada, et à faciliter un accès satisfaisant aux soins de santé. (Gouvernement du Canada, 1984). Ces objectifs appuient les programmes des groupes VS et DES, qui ont des objectifs très similaires.

L'*Acte des sauvages*, 1876, décrit les diverses autorités et compétences relatives à la santé des Autochtones. (Gouvernement du Canada, 1876). Cette loi stipule que le gouvernement fédéral peut utiliser les terres des réserves pour mener à bien des projets liés à la santé des Indiens, à condition d'obtenir le consentement des conseils de bande (paragraphe 18(2)). L'*Acte* stipule aussi que le gouverneur en conseil peut réglementer la fourniture de services de santé et les traitements médicaux destinés aux Indiens (alinéa 73(1)[g]). Il n'existe toutefois aucun tel règlement. On donne aux conseils de bande le pouvoir d'édicter des règlements sur la fourniture de services de santé aux personnes vivant dans des réserves (alinéa 81(1)[a]). L'*Acte* des sauvages ne s'applique pas aux Inuits.

4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 — Concordance avec les priorités gouvernementales

Le gouvernement fédéral et la DGSPNI accordent la priorité à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'atténuation des inégalités quant à l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations et à un contrôle accru des Premières Nations et des Inuits sur les ressources (p. ex. programmes et ressources financières) affectées à la santé de leurs collectivités

4.3.1 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les priorités du gouvernement fédéral?

Les programmes des groupes VS et DES concordent très étroitement avec les priorités du gouvernement fédéral. Ils s'harmonisent particulièrement à la priorité organisationnelle n° 3 de Santé Canada : renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits. (Santé Canada, 2013e, p. 6). Santé Canada a établi cette priorité afin de régler les problèmes de santé que vivent constamment les membres des Premières Nations et les Inuits. Le gouvernement fédéral entend ainsi améliorer l'accès aux soins de santé; rehausser la qualité des soins; collaborer avec les autorités provinciales et territoriales à l'offre des services; améliorer l'intégration des services de santé; faciliter la collecte de données et la surveillance de la santé; renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits.

Les programmes des groupes VS et DES cadrent avec trois des quatre priorités de la DGSPNI : remettre aux Premières Nations et aux Inuits la maîtrise des ressources actuelles en matière de santé, selon un calendrier à établir avec eux; appuyer les interventions relatives aux inégalités en matière d'état de santé qui touchent les Premières Nations et les Inuits, en fonction des priorités qu'ils auront établies; établir de nouveaux rapports avec les Premières Nations et les Inuits. (DGSPNI, 2012d).

En ce qui concerne la première priorité susmentionnée, la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens de 1988 a proposé un cadre de prise de contrôle des services de santé par les Premières Nations, ainsi qu'une approche progressive inspirée du principe de l'autodétermination dans le secteur de la santé. En vertu de ce processus, la décision d'entamer des discussions avec Santé Canada sur le transfert possible des services de santé appartient à chaque collectivité. Une fois engagées dans le processus de transfert, les collectivités peuvent prendre le contrôle des responsabilités rattachées aux programmes de santé à un rythme adapté à leur situation et à leur capacité de gestion. Le transfert des services de santé, qui est entièrement optionnel, comprend trois étapes : la planification avant le transfert, la transition et la mise en œuvre. Le processus est conçu pour respecter le financement de base actuel des programmes fédéraux pour la santé des Premières Nations et des Inuits, et les collectivités des Premières Nations et inuites doivent de leur côté fournir certains programmes obligatoires comme la prévention des maladies transmissibles, la santé et la sécurité au travail et les traitements (services).¹²

La première priorité susmentionnée est davantage prise en compte dans les activités de renforcement des capacités au sein des groupes VS et DES afin de fournir aux travailleurs communautaires les connaissances et les aptitudes requises pour exécuter leurs propres programmes de VS et DES. Cette priorité se concrétise par la souplesse dont bénéficient les collectivités pour adapter leurs programmes à leurs besoins, et par la transition d'accords de contribution préétablis à des accords axés sur un modèle de financement souple. Grâce à ces accords, les bénéficiaires peuvent établir leur propre plan de santé ou leurs plans de travail, et réaffecter des fonds en utilisant la même autorisation de programme sans avoir à solliciter l'approbation du ministre. (DGSPNI, 2013g, p. 16).

Les programmes des groupes VS et DES mettent en pratique la deuxième priorité susmentionnée grâce aux divers accords de contribution, qui financent les programmes et services de soins de santé communautaires. Dans les provinces, les accords de contribution sont généralement conclus avec les conseils de bande, les conseils tribaux, les régies régionales de la santé et les organisations autochtones. Au Nunavut et dans les T.N.-O., le gouvernement territorial intègre les fonds qu'il reçoit à ses programmes de santé. (DGSPNI, 2013h, p. 9)¹³. Cette priorité prend forme grâce à la recherche, à l'acquisition de connaissances et à l'élaboration de politiques par la DGSPNI.

¹² Information fournie par Santé Canada.

¹³ Au Yukon, les collectivités travaillent directement avec la région du Nord de Santé Canada.

Enfin, la troisième priorité se traduit par les activités de participation et de collaboration des intervenants associés aux groupes VS et DES, dont des consultations, des accords, des projets conjoints et la création de comités et de groupes de travail.

En outre, le budget fédéral de 2010 a accordé la priorité à l'amélioration de l'accès à des aliments nutritifs pour les habitants du Nord, en affectant 45 millions de dollars à un nouveau programme (qui a généré le lancement du volet NNC, incluant de nouvelles initiatives d'éducation en matière de nutrition supervisées par Santé Canada). En combinant le nouveau financement à celui déjà proposé de 60 millions par an pour les programmes, on cherchait à réduire les coûts de transport des aliments nutritifs pour les habitants du Nord, et à encourager de saines habitudes alimentaires. (Gouvernement du Canada, 2010, p. 132).

4.3.2 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les résultats stratégiques du Ministère?

Les programmes des groupes VS et DES concordent très étroitement avec le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé. (Santé Canada, 2013e, p. 41). Les deux groupes sont liés à ce résultat stratégique par le programme de soins de santé primaires destinés aux membres des Premières Nations et aux Inuits (3.1) et le sous-programme de promotion de la santé et de prévention des maladies (3.1.1).¹⁴

Les groupes VS et DES sont harmonisés aux buts énoncés dans le Plan stratégique de la DGSPNI (DGSPNI, 2012c, p. 11–18). L'objectif stratégique n° 1 (Services de santé de haute qualité) met l'accent sur l'amélioration de l'accès aux services de santé et la qualité de ces services, le renforcement de la capacité des régions d'offrir des services, et l'amélioration de la santé et du bien-être des personnes, des familles et des collectivités. L'objectif stratégique n° 2 (Planification et relations concertées) vise particulièrement à renforcer le contrôle et la gestion des programmes et services de santé par les Premières Nations et les Inuits. L'objectif stratégique n° 3 (Rendement efficace et efficient) vise notamment à améliorer la disponibilité des données étoffant la prise de décisions et l'élaboration de nouveaux modèles de prestation de services.

¹⁴ Comme le décrit l'AAP de la DGSPNI. Les groupes DES et VS sont des sous-sous-programmes de la section 3.1.1 (respectivement 3.1.1.1 et 3.1.1.3). (DGSPNI, 2013h, p. 64). Dans le cadre de l'activité de programme 3.1, les soins de santé primaires comportent « la promotion de la santé, la prévention des maladies, la protection de la santé publique (y compris la surveillance) et les soins primaires (lorsque les personnes obtiennent des services de diagnostic, des soins curatifs, des services de réadaptation, des services de soutien, des services d'aiguillage et des soins palliatifs et de fin de vie) ». (Health Canada, 2013e, p. 41). Ces activités sont étroitement liées à celles entreprises dans le cadre des groupes VS et DES.

4.4 Rendement : Enjeu n° 4 — Obtention des résultats attendus (efficacité)

Dans l'ensemble, on a fait des progrès considérables vers l'obtention des résultats recherchés par les programmes des groupes VS et DES; cependant, il faut continuer de voir à ce que d'autres progrès améliorent encore davantage l'état de santé général des membres des Premières Nations et des Inuits.

4.4.1 Dans quelle mesure a-t-on obtenu les résultats immédiats?

Résultat immédiat n° 1 : Participation et collaboration accrues des intervenants et des collectivités, en vue d'appuyer l'élaboration des programmes et des politiques et la prestation des services.

Les collectivités et tous les intervenants ont collaboré à tous les niveaux. La collaboration des collectivités a permis d'améliorer les programmes et les services qui leur sont offerts. La collaboration entre l'administration centrale et les bureaux régionaux, ainsi qu'avec les organisations autochtones, a été difficile à maintenir. C'était particulièrement le cas pour les programmes du groupe DES, en raison des changements ministériels apportés à la gouvernance globale des groupes et à la gestion des programmes.

Collaboration entre l'administration centrale de la DGSPNI et les intervenants régionaux

Toutes les sources de données révèlent que la participation et la collaboration sont importantes aux yeux de tous les intervenants. Les employés de l'AC de la DGSPNI interrogés (ci-après appelés les employés de l'AC) disent avoir collaboré très fréquemment avec des collègues de l'AC de la DGSPNI affectés à d'autres programmes, des collègues des bureaux régionaux de la DGSPNI et des OAN. Les employés des bureaux régionaux de la DGSPNI (ci-après appelés les employés des bureaux régionaux) ont collaboré très souvent avec des travailleurs communautaires, des collègues de la DGSPNI de leur région, des directeurs des services de santé communautaires, des conseils tribaux, des organisations autochtones régionales, d'autres ministères fédéraux et des collègues de l'AC de la DGSPNI.

Les employés de la DGSPNI ont donné de nombreux exemples de collaboration entre les programmes des groupes VS et DES et les intervenants nationaux et régionaux, et entre l'AC et les bureaux régionaux. À l'échelle nationale, par exemple, les personnes affectées aux programmes connexes ont souvent collaboré aux travaux de comités mixtes et de groupes de travail, à l'élaboration de plans de travail conjoints, aux réunions de gestionnaires et de directeurs, ou à l'élaboration de stratégies, mais aussi à l'appui des collectivités. La collaboration à l'échelle régionale pourrait elle aussi s'inscrire dans l'élaboration de plans de travail conjoints, ou dans des séances ou stratégies de planification; dans des séances de formation conjointes, des conférences et des ateliers; dans la mise sur pied de groupes ou d'équipes interdisciplinaires; dans la mise en commun des ressources et le réseautage. Selon les employés de l'AC et de

certaines bureaux régionaux de la DGSPNI, on a fait davantage d'efforts de collaboration au cours des dernières années, depuis la restructuration et le regroupement des groupes VS et DES en une seule division à l'AC, et accordé la priorité à l'adoption d'une approche moins compartimentée (entre programmes) que par le passé.

Collaboration entre la DGSPNI et les organisations autochtones

Les employés de la DGSPNI ont donné des exemples de collaboration et de relations de travail entre les employés de l'AC et les OAN, mais aussi entre les employés des bureaux régionaux et les organisations autochtones régionales, les conseils tribaux et les collectivités. Tous les employés de l'AC évoquent l'importance de la collaboration avec les OAN. Selon les employés de l'AC et les OAN, cette collaboration vise à obtenir les conseils des OAN sur des questions liées aux groupes VS et DES; à échanger de l'information à propos des plans de travail, politiques et travaux en cours; à faire participer les OAN à l'élaboration des cadres de programmes, à la recherche de ressources, aux plans stratégiques, aux plans d'évaluation des programmes et à la rédaction des constatations tirées de l'évaluation; à faire participer les OAN au processus de renouvellement des programmes; à intégrer les OAN aux groupes consultatifs, aux comités et aux groupes de travail.

Les employés de l'AC ont travaillé avec d'autres OAN : la Association nationale autochtone du diabète (qui a travaillé avec les responsables de l'IDA afin d'offrir de la formation et du perfectionnement professionnel aux travailleurs communautaires, et de diffuser l'information relative au diabète et à la santé par de nombreux moyens); le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), pour une analyse spéciale de l'ERLSPN; le Centre de collaboration national de la santé autochtone, pour présenter des expositions nationales axées sur les enfants, par exemple, sur le rôle des parents et la participation de la mère et du père.

Les organisations autochtones ont cité de nombreuses autres organisations avec lesquelles elles ont collaboré pour les programmes des groupes VS et DES, par exemple, les ONG du domaine de la santé (comme l'Association canadienne du diabète), les provinces et les territoires, les régies régionales de la santé, les universités et quelques organismes internationaux.

Collaboration entre la DGSPNI et d'autres ministères

D'autres ministères et organismes fédéraux (en particulier l'ASPC et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada) ont été d'importants partenaires des programmes des groupes VS et DES à l'échelle nationale et régionale. En général, les employés des bureaux régionaux interviewés et sondés voient d'un œil positif leur collaboration avec les ministères provinciaux; 66 % (n = 19)¹⁵ disent avoir travaillé avec les ministères provinciaux au moins quelques fois (14 %, n = 4 fréquemment; 52 %, n = 15 parfois). Certains employés de la DGSPNI ont indiqué que ces efforts de collaboration étaient positifs, et certains pensent que la collaboration s'est améliorée depuis quelques années. Les employés des bureaux régionaux ont donné des exemples

¹⁵ En raison de la petite taille de l'échantillonnage ayant servi aux sondages auprès des employés de l'AC et des bureaux régionaux, on fournit également le nombre de répondants (n) que représentent les pourcentages.

d'autres organisations avec lesquelles ils ont travaillé dans le cadre des programmes des groupes VS et DES, par exemple, les régies régionales de la santé, les universités (à des fins de formation) ou les Organisations non gouvernementales (ONG) (dans le cadre des programmes). Parmi les employés des bureaux régionaux ayant répondu au sondage, 45 % (n = 13) disent avoir travaillé parfois avec les régies régionales de la santé, et 42 % disent avoir travaillé au moins quelques fois avec les universités (7 %, n = 2 fréquemment; 35 %, n = 10 parfois).¹⁶

Collaboration à l'appui de l'élaboration des politiques et des programmes et de la prestation des services

Il importe de signaler que, d'après le contenu du modèle logique des programmes, la collaboration à l'échelle de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI devait faciliter l'élaboration des politiques et des programmes et la prestation des services, et générer d'autres avantages. (DGSPNI, 2013h, p. 8). Plusieurs employés de l'AC et des bureaux régionaux interviewés ont dit à quel point la collaboration avec les partenaires autochtones les avait aidés à définir les priorités, les besoins et les préoccupations des organisations autochtones, ce qui a ensuite facilité l'élaboration des politiques et des programmes.

Selon les représentants de plusieurs organisations autochtones, cette collaboration leur a permis de mieux sensibiliser les gens aux enjeux touchant les Premières Nations et les Inuits, et de définir les lacunes en matière de service. Par la suite, cette collaboration a facilité l'élaboration de politiques susceptibles d'éclairer ou d'orienter les modes de financement des initiatives et des services liés aux programmes. Quelques employés des bureaux régionaux ont affirmé que la collaboration a permis d'élaborer des politiques et des procédures de portée régionale, notamment à l'échelle communautaire. Selon quelques employés de l'AC, ces efforts ont contribué au processus de renouvellement des programmes en déterminant le degré de réussite de ces programmes et les domaines où il avait place à amélioration.

Pour la majorité des employés de l'AC et des bureaux régionaux qui ont répondu au sondage, la collaboration a largement ou modérément facilité un grand nombre d'activités servant à renforcer les programmes des groupes VS et DES, comme la planification, l'élaboration, l'exécution, la coordination et l'intégration des programmes, la mise en commun d'information ou de connaissances et l'établissement de relations. Les répondants considèrent que la collaboration a eu une incidence forte ou modérée sur la réalisation des activités suivantes : planification et élaboration de politiques; projets conjoints ou recherche concertée; mise en commun de résultats de recherche ou d'étude par les employés de l'AC; instauration des programmes; planification du renforcement des capacités; formation offerte par les employés des bureaux régionaux.

Toutefois, les répondants pensent que la réduction des effectifs découlant du Plan d'action pour la réduction du déficit de 2012-2013 et du Budget 2010, ainsi que la restructuration des anciennes divisions de la prévention des maladies chroniques et des blessures et des enfants et des jeunes – qui ont été regroupées sous la division de la promotion de la santé et de la prévention des maladies (PSPM) – nuit à la capacité de collaboration au sein de la DGSPNI,

¹⁶ Aucun employé des bureaux régionaux ayant répondu au sondage n'a dit avoir travaillé fréquemment avec les régies régionales de la santé.

mais aussi entre la DGSPNI et d'autres organisations, en particulier pour le groupe DES. La réduction du nombre de communications et de directives en provenance de l'AC au sujet des programmes du groupe DES a eu plusieurs effets : impression d'un manque d'encadrement, de soutien et de leadership; nécessité d'établir davantage de priorités régionales; possibilité de non-uniformité des programmes entre les régions.

Selon les employés de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI et les OAN, même si la collaboration était fructueuse par le passé, elle a décliné pour les programmes des groupes VS et DES, particulièrement pour le groupe DES, non seulement à cause des restrictions budgétaires imposées à la DGSPNI, mais aussi à cause de la baisse du financement alloué à l'Assemblée des Premières Nations et à ITK au moyen d'accords de contribution. Les réunions et autres partenariats et initiatives entre les employés de l'AC de la DGSPNI et les OAN ont donc été moins fréquents, même si on a récemment essayé de resserrer les liens existants. Autre préoccupation exprimée par les OAN : si on ne les mobilise pas assez rapidement, elles n'ont pas assez de temps pour examiner et commenter les documents fournis par la DGSPNI.

Collaboration à l'échelle communautaire

Les directeurs des services de santé et les employés communautaires ayant participé aux visites sur le terrain organisées dans le cadre de l'évaluation estiment que la collaboration fait partie intégrante des programmes. Selon les employés des bureaux régionaux, les collectivités établissent des partenariats et collaborent – 55 % des répondants pensent que la totalité (10 %, n = 3) ou la plupart (45 %, n = 13) des collectivités ont formé des partenariats avec les intervenants au sein ou à l'extérieur de la collectivité pour les programmes des groupes VS et DES. Par ailleurs, selon 38 % (n = 11) des employés des bureaux régionaux, certaines collectivités ont formé de tels partenariats.

Selon certains employés communautaires, la collaboration était une nécessité ou l'équipe de leur centre de santé a travaillé dans un esprit de collaboration, en établissant des liens avec tous les programmes. En outre, pour la majorité (61 %) des employés communautaires ayant répondu au questionnaire présenté pendant les groupes de discussion, cette collaboration s'est intensifiée au cours des cinq dernières années, et 87 % sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'elle a permis de renforcer et d'améliorer leurs activités et leurs services liés aux groupes VS et DES.

Les employés communautaires ont donné de nombreux exemples de collaboration au sein de leur collectivité en lien avec les programmes des groupes VS et DES, mais aussi avec d'autres programmes et services. Une grande majorité des employés communautaires ayant répondu au questionnaire présenté pendant les groupes de discussion disent avoir travaillé avec des infirmières en santé communautaire ou à domicile (79 %), des écoles (77 %), des spécialistes de la santé mentale ou des toxicomanies (68 %), des diététistes (62 %) et des médecins (53 %). Par ailleurs, les aînés ont joué un rôle important dans les programmes des groupes VS et DES, car 62 % des employés disent avoir fait participer des aînés à leurs programmes.

Les employés des bureaux régionaux ont donné des exemples de la façon dont les collectivités ont travaillé avec d'autres organisations, comme les régies régionales de la santé ou les universités et les ONG. Ils sont peu nombreux à croire que ce type de collaboration s'intensifie. Selon quelques employés des bureaux régionaux, cette collaboration dépend des collectivités; certaines ont davantage de capacités de sensibilisation, et peuvent travailler avec leur régie régionale de la santé ou des chercheurs universitaires.

De nombreux répondants ont évoqué les avantages de la collaboration à l'échelle communautaire, par exemple, partager les coûts, mettre en commun les ressources, élargir la portée des programmes, échanger des idées et des connaissances, planifier les services pour les clients, gagner la confiance et le respect des clients, planifier des événements communautaires, établir des liens avec les services appropriés et prévenir le chevauchement des efforts. Par ailleurs, selon les répondants, la collaboration entre programmes s'appuie sur les connaissances des employés affectés aux programmes, mais aussi sur celles d'employés affectés à d'autres services, et de membres de la collectivité comme les aînés et les parents, qui ont permis d'améliorer et de renforcer les programmes.

Les employés communautaires ont collaboré avec des organisations et des groupes extérieurs à leur collectivité; il s'agissait le plus souvent des employés de la DGSPNI (60 %), des gouvernements et ministères provinciaux (52 %), des régies régionales de la santé (47 %) et d'organisations autochtones (50 %). La collaboration avec la DGSPNI comprenait divers types de soutien aux programmes, comme l'accès à des spécialistes, à des outils et à des ressources documentaires, la planification des travaux et l'accès à la formation. La collaboration avec d'autres organisations externes a facilité la prestation des services dans les collectivités, grâce à des visites de prestataires de services externes, à l'aiguillage des clients vers des services externes, à l'échange d'information sur les clients visant à faciliter la continuité des services, à l'échange d'information et de connaissances, et à la participation à des comités et groupes de travail.

Défis

Selon les employés communautaires, le principal défi lié à la collaboration est le temps nécessaire pour l'établir et l'entretenir – temps non consacré au service à la clientèle. Comme autres exemples de défis mentionnés, notons les conflits d'horaire, les partenaires potentiels qui ne sont pas aussi enclins à collaborer, et les clients qui se préoccupent de la confidentialité et ne veulent pas que leurs renseignements soient divulgués à un partenaire potentiel. Selon quelques directeurs des services de santé, il est difficile de former des partenariats avec les services provinciaux ou la régie régionale de la santé en vue d'offrir des services au sein de la collectivité.

Pourtant, la plupart des directeurs des services de santé et des employés communautaires semblent satisfaits de la participation de leur collectivité à la prise de décisions relatives à leurs programmes des groupes VS et DES. Selon eux, les collectivités disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour planifier leurs programmes et prendre des décisions fondées sur les besoins et les priorités de la collectivité. Certains employés communautaires disent avoir fait la majeure partie de la planification de leur programme, qui a ensuite été examiné et approuvé par le directeur des services de santé, ou précisent que la collectivité a planifié ses programmes de

façon collaborative, dans le cadre d'un processus officiel. Les planificateurs ont tenu compte de la planification à long terme de la collectivité, comme un plan quinquennal en matière de santé, et intégré certains commentaires de la collectivité.

Résultat immédiat n° 2 : Capacités accrues des collectivités (connaissances, compétences et habiletés) en vue de soutenir les programmes et les services de VS et de DES (AAP, RA 2).

Bien des gens pensent que le renforcement des capacités permet aux travailleurs communautaires d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à l'exécution des programmes. Les employés communautaires se disent très satisfaits du nombre d'occasions d'apprentissage. Toutefois, les régions et les collectivités ont observé des problèmes liés à la prestation de la formation et à la participation à celle-ci, et l'évaluation révèle que les possibilités de formation ne semblent pas uniformes d'une collectivité et d'un programme à l'autre.

Possibilités de renforcement des capacités des employés communautaires

Les employés communautaires pensent que la formation, l'éducation permanente et le perfectionnement professionnel comptent pour beaucoup dans le renforcement de leurs connaissances, de leurs compétences et de leurs habiletés en vue de l'exécution des programmes des groupes VS et DES. Selon les directeurs des services de santé, les possibilités d'apprentissage sont importantes pour les employés affectés à ces programmes. Ils pensent qu'elles permettent aux travailleurs communautaires d'acquérir toutes les compétences et les aptitudes nécessaires, de parfaire leur éducation, de conserver leur permis, d'actualiser leurs compétences et de combler les éventuelles lacunes en matière de connaissances nécessaires pour répondre aux besoins de la collectivité. Voici ce que sont, selon les employés de l'AC de la DGSPNI, les avantages de l'embauche de travailleurs issus de la collectivité : ces travailleurs possèdent des connaissances précises de la collectivité et des liens avec celle-ci; souvent, ils souhaitent demeurer dans leur collectivité d'origine. Cela favorise souvent le maintien en poste des employés. Les possibilités de formation et d'éducation sont donc importantes pour le renforcement des capacités au sein des programmes et des collectivités.

Les programmes des groupes VS et DES ont créé diverses possibilités d'apprentissage – conférences, séminaires ou ateliers, mais aussi programmes plus officiels de plus longue durée avec certificat ou diplôme à la clé –, révélés par l'examen de la documentation. Les travailleurs communautaires ont eu accès à d'autres types de formation et d'apprentissage avec l'aide de leur collectivité. Santé Canada a surtout apporté un soutien régional aux collectivités pour le renforcement des capacités, et de nombreux employés des bureaux régionaux ont expliqué comment leur région faciliterait l'accès à la formation postsecondaire des personnes affectées à l'IDA ou au PAPAR, ainsi qu'à d'autres types d'orientation ou d'éducation permanente, comme les activités de formation annuelles ou les événements adaptés à des enjeux ou besoins précis.

Participation aux possibilités de renforcement des capacités

Certains directeurs des services de santé ont parlé positivement des compétences et des habiletés de leurs employés, signalant que ces derniers s'efforçaient de parfaire leur éducation et qu'ils étaient nombreux à posséder une forme de certification ou un diplôme. Les employés

communautaires ayant rempli le questionnaire ont confirmé les observations des directeurs à propos des certifications et des diplômes – près de la moitié (47 %) disent avoir suivi des cours menant à l'obtention d'un certificat, d'un diplôme ou d'un grade. Par ailleurs, lors d'un récent sondage auprès des travailleurs communautaires affectés à l'IDA, mené dans le cadre de l'étude spéciale sur le renforcement des capacités de l'IDA, 69 % ont dit avoir suivi un programme d'études postsecondaires, principalement des programmes menant à un certificat en prévention du diabète ou des maladies chroniques dans les collectivités. (DGSPNI, 2014a, p. 13&14).

Compte tenu des nombreuses possibilités élaborées et offertes aux collectivités, la plupart des employés communautaires (89 %) disent avoir participé à au moins une activité d'apprentissage au cours des dernières années. En plus des 47 % ayant dit avoir suivi des cours menant à un certificat, un diplôme ou un grade, les employés communautaires ont surtout mentionné leur participation à une conférence (71 %); un cours, séminaire ou atelier de courte durée (70 %); une activité d'éducation continue visant à mettre à jour ou à conserver leurs compétences (53 %); un cours de plusieurs jours en vue de l'acquisition de nouvelles compétences (47 %). De plus, la plupart (72 %, n = 21) des employés des bureaux régionaux ont dit qu'au moins la moitié des travailleurs communautaires de leur région avaient participé à une activité de formation, d'éducation permanente ou de perfectionnement professionnel dans la dernière année.

En réponse au sondage auprès des employés de Santé Canada, 50 % (n = 8) des employés de l'AC et 62 % (n = 18) des employés des bureaux régionaux ont dit que les connaissances, compétences et habiletés des employés communautaires s'étaient grandement ou plutôt améliorées au cours des cinq dernières années environ, en raison des possibilités de renforcement des capacités offertes aux travailleurs communautaires, tandis qu'une forte proportion ont dit ne pas le savoir (44 % et 35 %, respectivement).

Les employés communautaires ont eu diverses occasions de participer à des exercices de renforcement des capacités. À titre d'exemple, ceux qui étaient affectés à l'IDA ont eu la possibilité de suivre des programmes de formation postsecondaire pour intervenants communautaires spécialisés dans la prévention du diabète, la plupart menant à l'obtention d'un certificat ou d'un diplôme. (Initiative sur le diabète chez les Autochtones, 2012). D'autres programmes ont établi des compétences de base ou des normes pour orienter la formation : le PSSMI, le Programme de lutte contre l'ETCAF, le PCNP-VPNI et l'ISBE (DGSPNI, 2005, 2009b, 2013c, p. 14-16; lignes directrices du Programme de services de santé maternelle et infantile, s.d., p. 21). La portée de la pratique des thérapeutes dentaires permet de définir les compétences qu'ils ont acquises grâce à leur formation à l'École nationale de dentothérapie. (DGSPNI, s.d.-c, p. 3-6).¹⁷ Les compétences du PCNP-VPNI, élaborées par le bureau national, ont servi à orienter les efforts régionaux en matière de formation, comme « PCNP-101 » (DGSPNI, s.d.-d; Santé Canada, 2008).

¹⁷ Santé Canada a cessé de financer l'École nationale de dentothérapie en juin 2011; mais il n'existe actuellement aucun établissement enseignant la dentothérapie.

Les employés affectés à l'IDA (et, dans certains cas, au PAPAN) ont pu accéder à une formation postsecondaire par le passé, par exemple, en dentothérapie. Les régions collaborated with post-secondary institutions to offer ADI workers opportunities for training towards a certificate or diploma. La formation sur l'éducation de la petite enfance est jugée avantageuse pour le PAPAN, et les travailleurs ont souvent obtenu de l'aide du groupe DES pour y accéder. Les thérapeutes dentaires ont suivi un programme de deux ans de l'École de dentothérapie, rebaptisée École nationale de dentothérapie en 1995, qui était financé par Santé Canada, mais ne l'est plus depuis juin 2011.(DGSPNI, s.d.-c, p. 1–2).

Incidence du renforcement des capacités à l'échelle communautaire

Les données sur l'incidence du renforcement des capacités proviennent principalement d'études ou d'évaluations d'initiatives ou de programmes précis, parfois dans une zone géographique particulière; les résultats indiquent généralement que le renforcement des capacités a aiguisé les connaissances et les compétences des travailleurs communautaires. À titre d'exemple, l'étude spéciale sur le renforcement des capacités de l'IDA a révélé que les travailleurs affectés à l'IDA qui possèdent une formation postsecondaire étaient plus enclins à collaborer avec des professionnels de la santé comme les médecins, infirmières et diététistes/nutritionnistes, ainsi qu'avec des employés des programmes du groupe DES, comme le PCNP-VPNI, le PSSMI, l'ISBE et le PAPAN. (DGSPNI, 2014a, p. 37).

Tous les employés des bureaux régionaux sont d'accord (45 %, n = 13) ou tout à fait d'accord (55 %, n = 16) pour dire que les possibilités de renforcement des capacités ont permis aux employés communautaires d'acquérir les compétences et les connaissances nécessaires à l'administration de leurs programmes des groupes VS et DES. Par ailleurs, tous les répondants sont d'accord (55 %, n = 16) ou tout à fait d'accord (45 %, n = 13) pour dire qu'une certification postsecondaire pertinente a permis aux employés communautaires d'acquérir un niveau élevé de compétences et de connaissances relatives aux programmes des groupes VS et DES.

Selon les directeurs des services de santé, les employés ayant saisi les occasions de formation ou de certification ont acquis de nouvelles connaissances et compétences, qu'ils ont pu partager avec d'autres employés, renforçant ainsi les capacités de leurs collègues et de leur collectivité. Les directeurs précisent que ces nouvelles connaissances et compétences se sont traduites par des programmes et services de bonne qualité visant à répondre aux besoins de leur collectivité. Les employés communautaires vantent la valeur de leurs activités éducatives; la quasi-totalité (87 %) sont d'accord (47 %) ou tout à fait d'accord (40 %) pour dire que les activités d'apprentissage auxquelles ils ont participé au cours des dernières années leur ont fourni des renseignements utiles à leur métier. Certains d'entre eux signalent que l'apprentissage a été particulièrement utile aux nouveaux employés commençant à travailler dans un domaine pour lequel ils n'avaient aucune expérience.

Selon certains employés et quelques directeurs, les possibilités d'apprentissage ont permis aux travailleurs de recycler et de mettre à jour leurs connaissances, et incité certains employés à apprendre davantage. En outre, le fait de se réunir avec d'autres travailleurs leur a permis d'apprendre, d'échanger de nouvelles idées, de faire du réseautage et de créer des liens. Ces idées et les connaissances nouvellement acquises sont ensuite transmises à la collectivité et

permettent d'améliorer les services offerts aux clients. Certains employés des bureaux régionaux de la DGSPNI ont parlé de l'incidence des activités de renforcement des capacités, notant que la formation offerte aux travailleurs communautaires leur a permis d'être plus confiants et plus à l'aise dans leur domaine d'activité, ce qui favorise le maintien en poste.

Obstacles à la participation aux activités de renforcement des capacités

Malgré les efforts visant à créer et à offrir de nombreuses possibilités d'apprentissage, la participation assidue se bute à certains obstacles. À titre d'exemple, les déplacements nécessaires à la participation à la formation créent un problème. Quelques employés communautaires disent avoir participé à des téléconférences ou à des webinaires, car ils ne pouvaient pas quitter la collectivité ou cela leur permettait de rester sur place. Les répondants pensent qu'il est moins coûteux d'accéder à la formation au sein de la collectivité (en invitant les formateurs ou en recourant davantage à la télémédecine et à d'autres outils de formation électroniques) que d'envoyer les employés suivre une formation à l'extérieur. Quelques directeurs des services de santé ont dit faire des efforts en ce sens en raison d'une réduction des fonds alloués à la formation.

Les employés communautaires ont accédé aux possibilités d'apprentissage de diverses façons; 78 % disent avoir voyagé hors de leur collectivité pour participer à une formation. La formation au sein des collectivités est néanmoins importante : 53 % des employés communautaires disent qu'un formateur est venu dans leur collectivité et environ un tiers disent avoir participé à une téléconférence (36 %) ou à une vidéoconférence (33 %), ou avoir reçu la formation d'un membre de leur collectivité (31 %). On a recouru moins souvent aux webinaires et aux cours d'autoformation en ligne – évoqués respectivement par 28 % et 18 % des employés communautaires.

Obstacles au renforcement des capacités à l'échelle communautaire

Tous les groupes d'intervenants, ainsi que quelques directeurs des services de santé et employés communautaires, jugent que le maintien en poste des employés constitue un défi pour le renforcement des capacités des collectivités. Selon certains employés communautaires, les salaires sont généralement bas, et les employés ayant une formation ou des compétences particulières risquent de partir s'ils peuvent obtenir un salaire plus élevé ailleurs. Dans le même esprit, quelques directeurs mentionnent que les travailleurs pourraient s'en aller si on leur offre un salaire plus élevé ailleurs ou s'ils ne veulent pas travailler et vivre dans une collectivité rurale.

En outre, d'après quelques employés communautaires, l'insécurité créée par des postes qui ne sont pas financés de façon permanente ou ne sont pas financés toute l'année crée aussi des problèmes de maintien en poste du personnel. C'est ce qu'ont mentionné de nombreux employés de l'AC et des bureaux régionaux, et la plupart des représentants des organisations autochtones et des gouvernements territoriaux. Pour de nombreux employés de la DGSPNI, le renforcement des capacités permet aux employés communautaires d'être plus confiants et plus à l'aise dans leur domaine d'activité, ce qui favorise le maintien en poste.

Le roulement du personnel a des répercussions financières sur les collectivités et Santé Canada, en raison des besoins de formation constants; selon quelques employés des bureaux régionaux, il faut offrir régulièrement des activités de formation aux nouveaux employés.

Résultat immédiat n° 3 : Meilleure capacité de recueillir, d'assurer le suivi et de fournir de l'information aux fins de l'élaboration et de l'instauration de politiques ou de programmes.

La DGSPNI a adopté certaines approches pour accroître sa capacité de recueillir, surveiller et fournir des renseignements à l'appui de la mesure du rendement.

Données et information disponibles

On dispose de diverses données et informations à l'appui des programmes des groupes VS et DES; certaines de ces données sont recueillies directement dans le cadre des programmes ou du financement de ceux-ci, tandis que d'autres proviennent de sources externes, comme le MRC, le Modèle de rapport sur les résultats obtenus en santé dans le Nord (MRRSN) et l'Enquête régionale sur la santé. On a recueilli d'autres données à l'aide du modèle de rapport du volet NNC, de la base de données nationale des soins dentaires (qui porte sur la dentothérapie) et des statistiques régionales de l'ISBE. Tous les outils permettent de recueillir de l'information sur les activités liées aux projets et aux programmes, et quelques données qualitatives sur les résultats immédiats.

Les autres sources de données sont diverses études spéciales, des rapports et des évaluations. À titre d'exemple, les évaluations menées grâce au fonds régional des projets de renouvellement et au fonds régional d'évaluation et d'innovation ont révélé des interventions et des projets prometteurs liés au diabète et à la promotion de la santé. On a eu accès à des évaluations de plus grande ampleur commandées par la DGSPNI (p. ex. du PSSMI et de l'ISBE), ainsi qu'aux précédentes évaluations des groupes Prévention des maladies chroniques et des blessures et Enfants et jeunes. Les études spéciales (IDA, programme de mentorat en matière de prévention de l'ETCAF et PAPAN) ont révélé les succès et les défis associés aux programmes, surtout en ce qui concerne le renforcement des capacités des travailleurs de la santé, l'acquisition de nouvelles connaissances par les collectivités à propos des groupes VS et DES, et l'adoption de comportements plus sains. Par ailleurs, les synopsis des programmes et une série de succès avérés ont mis en lumière les méthodes et les réalisations de certains programmes et de nombreuses initiatives communautaires.

Peu de régions (en fait, l'Alberta et la région de l'Atlantique) ont mis en place leur propre système de collecte et de présentation des données. Le rapport le plus récent de la région de l'Atlantique, intitulé *Health Status of First Nations On-Reserve in Atlantic Canada 2012*, traite de divers domaines pertinents pour les programmes des groupes VS et DES, incluant les populations, le PAPAN, les maladies chroniques, le PSSMI, l'activité physique, l'ISBE et la dentothérapie, ainsi que des facteurs connexes comme l'environnement physique, l'éducation, la santé mentale et émotionnelle, et la santé spirituelle. (DGSPNI Atlantic Region, 2013). Le document de l'Alberta intitulé *First Nations Health Status Report, Alberta Region 2011-12* présentait des éléments similaires, incluant des données démographiques et des renseignements sur la santé maternelle et infantile, le cancer et la protection de la santé.

Même si le MRC a été mis en place en 2008-2009, puis a subi plusieurs changements, bon nombre des employés de l'AC et des bureaux régionaux pensent qu'il peut poser des problèmes comme source de données. D'après un grand nombre d'employés des bureaux régionaux et d'employés communautaires, les collectivités ont fourni leurs rapports inspirés du MRC comme l'exigeait leur accord de financement. Par ailleurs, à la lumière des documents reçus, il semble que les collectivités et les territoires aient fourni les données requises pour le rapport lié au MRRSN et les rapports du volet NNC. La préoccupation récurrente des répondants tient au fait que le MRC permet surtout de recueillir des renseignements sur les extraits, mais peu d'information sur les résultats au chapitre de la santé ou des comportements, en particulier pour les programmes du groupe VS. D'autres jugent problématique le fait que le MRC ne constitue pas une base d'évaluation des progrès réalisés; que l'information n'est pas toujours bien consignée à l'échelle communautaire, ce qui nuit à la fiabilité des données; que les régions manquent de ressources pour analyser les données.¹⁸

Selon les membres des collectivités, il importe de recueillir des données associées au MRC en vue de s'acquitter de leurs engagements financiers, et quelques directeurs des services de santé disent que l'information ne permettait pas de broser un portrait rapide de la collectivité. Les représentants des gouvernements territoriaux disent avoir travaillé avec la région du Nord de la DGSPNI à l'amélioration de l'outil MRRSN, pour offrir une information vraiment utile à la DGSPNI, aux territoires et aux collectivités, notamment une information plus pertinente sur les résultats.

La base de données nationale des soins dentaires a recueilli des données sur les services offerts quotidiennement par les collectivités, qui ont été soumises aux bureaux régionaux. Toutefois, selon les intervenants clés, ces données ont été peu analysées et peu présentées aux régions. Les données étaient analysées uniquement sur demande.

Les employés de l'AC et des bureaux régionaux ont donné d'autres exemples de sources de données liées à la DGSPNI : études spéciales susceptibles de fournir de précieux renseignements sur certains programmes et sujets; études appuyées par la DGSPNI; projets de recherche auxquels la DGSPNI a participé avec d'autres partenaires; examens de la documentation existante; études ciblées de certains projets. Les intervenants clés ont soulevé d'autres précieuses sources d'information : enquête régionale longitudinale sur la santé menée par le CGIPN; études et enquêtes menées notamment par le Centre de collaboration national de la santé autochtone; enquête sur la santé buccodentaire des enfants inuits du Nunavut; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

¹⁸ Les demandes de renseignements supplémentaires pour l'évaluation, fondées sur la détermination des lacunes en matière d'information, n'ont pas été honorées faute d'expertise (RH).

Il importe de noter que les collectivités indiquent avoir recueilli et utilisé l'information afin de produire leurs propres rapports internes. La plupart des données sur les clients qu'ont regroupées les collectivités semblent surtout porter sur le nombre de clients servis ou de services offerts, qu'on a utilisé pour tracer des tendances ou soumettre des rapports aux dirigeants communautaires. Certains employés communautaires ont fait des sondages auprès de clients ou de collectivités afin de savoir de quelle information ou de quels services la collectivité avait besoin.

Collecte de données à l'appui de l'élaboration et de la mise en œuvre de politiques ou de programmes

Au cours du sondage, on a demandé aux employés de l'AC et des bureaux régionaux de dire dans quelle mesure ils avaient accès à suffisamment de données probantes pour étayer les politiques et les programmes. Dans presque tous les cas, si ce n'est pour l'évaluation des besoins globaux en formation et en perfectionnement professionnel, les employés de l'AC étaient plus positifs à ce sujet – la quasi-totalité ont dit avoir accès à une quantité suffisante de données.

Les résultats des entrevues avec les intervenants clés révèlent la nécessité de rendre compte systématiquement des programmes à l'aide de données probantes et d'évaluer à la fois les besoins en formation et en perfectionnement professionnel, et l'incidence des activités de renforcement des capacités. Le manque de capacité à l'échelle régionale pour la collecte, l'organisation et l'analyse des données, signalé par certains employés des bureaux régionaux, pourrait être un facteur déterminant.

Certains employés communautaires ayant effectué une évaluation au terme d'un programme ou d'un atelier ont déterminé dans quelle mesure l'information était utile aux participants et pour connaître d'éventuels nouveaux besoins. Les employés ont utilisé cette information pour évaluer les programmes existants et en planifier d'autres. Ils disent qu'au moment d'élaborer leur plan de travail annuel, ils ont pris en considération non seulement les plans communautaires à plus long terme (p. ex. un plan relatif à la santé), mais aussi les résultats des sondages et des évaluations.

Collecte de données aux fins des rapports sur le rendement

Outre les outils de collecte de données précités, l'évaluation a trouvé très peu de données quantitatives permettant d'évaluer les résultats des programmes des groupes VS et DES, en particulier les résultats immédiats comme la portée, la participation et l'accès aux programmes. Il y a deux exceptions : dans le cadre de l'IDA, on a fait le suivi du nombre de travailleurs communautaires ayant participé annuellement à une formation postsecondaire ou à d'autres types de formation; dans le cadre du volet NNC, on a demandé aux travailleurs à quel type d'activité de renforcement des capacités ils avaient participé. En outre, il existait peu de données sur les tendances en matière de résultats.

Même si on disposait de quatre années de rapports pour les Territoires du Nord-Ouest (d'une pour les collectivités du Nunavut et de trois pour celles du Yukon), il a été difficile de faire des comparaisons entre les années, car les formats de présentation ont changé et toute l'information quantifiable portait sur le nombre d'activités et de participants. La majeure partie de l'information fournie était de nature descriptive; toutefois, elle s'est avérée très précieuse à cause de son niveau de détail et parce qu'elle créait un contexte.

On n'a obtenu ni analyse ni rapport régulier sur les données concernant les soins dentaires dans le cadre de l'évaluation. La base de données sur les soins dentaires de l'ISBE n'a généré que des rapports sur les extrants, et le rapport régional indique que la production de rapports sur les résultats prend trop de temps et que les ressources disponibles n'y ont pas été affectées. (DGSPNI, 2014b, p. 6). Il semble qu'il existe un énorme volume d'information non consultée dans la base de données sur les soins dentaires, compte tenu du nombre d'années d'existence de ces données et du nombre de collectivités fournissant des données.

Problèmes liés à la collecte de données et aux rapports sur le rendement

Certains employés de l'AC et des bureaux régionaux ont signalé un problème majeur touchant la collecte et l'utilisation des données : il faut définir des indicateurs appropriés et recueillir des données mesurables pour faire le suivi des progrès réalisés vers l'obtention de résultats. Cela s'applique particulièrement à la collecte de données quantitatives pour mesurer des résultats à court terme comme une portée et une participation accrues, et un meilleur accès aux programmes. Par ailleurs, les employés de la DGSPNI ont évoqué l'absence de données de base permettant de mesurer le changement. Certains d'entre eux précisent qu'il n'existe ni définition claire de l'information requise ni méthode claire de collecte des données.

Certains employés des bureaux régionaux font état d'un manque de capacités à l'échelle régionale pour la collecte, l'organisation et l'analyse des données, et d'un manque de ressources régionales pour l'analyse des données du MRC. Quelques employés de la DGSPNI ont soulevé le manque d'intégration aux données provinciales sur les soins de santé, ainsi que les problèmes de confidentialité et la difficulté à conclure des ententes de mise en commun des données. Le rapport de Santé Canada de 2013 sur la planification de l'évaluation des groupes VS et DES reconnaît que, parce que les régions jouent un rôle de plus en plus important dans la gestion des données, notamment pour les évaluations, les bureaux régionaux auront besoin d'une expertise et d'une capacité accrues pour aider les collectivités à gérer les données et l'information. (DGSPNI, 2013j, p. 41–42). On a également constaté que la capacité constituait un problème pour les collectivités.

Les problèmes liés à la collecte de données sur le rendement révèlent que les groupes VS et DES pourraient bénéficier d'une révision du modèle logique. Celui-ci définit un grand nombre de résultats; il est donc difficile de recueillir des données fiables, surtout dans le contexte des restrictions budgétaires imposées ces dernières années à la DGSPNI. Le modèle logique ne définissait pas clairement la participation des membres de la collectivité aux programmes comme un résultat escompté; pourtant, la participation constituait une étape importante entre l'accès et l'acquisition de connaissances, d'une part, et l'adoption de comportements sains, d'autre part. En outre, on n'a proposé ni paramètres ni définitions pour les résultats intermédiaires que sont l'amélioration de la coordination et de l'intégration des programmes, et l'accroissement de l'accès à ceux-ci et de leur qualité.

Résultat immédiat n° 4 : Utilisation accrue des outils et des données probantes (p. ex. pratiques prometteuses) en vue d'éclairer l'exécution et l'amélioration des politiques et des programmes.

Divers outils d'orientation permettent aux employés communautaires d'élaborer, d'instaurer et d'offrir les programmes des groupes VS et DES. L'AC de la DGSPNI a utilisé les renseignements à sa disposition pour appuyer l'élaboration ou l'amélioration des politiques et des programmes, tandis que les bureaux régionaux ont mis l'accent sur l'utilisation des renseignements existants pour aider les collectivités à offrir les programmes. En optimisant l'utilisation de données probantes, on améliorera encore plus les programmes.

Utilisation d'outils d'orientation de programme pour l'exécution et l'amélioration des programmes

Les employés communautaires disent utiliser une vaste gamme d'outils dans le cadre des programmes; ils sont nombreux à utiliser le document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* (76 %) et une forte proportion dit respecter les lignes directrices sur l'activité physique (40 %). Les employés communautaires disent utiliser des documents d'orientation propres aux programmes, par exemple, ceux qui sont liés à l'IDA, au PAPAR, au PSSMI, au PCNP-VPNI, au volet NNC et à l'ISBE. Quelques employés communautaires affirment n'avoir utilisé aucun des documents qu'on leur a mentionnés. Les employés communautaires signalent avoir utilisé les documents que leur a fournis Santé Canada, mais avoir aussi cherché eux-mêmes des documents dans le site Web de diverses organisations, dont des ministères provinciaux ou des organisations spécialistes du diabète, ou dans les sites consacrés à l'abus de substances et à la toxicomanie, à la santé mentale et à la nutrition. Les collectivités inuites ont eu accès à des documents par l'intermédiaire d'ITK, afin d'obtenir des ressources culturellement pertinentes.

Les répondants jugent problématique l'absence de documents culturellement pertinents ou disponibles dans les langues autochtones; quelques employés communautaires disent avoir adapté le document à leur collectivité et dans leur langue. As a specific example, an evaluation of the ADI programs and activities in Nunavut found that there was a lack of health promotional materials (DGSPNI, 2012e, p. 83) in community-specific languages. D'après quelques employés des bureaux régionaux et représentants des gouvernements, les collectivités ont constaté que certains cadres, documents de référence ou outils étaient difficiles à utiliser ou n'étaient pas

rédigés de façon culturellement appropriée, et elles avaient donc tendance à ne pas les utiliser. La plupart des représentants des gouvernements territoriaux disent avoir adapté certains des documents fédéraux ou produit leurs propres documents afin qu'ils reflètent mieux la réalité du Nord.

Dans le cadre du sondage auprès des employés de l'AC et des bureaux régionaux, environ les deux tiers des employés des bureaux régionaux ont dit que les collectivités utilisent largement ou modérément les outils d'orientation de programme existants pour élaborer (69 %, n = 20), exécuter (62 %, n = 18) et offrir (62 %, n = 18) leurs programmes et activités des groupes VS et DES. Par ailleurs, un peu plus de la moitié des répondants (55 %, n = 16) signalent que les collectivités utilisent largement ou modérément ces outils d'orientation pour planifier leurs programmes des groupes VS et DES. Il semble que l'utilisation des documents d'orientation ait chuté aux fins d'évaluation des programmes, car selon près de la moitié des répondants, les collectivités n'ont utilisé ces outils que rarement, voire pas du tout, pour la collecte de données sur leurs programmes (48 %, n = 14) et pour évaluer le succès de ces programmes (62 %, n = 18).

Utilisation de données probantes pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre des politiques et des programmes

Les employés de Santé Canada ont utilisé l'information à leur disposition pour éclairer l'élaboration ou l'amélioration des politiques et des programmes. Selon les employés de l'AC, l'information reçue des régions et des collectivités a permis de savoir dans quelle mesure les programmes fonctionnent bien et indiqué dans quels domaines on avait besoin de soutien supplémentaire ou d'adapter les cadres ou les lignes directrices des programmes. Voici plusieurs exemples précis : l'information issue de la base de données sur les soins dentaires a éclairé le processus d'élaboration du plan d'action sur la santé buccodentaire; des études spéciales sur l'activité physique ont mis en lumière des domaines fructueux et d'autres qui nécessitent des améliorations; une étude spéciale sur l'ETCAF a conduit à un renforcement de la surveillance clinique des travailleurs spécialistes de l'ETCAF, et à l'élaboration de directives nationales de base pour les mentors. De plus, les évaluations ministérielles, l'examen des programmes et d'autres données et informations sur les programmes ont facilité l'élaboration de politiques liées aux programmes, ainsi que le processus de renouvellement des programmes.

Les employés des bureaux régionaux disent soit avoir participé au transfert d'information de leur région à l'AC, à l'appui de l'élaboration et de l'amélioration des politiques et des programmes, soit avoir utilisé l'information disponible pour aider les collectivités à administrer leurs programmes. Ce dernier processus pourrait comprendre la fourniture aux collectivités d'information qui les aidera à établir des objectifs, à démontrer l'incidence des programmes, à évaluer les points forts des programmes et les améliorations possibles, et à faciliter la planification. Les données et l'information disponibles ont aidé les employés des bureaux régionaux à présenter des rapports et de l'information à leurs partenaires inuits et des Premières Nations à propos des programmes, et de justifier les mesures qu'ils planifiaient.

Résultat immédiat n° 5 : Accès continu à des programmes et services des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé (AAP 3.1.1, RA 1).

Au sein des collectivités visitées pour l'évaluation, les gens conviennent de l'accessibilité des programmes et des services. Les employés communautaires ont pris des mesures pour faciliter l'accessibilité. Par contre, dans d'autres collectivités non visées par les visites, les gens ont mentionné que l'accès était problématique, et certains ont constaté des inégalités dans l'accessibilité des programmes et du financement. Ces collectivités ont connu des problèmes, par exemple, priorités contradictoires en matière de santé; embauche du nombre suffisant d'employés affectés aux programmes et à la gestion; disponibilité des locaux; manque d'autres ressources. L'absence de moyens de transport et de garderies réunit deux des principaux obstacles au recours aux programmes et services offerts.

L'accès aux programmes et services des groupes VS et DES à l'échelle communautaire dépendait de la mesure selon laquelle les collectivités pouvaient offrir ces programmes à l'interne et, pour celles qui le pouvaient, du degré d'accessibilité des services.

Degré de disponibilité des programmes dans les collectivités

Le Tableau 2 ci-après indique le nombre et la proportion de collectivités ayant offert chacun des programmes des groupes VS et DES, par région, à compter de 2012-2013. L'IDA et le PCNP-VPNI n'y figurent pas, car leur financement a été consenti à la quasi-totalité des collectivités. On a observé d'importants écarts, d'une région à l'autre, dans l'offre de certains programmes aux collectivités. À titre d'exemple, on a offert le PAPAN dans presque toutes les collectivités, dans chaque région, sauf au Manitoba et au Québec, où il a été proposé respectivement à 68 % et 69 % des collectivités. Le Programme de lutte contre l'ETCAF a été offert dans seulement 17 % des collectivités de l'Alberta, 32 % des collectivités de la région de l'Atlantique et 60 % des collectivités du Manitoba, mais dans la plupart des collectivités des autres régions. Le PSSMI a été offert dans la plupart des collectivités de l'Ontario et de la Saskatchewan, et dans 49 à 69 % des collectivités des autres régions.

On a observé d'importants écarts entre les régions quant au nombre de collectivités offrant les services de l'ISBE et des collectivités ayant reçu les services d'un thérapeute dentaire. Grâce aux entrevues auprès des intervenants clés, on a déterminé que ces écarts entre régions reflétaient les différents besoins en matière de santé des collectivités, et les différentes méthodes d'allocation des fonds utilisées par les régions. En raison des arrangements régionaux relatifs au financement pris avec les provinces et les territoires, seules certaines collectivités éloignées et isolées de la région du Nord étaient admissibles aux Initiatives d'éducation en matière de nutrition (volet NNC) – 77 collectivités se sont vu offrir un financement en 2012-2013.¹⁹

¹⁹ Ces chiffres relatifs au volet NNC ne cadrent pas avec ceux du tableau 2 en raison de l'absence de données vérifiables provenant des territoires, et parce qu'elles n'incluent pas non plus la région du Nord.

Tableau 2 : Nombre et proportion de collectivités offrant les programmes, par région, 2012-2013ⁱ

Région ⁱ	Nombre total de collectivités par région	Programmes du groupe DES ^{ii**}				Programmes du groupe VS ⁱⁱ	
		PAPAR	ETCAF	SSMI	ISBE	NNC	Thérapeutes dentaires ⁱⁱⁱ
Nombre de collectivités offrant les programmes							
Alberta	48	42	7	30	47	Non offert	38
Atlantique	38	32	29	31	32	6	26
Manitoba	63	43	17	14	27	11	32
Ontario	138	125	127	129	70	8	Non offert ⁱⁱⁱ
Québec	54	37	54	37	19	16	Non offert ⁱⁱⁱ
Saskatchewan	84	77	72	68	40	Non offert	61
Total	425	356	307	309	235	41	157
Région ⁱ	Nombre total de collectivités	Pourcentage du nombre total de collectivités offrant des programmes, par région					
Alberta	48	88%	15%	63%	98%	Non offert	79%
Atlantique	38	84%	76%	82%	84%	16%	68%
Manitoba	63	68%	27%	22%	43%	17%	51%
Ontario	138	91%	92%	93%	51%	6%	Non offert
Québec	54	69%	100%	69%	35%	30%	Non offert
Saskatchewan	84	92%	86%	81%	48%	Non offert	73%
Total	425	84%	72%	73%	55%	10%	37%

ⁱ Le PAPAR peut être offert dans un centre, à domicile, dans le cadre de programmes de sensibilisation ou d'une combinaison de ces approches.
ⁱⁱ Les chiffres concernant les thérapeutes dentaires correspondent au nombre de collectivités recevant les services d'un thérapeute dentaire. Ces services pourraient être seulement liés à la dentothérapie, à la dentothérapie et à l'ISBE, ou seulement à l'ISBE.
ⁱⁱⁱ Les thérapeutes dentaires dispensent des services de santé buccodentaire dans toutes les régions, sauf en Ontario et au Québec, où les hygiénistes dentaires se chargent des services liés à l'ISBE.
 Remarque sur le volet NNC : Le reste des collectivités admissibles aux Initiatives d'éducation en matière de nutrition (volet NNC) se trouvent dans les territoires.
 La région du Nord n'est pas représentée, car les gouvernements territoriaux sont financés directement, à l'exception du Yukon (voir la section 2.2.3). Les programmes des groupes VS et DES ne sont pas tous offerts dans le Nord (p. ex. l'ASPC gère le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN). La Colombie-Britannique n'est pas représentée, car les programmes sont gérés par la BC First Nations Health Authority, et non par Santé Canada.
 Remarque : L'IDA et le PCNP-VPNI sont des programmes universels dont le financement est offert à la quasi-totalité des collectivités; ils ne sont donc pas inclus dans les chiffres ci-dessus.
 Sources: (DGSPNI, 2010b, 2013d, 2013i)

Accès au financement pour la mise en œuvre des programmes

Certaines disparités sont observées, malgré le fait que les programmes se fondent sur les besoins définis par les collectivités. Même si toutes les collectivités avaient accès aux divers programmes des groupes VS et DES, les répondants reconnaissent qu'en répartissant des fonds limités entre toutes les collectivités, un grand nombre sont restées avec une quantité de ressources insuffisante pour gérer un nombre croissant de programmes. À titre d'exemple, certains intervenants clés s'inquiétaient à propos de ce qu'ils voient comme une inégalité dans l'offre des programmes à certaines collectivités, mais pas à d'autres, ainsi que dans la façon dont on a choisi les collectivités pour l'attribution des fonds. Selon quelques employés des bureaux régionaux, là où on a utilisé un financement fondé sur les propositions, les collectivités qui ont reçu des fonds ont

été celles qui avaient la capacité de préparer des propositions et démontraient leur aptitude à exécuter les programmes. Ainsi, les collectivités (en particulier les plus petites) associées aux mêmes facteurs de risque et susceptibles de bénéficier des programmes peuvent ne pas avoir reçu d'aide financière pour certains programmes. Les collectivités éprouvaient d'autres difficultés quant à l'accès au financement des programmes. Par le passé, par exemple, on leur demandait de soumettre une proposition pour chacun de leurs programmes, et certaines n'avaient pas accès au financement en raison de leur incapacité de rédiger des propositions. Remettant en question la nécessité de répondre aux besoins de chaque collectivité, quelques représentants d'organisations autochtones se sont dits inquiets du fait que les collectivités ne pouvaient pas toutes offrir chacun des programmes pour les mêmes raisons. Les collectivités sont déçues de la difficulté à accéder au PSSMI, au Programme de lutte contre l'ETCAF et à l'ISBE, et trouvent pénible d'apprendre qu'un programme est offert dans une collectivité voisine, mais pas dans la leur. C'est aussi ce qu'ont révélé les visites sur le terrain; quelques employés communautaires se sont dits préoccupés par le manque d'accès à certains programmes. Ce problème est plus répandu dans les petites collectivités visitées. À titre d'exemple, les membres d'une collectivité incapable d'offrir l'ISBE ou les services de dentothérapie ont mentionné le nombre de jeunes enfants ayant de graves problèmes de santé buccodentaire. Quelques employés communautaires ont souligné l'absence du Programme de lutte contre l'ETCAF dans leur collectivité, et indiqué que, compte tenu des problèmes liés à l'ETCAF, toutes les collectivités inuites et des Premières Nations devraient y avoir accès.

Accessibilité des programmes et des services offerts

Selon les directeurs des services de santé, les programmes des groupes VS et DES sont assez accessibles, et leurs employés essaient de les rendre le plus souples possible. À titre d'exemple, les employés sensibilisent directement les membres de la collectivité et leur rendent visite à domicile dans le cadre de certains programmes; en général, tout membre de la collectivité peut y participer. Les employés communautaires disent avoir essayé de rendre les programmes accessibles aux membres de la collectivité et, selon certains, les programmes sont particulièrement accessibles lorsque la plupart ou un grand nombre des services sont offerts au centre de santé.

Pour démontrer comment l'accès aux programmes pourrait être amélioré, Santé Canada a analysé les données du MRC de 2011-2012, et déterminé que les collectivités recevant un financement pour le PSSMI avaient pu rendre les activités de dépistage et d'allaitement plus accessibles. (DGSPNI, s.d.-a). À titre d'exemple, une plus forte proportion de collectivités offrant le PSSMI proposaient chacune des activités suivantes pour la promotion de l'allaitement et l'éducation et le soutien connexes, par rapport aux collectivités n'offrant pas le PSSMI : ateliers d'éducation (83 % contre 63 %); aide individuelle à l'allaitement (96 % contre 73 %); soutien de groupe pour l'allaitement (48 % contre 36 %); programme de soutien par les pairs (54 % contre 36 %). Une proportion relativement plus élevée de collectivités offrant le PSSMI proposaient un counselling et une éducation en nutrition pré- et postnatale, incluant du counselling ou de l'éducation individuelle (90 % contre 84 %) et du counselling ou de l'éducation en groupe (87 % contre 74 %). En outre, 77 % des collectivités offrant le PSSMI proposaient un dépistage et une évaluation des problèmes dentaires, de vision ou d'audition, contre 57 % des collectivités n'offrant pas le PSSMI.

Selon les rapports fondés sur le MRC, les collectivités ont donné à leurs membres accès à diverses activités des groupes VS et DES. Dans la plupart des collectivités, on dit avoir offert les activités suivantes (entre autres) : séances ou ateliers d'information sur le diabète (94 %), counselling individuel en matière de nutrition (86 %), dépistage nutritionnel ou alimentaire (74 %), distribution de bons d'alimentation (73 %), séances ou cours de cuisine (84 %), cuisines communautaires pour les mères ou cours de cuisine communautaires (71 %), aide individuelle à l'allaitement (79 %), ateliers d'éducation sur l'allaitement (68 %), sensibilisation à l'activité physique (92 %), activités sportives et récréatives (77 %) et sensibilisation à une saine alimentation (89 %). (DGSPNI, 2013a, p. 9–11, 26–29). De plus, 51 % des collectivités disent avoir fait un dépistage diagnostique du diabète, et 79 %, un dépistage non diagnostique du diabète à des fins de sensibilisation ou de prévention; 83 % aiguillent les membres vers des professionnels de la santé ou des services de santé; 79 % offrent des séances d'autogestion du diabète; 77 % créent des groupes de soutien axés sur le diabète ou la vie saine. (DGSPNI, 2013a, p. 31–33).

Problèmes d'accessibilité

Les collectivités associent principalement les problèmes d'accessibilité à des problèmes de ressources. À titre d'exemple, les directeurs des services de santé et les employés communautaires indiquent que les restrictions imposées aux ressources ont nui à leur capacité d'embaucher suffisamment d'employés et d'offrir certains services. Quelques directeurs mentionnent qu'ils ont pu engager seulement un employé pour un programme donné, par exemple, l'ISBE ou le PCPN-VPNI, et que la collectivité est trop grande pour que cette personne serve l'ensemble de la population cible. Les employés communautaires ont fourni divers exemples : une personne affectée à l'ISBE a eu des problèmes lorsqu'elle a essayé d'offrir ses services à tous les enfants admissibles d'une importante collectivité; des personnes affectées à l'ISBE n'ont pas eu d'emploi pendant l'été; les thérapeutes dentaires n'ont pas pu faire toutes les visites à domicile. Certains directeurs et employés communautaires disent que leur collectivité a besoin d'un diététiste ou d'un nutritionniste qui aidera les clients à autogérer leur diabète et fera de la prévention des maladies et la promotion de la santé.

Selon certains directeurs et employés communautaires, les problèmes d'accessibilité sont liés à la quantité de locaux, d'équipement et de fournitures affectés aux programmes. Les membres de la collectivité font observer que leur centre de santé n'est pas assez grand pour accueillir tout le monde ou, dans certains cas, pour offrir les programmes des groupes VS et DES, ce qui oblige la collectivité à administrer les programmes et services à divers endroits, notamment les salles communautaires ou les gymnases. Par ailleurs, le vieillissement des centres de santé pose des problèmes d'infrastructure.

En outre, d'après un grand nombre des employés et membres de la collectivité interviewés, les locaux alloués aux programmes sont souvent inadéquats et petits; il faut donc limiter le nombre de participants. De plus, selon quelques directeurs, employés communautaires et membres de la collectivité, les ressources actuelles et les locaux ne sont pas adaptés à l'augmentation de la population de leur collectivité. Dans le cadre du PAPAN, par exemple, les installations sont limitées et les employés dressent des listes d'attente dans de nombreuses collectivités. Pour

améliorer l'accessibilité, certaines collectivités offrent seulement des séances d'une demi-journée, de sorte qu'un groupe d'enfants puisse participer le matin et un autre, l'après-midi. Quelques collectivités disent avoir offert des séances durant l'été dans le cadre du PAPAN, afin d'offrir des possibilités aux enfants ne pouvant pas participer aux séances régulières.

On a observé le même problème lorsqu'il a fallu trouver des locaux dans les collectivités pour la dentothérapie et l'ISBE. L'ISBE est souvent offerte dans les écoles, où l'espace est déjà limité, et on ménage aux employés responsables des espaces temporaires si on trouve de la place – parfois à la bibliothèque ou dans la salle du personnel. Les intervenants jugent particulièrement problématiques les locaux temporaires inadéquats alloués aux services buccodentaires, car il est difficile de respecter les protocoles et directives sur le contrôle des maladies infectieuses.

Selon la plupart des employés communautaires, les fonds alloués ont sans doute limité la capacité des collectivités à embaucher suffisamment d'employés pour satisfaire à la demande, ou les ont parfois obligées à embaucher seulement un employé à temps partiel ou à partager un employé entre divers programmes, ce qui l'oblige à assumer plusieurs responsabilités et limite l'accessibilité du programme.

Bon nombre d'intervenants clés, dont les employés des bureaux régionaux, les représentants des organisations autochtones et des gouvernements territoriaux, et des représentants communautaires, ont mentionné que le recrutement et le maintien en poste du personnel constituaient un problème nuisant à l'accessibilité des programmes. Il est parfois difficile de trouver au sein même de la collectivité des employés compétents pour les postes concernés, en particulier dans les petites collectivités. Selon les intervenants clés, si les collectivités doivent engager des personnes de l'extérieur, il est difficile d'attirer des employés compétents, surtout dans les collectivités de petite taille, rurales ou isolées. Par ailleurs, le roulement élevé du personnel et les problèmes de recrutement perturbent les services, notamment lorsque des postes sont vacants ou pendant que les collectivités forment de nouveaux employés.

Les employés de l'AC et des bureaux régionaux interrogés pensent que les collectivités se heurtent à de nombreux problèmes au moment d'offrir les programmes; une forte proportion d'employés estime la situation modérément problématique. À titre d'exemple, une majorité d'employés de l'AC (83 %, n = 15) jugent que les restrictions imposées aux ressources constituent au moins un problème de moyenne ampleur, tandis qu'une majorité d'employés des bureaux régionaux (90 %, n = 26) imputent le problème au roulement du personnel. Les employés de l'AC (78 %, n = 14) et des bureaux régionaux (76 %, n = 22) jugent de la même façon que la capacité des collectivités de planifier les programmes constitue un problème de moyenne ou de grande ampleur. Selon les employés des bureaux régionaux (62 %, n = 18), la formation de partenariats pertinents avec d'autres intervenants communautaires est problématique; pour les employés de l'AC (39 %, n = 7), elle est assez problématique. De plus, les employés de l'AC (44 %, n = 8) et des bureaux régionaux (72 %, n = 21) ont le sentiment que l'absence de documents promotionnels ou éducatifs empêche les collectivités d'offrir correctement les programmes des groupes VS et DES.

Les régions prennent diverses mesures pour essayer d'aider les collectivités à surmonter les problèmes liés à la prestation des services; elles les aident surtout à renforcer les capacités des employés communautaires. D'après les employés des bureaux régionaux, des équipes de spécialistes de la santé ou des équipes interdisciplinaires travaillent avec les collectivités à l'exécution des programmes. Le soutien prend aussi la forme de visites sur le terrain ou de services proposés individuellement aux travailleurs. De plus, les employés communautaires affectés à au moins un secteur de programme se réunissent pour permettre aux collectivités de mettre en commun leur succès et leurs pratiques exemplaires.

Participation des membres de la collectivité aux programmes et aux services

Afin d'augmenter la participation aux programmes et services, la plupart des employés du milieu communautaire utilisent une gamme de méthodes promotionnelles et offrent des incitatifs à la participation, notamment des aliments ainsi que des prix de présence, des cadeaux ou des cartes-cadeaux, ou encore un panier pour les femmes enceintes qui consultent leur médecin ou prennent part aux séances d'un programme prénatal. La plupart des employés du milieu communautaire ont dit faire la promotion de leurs programmes de la façon suivante : radio, bulletins et sites Web communautaires, affiches, dépliants, courriel, bouche à oreille, annonces dans les écoles, stands à des événements communautaires, appels personnels et Facebook (considéré comme le moyen le plus efficace de s'adresser aux jeunes).

Même si les directeurs des services de santé jugent satisfaisante la participation à certains programmes, on ne connaît ni le nombre de participants admissibles aux programmes ni le nombre total de participants à tous les programmes des groupes VS et DES. On a obtenu certaines données sur le volet NNC, principalement le nombre approximatif de participants à certaines activités. D'autres constatations découlant de l'ERLSPN 2008-2010 dignes de mention : plus de la moitié (54 %) des adultes diabétiques chez les Premières Nations ont visité une clinique spécialisée en diabète ou ont reçu de l'information sur leur maladie, comparativement à 41 % lors de l'ERLSPN 2002-2003 (CGIPN, 2012, p. 133); à peine plus du tiers (36 %) de tous les enfants des Premières Nations avaient pris part à un projet du PAPAN (CGIPN, 2012, p. 374); selon une analyse particulière des données de l'ERLSPN effectuée pour la DGSPNI, les collectivités de Premières Nations ayant un volet de sensibilisation au PAPAN avaient un taux de participation élevé (42,2 %) comparativement à celles n'ayant pas ce volet (33,3 %).

Dans le questionnaire proposé aux groupes de discussion et au cours des visites sur le terrain, on a demandé aux membres de la collectivité de décrire le type d'activité auquel eux, leurs enfants et leurs petits-enfants avaient participé au cours de la dernière année; ils devaient choisir parmi une liste d'activités potentielles. Les membres de la collectivité participaient à une vaste gamme d'activités ayant trait aux programmes des groupes VS et DES. Parmi les membres de la collectivité ayant rempli le questionnaire, 99 % ont indiqué qu'ils, ou que leurs enfants ou encore petits-enfants, avaient participé à au moins l'une des activités mentionnées au cours de la dernière année, et 77 % ont indiqué qu'ils avaient participé à six activités ou plus.

Certaines collectivités ont essayé d'offrir des moyens de transport pour faciliter la participation, par exemple, un autobus ou une camionnette pour certaines activités du PAPAN. Dans certains cas, les collectivités ont pu utiliser un véhicule médical pour transporter des participants aux programmes. Certains employés communautaires disent avoir transporté des clients dans leur propre véhicule pour leur permettre de participer à un programme. Certaines collectivités ont également essayé d'offrir des services de garde d'enfant pour permettre aux mères de participer à certains programmes (également aux pères dans certains cas).

Enfin, la baisse de la participation à certains programmes s'explique et pourrait générer des résultats positifs. On a par exemple observé une tendance à la baisse du nombre d'enfants âgés de 8 ans ou plus ayant reçu au moins un service de santé buccodentaire, et une baisse globale de 18 % entre 2006-2007 et 2012-2013 pour toutes les régions qui emploient des thérapeutes dentaires (le nombre est passé de 15 250 à 12 550 enfants). Selon Santé Canada, la baisse du nombre d'enfants âgés de 8 ans ou plus ayant reçu des services pourrait être attribuable à une combinaison des éléments suivants : on met l'accent sur les services aux plus jeunes (groupe des 0 à 7 ans) dans le cadre de l'ISBE afin de prévenir l'apparition de problèmes de santé buccodentaire; les services préventifs dispensés aux jeunes enfants (comme les obturations pour les enfants de 6 et 7 ans) ont fait baisser le nombre de services requis quand les enfants entrent dans le groupe d'âge suivant; le nombre de thérapeutes dentaires offrant des services a diminué avec le temps.

Problèmes liés à la participation des membres de la collectivité

Pendant les visites sur le terrain, la plupart des participants ont signalé divers obstacles ou problèmes nuisant à leur capacité de participer aux programmes. À titre d'exemple, l'absence de modes de transport ou de garderies réunit deux principaux obstacles soulevés par les employés communautaires, les membres de la collectivité et les employés des bureaux régionaux. Les collectivités couvrent parfois une vaste zone géographique, et de nombreuses familles n'ont aucun moyen de transport. La participation aux programmes là où le transport n'est pas facilement accessible peut être particulièrement difficile pour les membres de la collectivité qui sont à mobilité réduite ou souffrent d'une maladie chronique. Certaines collectivités ont essayé d'offrir un moyen de transport dans le cadre des programmes, mais cela dépend parfois de la disponibilité d'un véhicule médical. Selon quelques employés communautaires et membres de la collectivité, certains problèmes d'accessibilité surviennent quand les programmes ne sont offerts que les jours de semaine, pendant les heures normales de travail.

Les employés communautaires ont évoqué d'autres facteurs nuisant à la participation aux programmes : stress associé à la maladie chronique; difficulté à gérer le fait de souffrir d'une maladie chronique comme le diabète, et à s'engager à long terme dans un programme; préjugés associés à certains problèmes, qui peuvent faire hésiter certaines personnes à participer (p. ex. ETCAF ou grossesse trop précoce); dynamique de la collectivité; autres problèmes vécus par les familles et les personnes et liés, entre autres, au logement, à l'approvisionnement en eau, à la dépression, aux troubles mentaux ou à la toxicomanie.

Résultat immédiat n° 6 : Connaissance individuelle accrue des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES.

De façon générale, les programmes des groupes VS et DES ont renforcé les connaissances et la sensibilisation des participants dans de nombreux domaines liés à une vie saine et au développement des enfants en santé, comme la nutrition, l'activité physique, la santé buccodentaire et l'importance de la santé prénatale.

Contributions à la connaissance individuelle des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES

Tous les groupes d'intervenants clés conviennent généralement que les programmes des groupes VS et DES contribuent à renforcer les connaissances et la sensibilisation des personnes en matière de vie saine et de développement des enfants en santé. Pratiquement tous les employés des bureaux régionaux (86 %, n = 25) se déclarent d'accord (59 %, n = 17) ou tout à fait d'accord (28 %, n = 8) pour affirmer que les participants sont davantage sensibilisés à l'importance des modes de vie sains et ont plus de connaissances en la matière.

Les directeurs des services de santé et les employés communautaires indiquent que les programmes et les services des groupes VS et DES contribuent au renforcement des connaissances et de la sensibilisation des membres des collectivités à l'égard des pratiques favorisant une vie saine et le développement des enfants en santé. Certains déclarent avoir pris conscience de ce renforcement des connaissances en observant des changements dans les pratiques des participants ou les commentaires formulés par ceux-ci, et d'autres constatent que les membres des collectivités en général prennent de plus en plus conscience de l'importance d'un mode de vie sain et que les jeunes, en particulier, sont plus sensibilisés aux pratiques favorisant une vie saine et le développement des enfants en santé. À titre d'exemple, les employés communautaires observent que les jeunes savent que l'eau offre plus de bienfaits que le jus et qu'ils sont au fait des dangers de la consommation de tabac et d'alcool, et plus particulièrement de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Des employés disent avoir entendu des membres des collectivités parler de leur diabète et transmettre de l'information à d'autres membres à cet égard.

Les commentaires des membres des collectivités au sujet de l'apprentissage qu'ils ont retiré des activités et des programmes auxquels ils ont participé sont positifs. Pour la plupart (79 %), les membres indiquent que leur participation aux activités des programmes de vie saine et de développement des enfants en santé leur a permis de mieux saisir la notion de vie saine pour eux et leur famille.

Les membres des collectivités ont donné de nombreux exemples des connaissances et des renseignements tirés des activités auxquelles ils ont participé. Ils disent avoir compris les mécanismes du diabète, de l'insuline, de la glycémie et du sodium; avoir appris à mieux gérer le diabète, par exemple, par le contrôle et le suivi de la glycémie, la surveillance de l'alimentation, les soins des pieds et l'exercice. Ils ajoutent avoir appris à cuisiner sainement grâce aux cours de cuisine et aux cuisines communautaires; avoir appris à faire leur budget et à mieux gérer leurs finances; avoir acquis des connaissances sur l'ETCAF, sur les risques de la consommation

d'alcool pendant la grossesse et sur les symptômes de l'ETCAF; avoir appris à entretenir les dents des enfants et l'importance du brossage des dents; avoir assimilé l'importance d'une bonne alimentation par l'entremise du programme prénatal et avoir compris les bienfaits de l'exercice et d'une meilleure activité physique, entre autres.

Données tirées d'autres études à l'appui d'une amélioration de la connaissance des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES

Plusieurs évaluations précédentes ou études spéciales avaient fait ressortir des données démontrant le renforcement des connaissances, comme en témoignent les exemples suivants :

- Les employés communautaires interrogés dans le cadre de l'étude spéciale sur le renforcement des capacités de l'IDA indiquent que, dans l'ensemble, les connaissances des membres des collectivités à l'égard de divers aspects du diabète et de la vie saine se sont soit grandement, soit quelque peu améliorées depuis 1999. Plus de 80 % des employés communautaires sont d'avis que les connaissances des membres des collectivités se sont grandement ou quelque peu améliorées à l'égard d'une saine alimentation (85 %), de l'importance de l'activité physique (84 %), de l'importance du dépistage du diabète (83 %) et de l'importance de l'autogestion du diabète (82 %). (DGSPNI, 2014a, p. 28).
- Dans deux rapports sommaires d'évaluation sur les Initiatives d'éducation en matière de nutrition (volet NNC) portant respectivement sur les exercices 2010-2011 et 2011-2012, la sensibilisation à la nutrition et à une saine alimentation ressort comme une importante réussite des Initiatives d'éducation en matière de nutrition. (Santé Canada, 2012b, p. 22, 2013d, p. 24).
- Une évaluation de 2010 révèle que le programme ISBE aiguise les connaissances liées aux problèmes de santé buccodentaire et réduit l'incidence de la mauvaise santé buccodentaire chez les enfants âgés de 0 à 7 ans. (Santé Canada, 2010b, p. 38).
- L'évaluation du projet Guja de la Première Nation Tsuu T'ina révèle que les membres de la collectivité sont désormais plus sensibilisés à l'importance de la consommation d'aliments sains grâce au projet. (DGSPNI, 2012e, p. 44–46).
- Selon un sondage réalisé à la suite des ateliers de cuisine collective de deux jours offerts au Québec à quatre différents endroits, ces activités ont permis aux participants d'améliorer leurs connaissances sur la sécurité alimentaire et l'accès à des aliments nutritifs. (DGSPNI, 2012e, p. 70–72).
- L'évaluation du programme « Living in Balance » (vie équilibrée) de la Première Nation de Chapel Island, région de l'Atlantique, a révélé une amélioration des comportements en matière de santé chez les participants. (DGSPNI, 2012e, p. 76–78).
- Au Nunavut, une évaluation des programmes communautaires et des activités de soutien clinique relevant de l'IDA a permis de constater une sensibilisation accrue au diabète, aux facteurs de risque et à l'importance de modes de vie plus sains. (DGSPNI, 2012e, p. 82–85).

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été obtenus?

Résultat intermédiaire n° 1 : Coordination et intégration améliorées des programmes et des services des groupes VS et DES.

Les collectivités, l'AC et les bureaux régionaux se sont efforcés d'améliorer l'intégration et la coordination des programmes et des services et de réduire le cloisonnement des programmes communautaires. L'intégration et la coordination à l'échelle communautaire ont misé sur divers efforts : aiguillages, regroupement de programmes en un même lieu et mise en commun de ressources. La DGSPNI a appuyé l'intégration et la coordination en intensifiant son soutien communautaire à l'échelle régionale, au moyen d'une réorganisation de sa structure de gouvernance.

Perceptions des collectivités à l'égard de l'amélioration de la coordination et de l'intégration

Selon presque tous les directeurs des services de santé, les programmes des groupes VS et DES assuraient au moins dans une certaine mesure la coordination et l'intégration des services. Pour la plupart, les employés communautaires ont indiqué qu'il y avait déjà une bonne coordination et une bonne intégration, non seulement entre leurs programmes et les services des groupes VS et DES, mais également avec d'autres programmes et services communautaires. De plus, conformément à ce qu'indique le résultat immédiat n° 1, la majorité (61 %) des employés communautaires font état d'un accroissement de la collaboration au cours des cinq dernières années. La plupart des organisations autochtones indiquent que la coordination et l'intégration constituent des pratiques communautaires courantes.

Par contre, bien que quelques employés des bureaux régionaux déclarent que la coordination est habituelle dans les collectivités, et que certains indiquent une augmentation de cette coordination, on relève qu'elle varie d'une collectivité à l'autre. Au sein de certaines collectivités, la coordination s'effectue de façon proactive. Cependant, on signale que certaines collectivités éprouvent des difficultés à cet égard en raison d'un manque de capacité interne.

En ce qui a trait à l'ensemble des employés régionaux interrogés, soit 79 % (n = 23), on observe que les perspectives de la plupart des répondants divergent en ce qui a trait à la coordination. Certains indiquent que les collectivités combinent très souvent ou assez souvent leurs programmes des groupes VS et DES, alors que 45 % (n = 13) des répondants seulement font état d'une relative coordination entre les programmes des groupes VS et DES et d'autres services communautaires. Un pourcentage égal de répondants font état d'une coordination, par les collectivités, de leurs programmes des groupes VS et DES avec des programmes et des services offerts dans une autre collectivité.

En ce qui a trait à l'intégration des programmes et des services communautaires, 69 % (n = 20) des employés des bureaux régionaux signalent une augmentation, depuis environ cinq ans, des cas où les programmes des groupes VS et DES sont soit intégrés l'un à l'autre, soit intégrés à d'autres programmes communautaires.²⁰ Selon quelques directeurs des services de santé, même si les programmes se livrent déjà à une certaine intégration, il en faut davantage.

Dans le MRC, on a demandé aux collectivités de présenter leur vision des liens officiels ou non officiels qu'elles entretiennent avec des organisations et des agences extérieures à la collectivité à l'égard des services. Les collectivités ont indiqué que, le plus souvent, elles travaillaient avec leur régie régionale de la santé/zone de services de santé aux services liés aux diagnostics et au dépistage (61 %), à la saine alimentation et à la nutrition (59 %), aux traitements et à la prise en charge (58 %), et aux soins spécialisés (51 %).²¹ Dans le domaine de l'activité physique et des loisirs, les liens sont plus fréquents avec des organismes éducatifs (43 %).

Coordination et intégration à l'échelle communautaire

Le résultat immédiat n° 1 énonce déjà les avantages constatés de la coordination et de l'intégration des programmes des groupes VS et DES au sein des collectivités : partage des coûts et des ressources, planification concertée, aiguillage des clients vers les services, assurance que les clients sont dirigés vers d'autres programmes communautaires et services externes appropriés, élargissement de la portée des programmes, réseautage et mise en commun de connaissances avec les autres programmes et services, création de liens et d'un climat de confiance au sein des collectivités, possibilités d'assurer la prestation de services de prévention, réduction des chevauchements entre les services et simplification de la gestion des cas.

Pour illustrer la façon dont les services sont coordonnés ou intégrés au sein des collectivités, quelques employés communautaires indiquent que le fait d'offrir des programmes à partir d'un lieu central (principalement le centre de santé) crée essentiellement un « guichet unique » et que les clients sont plus susceptibles d'accéder à d'autres services s'ils n'ont pas à se déplacer. Cependant, en raison du manque d'espace dans certains établissements, ce ne sont pas toutes les collectivités qui arrivent à offrir tous les programmes à partir d'un même lieu central. De plus, selon les employés des bureaux régionaux, la coordination et l'intégration sont de rigueur lorsque les employés communautaires ont des responsabilités à l'égard de plus d'un programme. Les visites sur le terrain ont permis de constater l'importance des liens entre les employés communautaires qui devraient favoriser davantage la collaboration et la coordination des programmes.

Les employés communautaires ont donné de nombreux exemples précis de la façon dont leurs programmes des groupes VS et DES assurent la coordination et l'intégration de leurs services, tant entre eux qu'avec d'autres services communautaires. Ils offrent souvent leur aide à d'autres services communautaires, et plus particulièrement aux écoles et aux garderies, notamment de la façon suivante :

²⁰ Cette question n'a pas été posée au personnel de l'AC.

²¹ Même si le MRC nécessitait des données sur les liens avec les services, il n'y a que les données actuelles pour le groupe VS.

- Les responsables des programmes coordonnent leurs activités; c'est le cas du PAPAN et du PCNP-VPNI avec les cours « Les enfants à la cuisine! ».
- Des thérapeutes dentaires travaillent avec le PAPAN et les garderies dans le cadre de l'ISBE afin de faire du dépistage chez les enfants, et avec le PSSMI pour cibler les enfants ayant besoin des services de l'ISBE. Dans certains cas, les responsables de la dentothérapie et de l'ISBE collaborent avec le PAPAN pour encourager la réduction de la consommation de jus chez les enfants et promouvoir le brossage des dents. En outre, un thérapeute dentaire a uni ses efforts à ceux d'un travailleur de soutien aux parents pour entrer en communication avec des familles difficiles à joindre et s'assurer que les enfants recevaient les services de l'ISBE.
- Pour soutenir les femmes enceintes, les responsables du PCNP-VPNI ont fait appel à d'autres services communautaires, par exemple, sages-femmes, diététistes/nutritionnistes, infirmières ou services sociaux. Voici un exemple : un travailleur des services sociaux a distribué des bons du PCNP-VPNI; il en a profité pour établir une relation avec les mères et a déterminé si d'autres soutiens permettraient d'établir des liens appropriés.
- Les personnes affectées à l'ETCAF, au PSSMI et au PCNP-VPNI se sont associées pour offrir des programmes prénataux et autres, ainsi que des visites à domicile : cours prénataux, présentations à l'intention des jeunes femmes et des femmes enceintes, et Programme de lutte contre l'ETCAF dans les écoles secondaires.
- Les femmes enceintes ont accès à tous les programmes du centre de santé, et peuvent ainsi en apprendre davantage sur la santé prénatale, la saine alimentation, le diabète et l'ETCAF.
- Le PAPAN et les garderies partagent leurs ressources pour les sorties (p. ex. pour acheter de la nourriture) et l'accès aux locaux.

Coordination et intégration entre les intervenants

Le résultat immédiat n° 5 indique qu'un des éléments qui dissuade les gens de participer au programme est la stigmatisation associée à l'ETCAF. Pour tenter de régler ce problème, comme le précisent les synopsis des volets régionaux du PSSMI, les collectivités offrent souvent les services de SSMI et de prévention de l'ETCAF de façon combinée, afin d'atténuer la stigmatisation que suscitent les services liés à la toxicomanie. (DGSPNI, 2014d, p. 8). Selon un autre exemple tiré des synopsis de l'IDA, on intègre souvent le financement des initiatives d'éducation en matière de nutrition relevant de NNC à celui de l'IDA (dans les collectivités admissibles au volet NNC), afin d'améliorer les programmes de nutrition et de sécurité alimentaire. Au Nunavut, on a regroupé les fonds à l'échelle du territoire pour soutenir les programmes régionaux, le financement du volet NNC étant accordé de façon universelle dans cette région. (DGSPNI, 2014e, p. 3). De plus, les synopsis de l'ISBE indiquent que les programmes de l'ISBE sont souvent intégrés à ceux de la province. À titre d'exemple, les partenariats avec le programme « Care for a Smile » de l'Alberta ont permis d'élargir les groupes d'âge ciblés. (DGSPNI, 2014b, p. 3–4).

Du point de vue de la coordination des programmes, les employés de l'AC et des bureaux régionaux ont notamment combiné les groupes VS et DES en une seule division. Cependant, à la suite des réductions de personnel liées au Plan d'action pour la réduction du déficit, certains directeurs de programme à l'échelle nationale et régionale ont dû assumer la responsabilité de

plusieurs programmes, suscitant ainsi une plus grande intégration, par nécessité. C'est ce qu'a illustré plus en détail le sondage auprès des employés de la DGSPNI : 50 % (n = 9) des employés de l'AC et 86 % (n = 25) des employés des bureaux régionaux indiquent que la collaboration et les partenariats auxquels ils ont pris part ont largement ou modérément contribué à la coordination et à l'intégration des programmes. Plus de la moitié (55 %, n = 16) des employés des bureaux régionaux déclarent que cette collaboration a grandement contribué à la coordination.

Défis liés à l'amélioration et à l'intégration des programmes et des services

Malgré les mesures positives prises par les collectivités afin de cibler des façons de mieux coordonner et intégrer les programmes et les services, quelques problèmes pratiques persistent en ce qui a trait au recrutement et au maintien en poste des employés, de même qu'à la capacité interne de gestion des diverses activités pour l'ensemble des programmes.

Résultat intermédiaire n° 2 : Meilleure qualité des programmes et des services des groupes VS et DES.

La qualité des programmes s'est améliorée à mesure qu'ils ont évolué et ont été peaufinés, mais la nécessité constante de recruter et de former de nouveaux employés a constitué un défi. Selon la documentation existante, l'amélioration de la qualité des programmes passe par le renforcement de la collaboration et des capacités de la collectivité, l'établissement de normes et l'élargissement de l'accès aux services, autant de facteurs que confirme, dans une certaine mesure, l'évaluation.

Selon l'analyse de la documentation existante réalisée aux fins de l'évaluation, l'amélioration de la qualité des programmes devrait logiquement découler de plusieurs facteurs, comme le renforcement des capacités, de la collaboration et des partenariats au sein de la collectivité, l'adoption de normes et de lignes directrices, l'obtention d'accréditations ou d'agrément, plus de coordination ou de services, et un meilleur accès aux programmes et aux services. Diverses évaluations réalisées antérieurement à l'échelle des programmes, de même que d'autres études en matière de VS et de DES, ont confirmé la concrétisation de bon nombre de ces facteurs pour certains programmes ou certaines initiatives au sein des groupes.

Selon certains employés de la DGSPNI, certains programmes se sont dotés de normes, de processus et de lignes directrices qui ont favorisé l'harmonisation de leur mise en œuvre et l'amélioration de leur qualité. Les employés jugent que les plans sur la santé et le mieux-être, assortis de normes par rapport auxquelles les collectivités peuvent évaluer leurs programmes, ont des retombées positives sur la qualité des programmes. À titre d'exemple, la DGSPNI et des partenaires des Premières Nations ont préparé un recueil de normes pour tous les programmes relevant du PAPAN en Alberta; ce guide décrit notamment la formation requise pour occuper différents postes, des exigences en matière de sécurité et le contenu des programmes.

Selon les employés, la pratique courante consistant à consulter la collectivité sur ses besoins liés aux programmes favorise l'élaboration de programmes de qualité bien adaptés, ce dont témoigne le succès des clients. Les employés des bureaux régionaux disent avoir observé une amélioration de la qualité au fil de l'évolution des programmes. De plus, les employés ont pris part à des formations qui leur ont permis d'enrichir leurs connaissances et d'être plus à l'aise dans l'exercice de leurs fonctions. Cette augmentation de la qualité se traduit notamment par une planification plus efficace du travail, l'élaboration d'approches créatives à l'exécution des programmes dans le but de toucher la population ciblée, des activités plus fréquentes et plus diversifiées, la formation de partenariats avec d'autres services, la création d'équipes interdisciplinaires et un leadership accru à l'échelle des programmes. De plus, il semble qu'un soutien appuyé des dirigeants de la collectivité améliore la qualité des programmes.

La souplesse de la structure et du modèle d'exécution de l'ensemble des programmes des groupes VS et DES permet aux collectivités d'adopter une série d'approches différentes. La documentation existante appuie la conception souple adoptée à l'échelle locale pour les groupes VS et DES, qui va dans le sens des études démontrant que le sentiment d'appartenance favorise un raffermissement de la qualité et de l'efficacité des programmes. (Preston, 2008, p. 108–113). Selon les représentants communautaires, le financement constant facilite la planification à plus long terme et la poursuite des programmes, ce qui a aussi des retombées positives sur la qualité de ceux-ci.

Les collectivités et la majorité des employés de l'AC et des bureaux régionaux font état d'une amélioration de la qualité des programmes au cours de la période visée par l'évaluation. Selon les employés des bureaux régionaux (69 %, n = 20), la qualité des programmes s'est fortement ou passablement améliorée au cours des cinq dernières années. Bien que la plupart des directeurs des services de santé indiquent que la qualité de leurs programmes est élevée, ils conviennent que les contraintes financières ont des répercussions d'ensemble. Quelques-uns des employés communautaires de longue date disent proposer une plus grande diversité de programmes et de services qu'auparavant aux membres de la collectivité, et quelques employés communautaires indiquent que leurs programmes optent pour la souplesse afin de s'ajuster aux besoins de la collectivité et que, par conséquent, leur qualité s'améliore à mesure qu'ils évoluent et qu'on les peaufine.

En ce qui a trait à la formation, de nombreux employés de l'AC et des bureaux régionaux attribuent l'amélioration de la qualité des programmes au renforcement des capacités du personnel communautaire. On estime que les efforts déployés pour offrir des possibilités d'accès aux études et à d'autres types de formation contribuent à l'enrichissement des connaissances et des compétences des employés communautaires. Les programmes sont notamment perçus comme étant de bonne qualité lorsqu'au moins quelques travailleurs possèdent une quelconque forme de certification officielle. Selon certains employés de l'AC et des bureaux régionaux, un soutien accru de la part des régions, notamment des spécialistes en activité physique et des nutritionnistes, a aussi contribué à l'amélioration de la qualité des programmes.

Il semble que les programmes soient de bonne qualité lorsque les collectivités obtiennent une forme d'agrément, comme l'agrément de leur centre de santé ou la désignation Ami des bébés pour leur centre communautaire. À titre d'exemple, un soutien financier du PSSMI a fait du Centre de santé de Kanasatake le premier organisme communautaire en Amérique du Nord à obtenir la désignation Ami des bébés, grâce à la mise en œuvre des recommandations de l'Organisation mondiale de la santé. Cette désignation a entraîné une amélioration significative des taux d'allaitement au sein de la collectivité. (DGSPNI, région du Québec, 2014, p. 1).

Défis liés à l'amélioration de la qualité des programmes et des services

De nombreux facteurs peuvent réduire la qualité des programmes. Les intervenants clés font état de problèmes comme le manque de collaboration et de partenariats, la faible utilisation des normes et des documents d'orientation, et les contraintes liées aux ressources destinées à faciliter l'accès aux programmes. Le roulement du personnel risque de nuire à la qualité des programmes, car les collectivités doivent continuellement recruter et former de nouveaux employés, ce qui peut entraîner des interruptions de programme et empêcher l'uniformité des services. Parmi les autres problèmes soulevés, notons la capacité des collectivités d'embaucher un personnel suffisant, l'accès à des installations appropriées et les besoins en matière de fournitures et d'équipement.

Résultat intermédiaire n° 3 : Accroissement des comportements sains.

La plupart des participants au programme font état de comportements plus sains, par exemple, ils s'alimentent mieux, font plus d'activité physique, ont une meilleure hygiène buccodentaire et lisent davantage à leurs enfants. De plus, ils attribuent l'amélioration de leurs habitudes de vie à leur participation au programme. Cependant, l'insécurité alimentaire, la pauvreté et les problèmes de santé mentale, entre autres, peuvent entraver les efforts personnels déployés pour vivre plus sainement.

On a principalement basé l'évaluation de la multiplication des comportements sur le MRC, les études spéciales de la DGSPNI, l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN), les déclarations des participants quant à l'adoption de saines pratiques, et les perceptions d'autres intervenants relativement à l'adoption de comportements plus sains par les participants aux programmes.

Certains directeurs des services de santé disent avoir constaté, en général, une multiplication des comportements sains dans leur collectivité, et quelques-uns attribuent ces changements aux programmes des groupes VS et DES ou, du moins, indiquent que les programmes ont facilité de tels changements. La plupart (83 %) des employés communautaires déclarent qu'au moins certains des participants à leur programme prennent des mesures pour adopter un mode de vie plus sain et favoriser le développement des enfants en santé.

Les membres de la collectivité ayant participé aux programmes voient d'un œil positif les changements qu'ils ont apportés au cours des dernières années. La plupart des membres de la collectivité déclarent manger plus sainement (79 %), préparer des collations et des repas plus sains pour leur famille (70 %), inciter leurs enfants à faire plus d'activité physique (69 %), se brosser les dents plus souvent (61 %), faire plus d'activité physique (chez les adultes) (59 %), manger plus d'aliments traditionnels (58 %) et lire davantage à leurs enfants (54 %). Une majorité (65 %) des membres de la collectivité attribuent les changements qu'ils ont adoptés à leur participation aux activités des groupes VS et DES.

Certains des changements indiqués par le personnel et les membres de la collectivité et énumérés plus tôt ont également été confirmés par d'autres sources de données, dont le MRC, les études spéciales de la DGSPNI et l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERLSPN). Voici un résumé de ces éléments.

- Une étude sur la culture et les langues des Premières Nations réalisée dans le cadre du PAPAN et regroupant 36 collectivités des Premières Nations révèle que, parmi les retombées positives du PAPAN constatées chez les enfants participants, on observe une utilisation accrue de la langue, une plus grande sensibilisation à la culture, et une amélioration de la confiance, de l'estime de soi et du respect de soi et d'autrui. (DGSPNI, 2012a, p. 10).
- Les enfants ayant participé au PAPAN étaient plus susceptibles que les autres enfants de s'être adonnés à des activités physiques saines (35 % contre 26 %), d'avoir pris part à des activités parascolaires culturelles traditionnelles (18 % contre 10 %) et de lire plus de 30 minutes par jour (51 % contre 43 %).
- Selon l'ERLSPN de 2008-2010, plus de la moitié (56 %) des enfants des Premières Nations ayant participé au PAPAN étaient en mesure de parler ou de comprendre une langue des Premières Nations, contre 45 % seulement des enfants n'ayant pas participé au PAPAN. Les auteurs reconnaissent cependant qu'il ne s'agit pas forcément d'une relation de cause à effet. (CGIPN, 2012, p. 374).
- Voici un exemple des avantages du PCNP-VPNI pour la collectivité de la Première Nation de Sagkeeng, au Manitoba, qui porte plus précisément sur l'allaitement et la saine alimentation : on y a observé une augmentation des taux d'allaitement, puisque les participantes ont opté pour l'allaitement dans une proportion de 95 %. (DGSPNI, 2010a, p. 3).
- Une analyse spéciale des données de l'ERS effectuée pour la DGSPNI (CGIPN, 2014) a permis d'établir qu'une plus grande proportion (49 %) des périodes d'allaitement étaient supérieures à six mois dans les collectivités bénéficiant d'un programme de SMI, comparativement aux collectivités sans programme de SMI (40 %).
- Tout en indiquant des changements qui varient d'une participante à l'autre, l'étude spéciale sur le programme de mentorat en matière de prévention de l'ETCAF révèle que le programme incite les femmes à faire plus de choix sains, renforce l'indépendance et le développement personnel, et entraîne une diminution de l'alcoolisme et de la toxicomanie. (DGSPNI, 2011, p. viii).
- Dans le cadre de l'étude spéciale sur le renforcement des capacités de l'IDA, la plupart des travailleurs communautaires ont indiqué que depuis l'instauration de l'IDA, les membres de la collectivité ont apporté des changements importants ou, du moins, modérés à des aspects

de leur vie comme la saine alimentation (83 %), l'activité physique (79 %), l'autogestion du diabète (79 %), et le dépistage du diabète (75 %), des complications du diabète (72 %) et d'autres maladies chroniques (65 %). (DGSPNI, 2014a, p. 29).

- Les constatations issues du Projet Teleform sur le diabète et la grossesse révèlent que, parmi les clientes enceintes obèses, celles qui recevaient le plus de visites prénatales de la part des travailleurs communautaires étaient moins susceptibles de dépasser la prise de poids recommandée pendant leur grossesse. (Santé Canada, 2013a, p. 32).

Au cours des séances de discussion de groupe organisées pendant les visites sur le terrain, le personnel communautaire a donné de nombreux exemples de multiplication des comportements sains, dont l'augmentation du nombre de mères qui allaitent, de meilleures aptitudes sociales, des habitudes alimentaires plus saines et des parents qui s'investissent davantage. En voici une description détaillée :

- Programmes prénataux : De nombreux employés indiquent avoir observé une augmentation du nombre de mères qui allaitent et un allongement de la période d'allaitement. Certaines mères ont d'ailleurs dit au personnel que c'était le soutien qu'elles recevaient par l'entremise des programmes de DES qui les incitaient à allaiter. Le personnel indique aussi que les femmes enceintes font des efforts pour améliorer leur alimentation et sont plus au fait des enjeux liés à la grossesse. Les mères ont donné des exemples de changements qu'elles avaient adoptés après avoir reçu de l'aide dans le cadre des programmes prénataux, comme la préparation de leurs propres aliments pour bébé, une alimentation plus saine, l'allaitement et le fait de donner à leur bébé et à leurs enfants plus âgés des aliments sains.
- PAPAN : Au moment de l'intégration scolaire, les parents et le personnel communautaire ont reçu des commentaires positifs de la part des enseignants du primaire sur le bon niveau de préparation des enfants ayant participé au PAPAN. Chez ces enfants, les enseignants ont observé un niveau de confiance plus élevé, de meilleures aptitudes sociales et une meilleure capacité de suivre les instructions que chez les enfants n'ayant pas participé au programme. Selon le personnel communautaire, les parents ont observé que leurs enfants étaient davantage sensibilisés à l'importance d'une saine alimentation, qu'ils aimaient les aliments sains qui leur étaient offerts dans le cadre du PAPAN et qu'ils demandaient les mêmes aliments à leurs parents à la maison. Les parents ont aussi indiqué que leurs enfants mettaient en pratique à la maison les bonnes habitudes d'hygiène acquises grâce au PAPAN, comme le brossage des dents et le lavage des mains. Les parents ayant pris part aux groupes de discussion ont souvent tenu les mêmes propos. Certains étaient particulièrement fiers que leurs enfants aient appris leur langue autochtone et se soient familiarisés avec leur culture, surtout dans le cas des parents qui ne maîtrisaient pas eux-mêmes la langue.
- Investissement des parents : Selon les employés communautaires, les parents lisent davantage à leurs enfants, se renseignent mieux sur les stratégies parentales et semblent s'investir davantage auprès de leurs enfants. Pendant les visites à domicile, les mesures de soutien ont aidé les parents à cibler des objectifs et à intégrer graduellement les changements nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. Quelques parents dont les enfants ont participé au PAPAN déclarent en avoir retiré des avantages, par exemple, faire des activités avec leurs enfants et apprendre à être plus patients avec eux.

- ISBE/dentothérapie : Les employés communautaires observent que les jeunes enfants qui reçoivent des services de l'ISBE ont moins de caries, et que plus d'enfants bénéficient des soins, des obturations et des interventions chirurgicales dentaires dont ils ont besoin. Les parents indiquent que leurs enfants comprennent mieux l'importance du brossage des dents, qui est désormais devenu une habitude à la maison.
- Alimentation et nutrition : Selon les employés communautaires, les membres de la collectivité qui suivent des cours de cuisine essaient les recettes à la maison, achètent des aliments plus sains et se nourrissent mieux. De plus, les personnes qui achètent des paniers d'aliments sains apprennent à cuisiner ces derniers. Les enfants et les adultes ont diminué ou cessé leur consommation de boissons gazeuses, et les enfants remplacent le jus par de l'eau. Les membres de la collectivité font état de plusieurs de ces changements et d'autres nouvelles habitudes. Parmi les plus courantes, on relève la réduction du sel et du sucre, l'abandon de la malbouffe et une consommation accrue de fruits et de légumes. On a aussi tendance à cuisiner plus de repas au lieu de recourir aux aliments préparés. Les membres de la collectivité disent être plus soucieux de leur alimentation lorsqu'ils font leur épicerie, et quelques-uns disent cultiver leur propre potager.
- Programmes de nutrition en milieu scolaire : Selon les employés communautaires, les programmes de nutrition en milieu scolaire financés par l'entremise de l'IDA permettent de distribuer des aliments sains à de nombreux élèves, lesquels demandent ensuite les mêmes aliments à leurs parents à la maison. Quelques parents soulignent l'utilité du programme et déclarent que les enfants apprennent mieux grâce à cette initiative. De plus, on associe les programmes de dîner à l'augmentation de la fréquentation scolaire et, à cet égard, les membres de la collectivité indiquent aussi qu'avant le programme, des parents, trop gênés pour envoyer leurs enfants à l'école sans repas, préféraient les garder à la maison.
- Aliments traditionnels/du terroir : Selon les employés communautaires, de nombreux membres de la collectivité s'intéressent et participent aux activités où des aliments traditionnels sont offerts. Certains membres de la collectivité ont parlé de la consommation de viandes traditionnelles; quelques-uns pensent qu'il n'est plus tellement facile de se procurer des aliments traditionnels ou que, souvent, les jeunes n'aiment pas ce type d'aliments.
- Activité physique : D'après les employés communautaires, plus de gens marchent, participent à des clubs et à des défis de marcheurs ou cherchent de façon générale à faire plus d'activité physique. Parmi les exemples cités, certains vont au gymnase avec leurs enfants le soir, d'autres adhèrent à des groupes de marcheurs, utilisent le centre de conditionnement physique de la collectivité, participent à des séances d'exercice, portent un podomètre, participent à des défis de mise en forme et ont des enfants qui prennent part à des activités sportives ou à d'autres types d'activités physiques. Certains membres de la collectivité vantent les bienfaits des changements qu'ils ont adoptés en matière d'activité physique et d'alimentation, et plusieurs observent une perte de poids de 10, 20 ou même 100 livres, ou constatent que leurs enfants ont perdu du poids.
- Diabète : Les employés communautaires constatent une amélioration de la gestion du diabète chez certains membres de la collectivité dans les domaines suivants : prise de médicaments, surveillance du taux de glycémie et de la tension artérielle, amélioration des habitudes alimentaires et augmentation de l'activité physique. Certains membres de la collectivité

disent prendre des mesures pour mieux gérer leur diabète, notamment en planifiant leurs menus avec un diététiste/nutritionniste, en modifiant leur alimentation, en surveillant et en gérant leur taux de glycémie, en se brossant les dents, en prenant leurs médicaments, en allant à la clinique de podologie et en faisant plus d'exercice. De plus, quelques-uns indiquent que leur taux de glycémie se situe maintenant dans la normale ou même qu'ils ont pu cesser de prendre de l'insuline.

- **Tabagisme et toxicomanie :** Quelques employés communautaires disent que certains clients ont réduit leur consommation de tabac et que de nombreuses maisons de la collectivité sont devenues des milieux de vie sans fumée. Voici les changements observés : des clients ont abandonné l'alcool et les drogues ou ont réduit leur consommation; des mères enceintes ont réduit leur consommation de tabac ou cessé de fumer et de boire de l'alcool pendant la grossesse; des clients ont suivi un programme de traitement de la toxicomanie et apporté d'importants changements à leur mode de vie. Quelques participants affirment avoir arrêté de fumer ou réduit leur consommation d'alcool ou de drogues. En outre, quelques participantes au Programme de lutte contre l'ETCAF disent avoir abandonné l'alcool et les drogues ou réduit leur consommation. Plusieurs participants à ce même programme indiquent en outre à quel point le programme leur a été utile et ajoutent que les mentors, qui leur ont offert un soutien individuel et les ont aiguillés vers les ressources appropriées, étaient leurs « motivateurs par excellence ».

Bon nombre des changements apportés par les membres de la collectivité sont motivés par leur désir d'offrir à leurs enfants un environnement positif et sain, et de faire en sorte qu'ils saisissent l'importance d'une saine alimentation et de l'activité physique. De nombreux participants apprécient et reconnaissent la valeur du soutien qu'ils reçoivent du personnel communautaire en ce qui a trait à l'adoption de modes de vie plus sains. Toutefois, les employés communautaires s'inquiètent des attentes des gens par rapport au rythme des changements menant à l'adoption de comportements plus sains, et rappellent que le changement se fait à petits pas. Les employés communautaires doivent être prêts à travailler avec les participants à l'étape où ils se trouvent, et les aider à reconnaître leurs réussites de petite envergure et à être plus confiants, pour éviter qu'ils soient dépassés et cessent leurs efforts.

Défis liés à l'adoption de comportements sains

Comme l'ont indiqué de nombreux directeurs des services de santé, employés communautaires et membres de la collectivité, ainsi que pratiquement tous les groupes d'intervenants clés et employés des bureaux régionaux interrogés, l'accès à des aliments sains et abordables représente un défi de taille pour l'adoption d'un mode de vie plus sain par les collectivités inuites et des Premières Nations. Selon les employés des bureaux régionaux (90 %, n = 26), le manque d'accès à des aliments sains et abordables constitue un problème de taille. Toujours selon les employés des bureaux régionaux, le manque d'accès à des aliments sains et abordables constitue pour les collectivités un problème important (62 %, n = 18) ou moyennement important (28 %, n = 8). Certains membres de la collectivité disent que le prix élevé des aliments sains est un obstacle à l'adoption de comportements de vie plus sains, que la malbouffe est plus abordable que les aliments sains, que les fruits et les légumes coûtent cher et qu'ils ne peuvent pas vraiment se permettre d'acheter de la viande, des légumes et des fruits frais avec un faible revenu, surtout lorsqu'ils doivent nourrir une famille. De plus, dans de nombreuses collectivités, il n'y a que des

dépanneurs et pas d'épicerie. Bien des familles sans véhicule ont donc de la difficulté à se rendre jusqu'à une épicerie. Par conséquent, les membres de la collectivité s'en tiennent souvent à des collations, à des aliments préparés moins sains et à des produits en conserve. Les habitants des collectivités du Nord, plus particulièrement des collectivités éloignées sans accès routier, ont beaucoup de difficulté à se procurer des aliments sains, car le coût des aliments y est encore plus élevé, les livraisons de nourriture sont moins fréquentes et ils n'ont souvent pas accès à des aliments frais et sains.

Malgré l'intérêt que suscitent les aliments traditionnels, certains membres de la collectivité affirment que les connaissances en matière de chasse et de pêche se perdent ou que les gens craignent que la consommation de poisson ou de viande sauvage soit plus ou moins sécuritaire. De plus, il est possible que la disponibilité des aliments traditionnels ait diminué dans certaines collectivités, comme pour les Inuits du Labrador, qui ne peuvent plus se procurer leur source de protéine traditionnelle en raison de l'interdiction de la chasse au caribou.

Les directeurs des services de santé, le personnel communautaire et les membres de la collectivité font état d'autres obstacles à l'adoption de comportements plus sains, à savoir le manque d'installations, de services de santé, de santé mentale et de soutien social, et d'installations de loisirs. Les préoccupations au chapitre de la sécurité et le manque d'infrastructures appropriées pour l'activité physique dissuadent les gens d'adopter de saines habitudes de vie. À titre d'exemple, certains membres de la collectivité affirment avoir de la difficulté à s'adonner à la marche, puisqu'ils ont peur des chiens errants, des meutes de chiens et des autres animaux sauvages, comme les ours, les orignaux et les wapitis. Quant aux infrastructures, la plupart des collectivités sont dépourvues de trottoirs et il est difficile de marcher sur les routes de campagne, plus particulièrement pour les aînés, les personnes ayant des problèmes de mobilité ou les parents marchant avec une poussette. Un peu plus de la moitié (55 %, n = 16) des employés des bureaux régionaux indiquent que le manque d'accès à des installations récréatives est un obstacle important ou moyennement important pour les collectivités.

De plus, selon les employés communautaires, la pauvreté, le manque d'instruction et de travail, le surpeuplement et le délabrement des logements, et d'éventuels problèmes d'accoutumance, de santé mentale ou de violence familiale risquent d'empêcher les gens de prendre des mesures pour gérer leur diabète, manger sainement et faire plus d'activité physique. D'après la plupart des employés des bureaux régionaux, le surpeuplement des logements (72 %, n = 21) et le manque de services de première nécessité (72 %, n = 21) entravent fortement ou modérément l'adoption de comportements plus sains. De nombreux employés communautaires et membres de la collectivité indiquent que les habitudes de vie sont difficiles à changer, que la motivation est essentielle à l'intégration de changements favorisant de saines habitudes de vie, et que la personne doit être arrivée à un stade de sa vie où elle est prête à faire de tels changements.

Résultat intermédiaire n° 4 : Milieux physiques et sociaux plus favorables.

Les collectivités se sont efforcées d'offrir un meilleur environnement physique et social en adoptant des politiques qui visent à mieux faire connaître les comportements sains et à encourager la participation à des activités axées sur la vie saine, comme les événements sportifs et culturels, et à d'autres groupes de programmes. Le manque d'installations propices à des activités axées sur la vie saine a posé des difficultés à certaines petites collectivités.

Efforts déployés par la collectivité pour offrir des milieux favorables

De nombreux facteurs contribuent aux retombées des programmes des groupes VS et DES au sein des collectivités, dont ceux qui soutiennent indirectement les activités de programme, comme la capacité de la collectivité, l'espace physique, les installations et d'autres déterminants qui se répercutent sur le mieux-être individuel. Au cours des visites sur le terrain, les participants de la collectivité faisant partie des groupes communautaires ont cité des exemples d'environnements favorables en place et de changements qui ont cours au sein de leur collectivité en faveur de comportements sains, et ont indiqué que certains de ces changements découlaient des programmes des groupes VS et DES ou étaient, du moins, influencés par ces programmes.

À titre d'exemple, certains employés communautaires font état de changements dans les écoles, avec les programmes de déjeuners, de dîners ou de collations santé et l'intégration au programme scolaire de leçons sur l'adoption de saines habitudes de vie. Le personnel des programmes des groupes VS et DES travaille souvent en étroite collaboration avec les écoles et les garderies pour prodiguer des conseils en matière de nutrition. Les services de l'ISBE sont souvent situés à l'intérieur de l'école et travaillent de concert avec les garderies et les établissements offrant les programmes du PAPAR.

Certains directeurs des services de santé, employés communautaires et membres de la collectivité ont mentionné d'autres mesures de soutien favorisant l'adoption de saines habitudes de vie au sein de leur collectivité. Certaines collectivités disposent notamment d'installations sportives et récréatives, comme une patinoire pour le hockey, un centre communautaire ou un centre de conditionnement physique. De nombreuses écoles ouvrent leur gymnase à la collectivité en soirée, pour permettre aux enfants, aux jeunes et aux familles de s'adonner à des activités récréatives. L'accès aux gymnases scolaires est particulièrement important pour les petites collectivités qui n'ont que très peu d'installations récréatives, voire aucune. Certaines collectivités arrivent à offrir une grande diversité d'activités aux enfants et aux adultes : sports, arts martiaux, différents types de séances d'exercice et cours de yoga. De plus, les « défis communautaires », comme le plus grand perdant (Biggest Loser) ou les défis de mise en forme, semblent gagner en popularité. Toutes les collectivités semblent participer à diverses activités communautaires extérieures : pow-wow, marches communautaires, fêtes, festivals d'hiver, camps culturels et autres activités traditionnelles.

Sans grande surprise, les plus grandes collectivités aux ressources nombreuses semblent avoir la capacité d'offrir plus de possibilités à leurs membres, de même qu'une diversité de choix liés à la participation à des activités physiques.

Efforts déployés par l'AC et les bureaux régionaux pour offrir des milieux favorables

Les employés de l'AC et des bureaux régionaux interrogés ont donné des exemples d'autres milieux favorables notamment attribuables aux programmes des groupes VS et DEC : collaboration entre des thérapeutes dentaires et les écoles pour la mise en œuvre d'un programme de brossage des dents, ou avec les dirigeants de la collectivité pour favoriser la fluoruration de l'eau; collectivités attribuant des locaux permanents aux cliniques de soins dentaires et à l'ISBE; financement incitatif pour l'activité physique utilisé pour aménager des sentiers de marche et des gymnases verts au sein des collectivités; financement de l'IDA pour contribuer au soutien des serres, des jardins et des congélateurs communautaires; travail effectué par le personnel communautaire auprès des détaillants pour organiser des activités sur la sécurité des aliments et pour inciter les détaillants à offrir des aliments sains; soutien aux cuisines communautaires et aux cours de cuisine; utilisation du guide *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis* par les programmes du PAPAN et par d'autres organismes communautaires (comme les garderies) pour la planification des menus; contribution financière des programmes aux activités communautaires et traditionnelles.

Selon une majorité (62 %, n = 18) des employés des bureaux régionaux, les programmes des groupes VS et DES contribuent à l'aménagement de milieux favorables ou favorisent celui-ci largement ou modérément, même si seulement un peu plus du quart des répondants (28 %, n = 8) disent ne pas savoir si tel est le cas. Un peu plus de la moitié des employés de l'AC (56 %, n = 10) et des bureaux régionaux (52 %, n = 15) indiquent que le nombre de milieux favorables a augmenté dans une certaine mesure au cours des cinq dernières années.

Défis liés au renforcement des milieux physiques et sociaux favorables

La difficulté d'instaurer des milieux physiques et sociaux favorables survient principalement lorsque les collectivités ne disposent pas des ressources nécessaires pour offrir à leurs membres des services et des installations propices à de saines habitudes de vie. Il se peut notamment que les petites collectivités manquent de ressources pour aménager des installations récréatives ou d'autres services de santé nécessaires. Des contraintes d'ordre général en matière de ressources peuvent compromettre la capacité des collectivités d'aménager des environnements favorables (p. ex. certaines collectivités ont des centres de soins pour personnes âgées ou des centres de santé qui ne répondent plus aux besoins d'une population croissante ou n'ont pas assez de ressources financières pour acheter les équipements et les fournitures nécessaires aux programmes). Selon quelques membres des collectivités, en particulier les plus petites, la collectivité a besoin de plus d'installations et de plus de possibilités d'organiser des activités sportives pour les enfants.

4.4.3 Dans quelle mesure le résultat à long terme a-t-il été obtenu?

Résultat à long terme : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins (AAP 3.1 RA 1) de sorte à améliorer leur état de santé.

Les programmes des groupes VS et DES peuvent s'adapter aux besoins et y répondre. Les collectivités disposent de la marge de manœuvre nécessaire pour ajuster la combinaison de programmes et de services à leurs priorités et à l'évolution de leurs besoins en matière de santé. Les programmes peuvent être adaptés sur le plan culturel, et les accords de financement offrent une certaine souplesse pour répondre à l'évolution des besoins en matière de santé. Par contre, certaines collectivités (surtout petites, éloignées ou isolées) ont signalé que le manque de programmes ou de services de soutien et le besoin de recruter du personnel supplémentaire pourraient nuire à la souplesse des programmes des groupes VS et DES et à l'état de santé général des membres des Premières Nations et des Inuits. On a constaté une amélioration de l'état de santé, comme en témoignent la baisse du nombre de caries chez les enfants, la baisse du taux de glycémie ou de la tension artérielle, la perte de poids et l'augmentation du nombre de femmes qui allaitent.

Programmes et services adaptés aux besoins des collectivités

Au cours des visites sur le terrain, les directeurs des services de santé, le personnel communautaire et les membres de la collectivité ont formulé des commentaires positifs sur la capacité des programmes des groupes VS et DES de répondre aux besoins. Selon certains directeurs, les programmes répondent aux besoins de leur collectivité en matière de santé dans une certaine mesure ou le mieux possible, compte tenu du niveau de financement disponible, mais des lacunes demeurent. De plus, selon quelques employés communautaires et membres de la collectivité, celle-ci est en mesure d'offrir une gamme de services et d'activités pour répondre aux besoins de santé. La plupart des employés des collectivités se disent en mesure de prendre des décisions et de planifier des programmes selon les besoins de la collectivité, et indiquent que le personnel sollicite l'avis de la collectivité au moment de la planification des programmes, notamment par l'entremise de sondages, d'évaluations de projet et de commentaires non officiels. La plupart des employés communautaires interrogés (84 %) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour affirmer que les programmes des groupes VS et DES répondent aux besoins de leur collectivité, et la majorité des membres de la collectivité (75 %) indiquent que les activités offertes répondent aux besoins de la collectivité.

De plus, d'après la plupart des employés de l'AC et des bureaux régionaux, les programmes des groupes VS et DES sont adaptés aux besoins de la collectivité. Certains précisent que la souplesse des programmes constitue une caractéristique essentielle qui permet aux collectivités de les adapter à leurs priorités et à l'évolution de leurs besoins en matière de santé. Selon le personnel de la DGSPNI, les programmes sont conçus pour répondre aux besoins de santé ciblés par les partenaires inuits et des Premières Nations en ce qui concerne la gestion et la prévention

des maladies chroniques, et le soutien aux enfants et aux mères. Le personnel de programme a principalement été recruté au sein même de la collectivité en question, ce qui a été jugé comme un élément clé de l'adaptation des programmes aux priorités de la collectivité.

Les efforts déployés avec les partenaires inuits et des Premières Nations pour passer à des accords de financement plus souples sont perçus comme un moyen de renforcer les capacités des collectivités en ce qui a trait à la concentration des fonds dans des volets de programmes prioritaires. Selon les représentants des gouvernements territoriaux interrogés, les programmes sont adaptés aux besoins de la collectivité.

Durant les visites sur le terrain, les directeurs des services de santé, le personnel et les membres de la collectivité ont indiqué que les programmes adaptés à leurs besoins particuliers faisaient appel à la participation des aînés et intégraient l'artisanat, les aliments, les méthodes de parentage et les enseignements traditionnels. De plus, dans le cadre des programmes, on veille au respect des pratiques culturelles chères aux membres de la collectivité, en tenant compte du fait que ces derniers ne souhaitent pas tous prendre part à des activités traditionnelles. Plusieurs évaluations de programmes ou de projets particuliers attribuaient le succès de ceux-ci à l'intégration d'éléments culturels, comme dans le cas du projet de prévention du diabète dans les écoles de Kahnawake, au Québec, axé sur l'inclusion d'activités traditionnelles et de coutumes (DGSPNI, 2012e, p. 74), et le Diabetes Self-Management Journey (parcours d'autogestion du diabète), une initiative dans le cadre de laquelle des séances d'information sur le diabète adaptées à la culture ont été offertes aux membres des collectivités autochtones de la région de l'Atlantique (DGSPNI, 2012e, p. 80).

Selon de nombreux représentants des collectivités, il faut intégrer des approches culturellement pertinentes pour veiller à ce que les programmes et les services répondent aux besoins de la collectivité. De nombreux dirigeants et employés communautaires indiquent qu'il s'agit là d'une caractéristique commune aux programmes des groupes VS et DES des collectivités. À titre d'exemple, quelques directeurs des services de santé constatent une reconnaissance croissante, au sein de leur collectivité, des bienfaits en matière de santé et de mieux-être de leurs activités et régimes traditionnels et indiquent que des mesures sont mises en œuvre pour intégrer un volet langagier, des méthodes de parentage traditionnelles, des enseignements traditionnels, des aliments traditionnels et d'autres aspects traditionnels dans les programmes. Dans toutes les séances de discussion de groupe réunissant des employés communautaires, les employés soulignent l'importance d'intégrer des activités culturelles. Certains indiquent qu'il s'agit là d'un domaine d'intérêt croissant, alors que d'autres soulignent que les aspects culturels ont toujours constitué une caractéristique importante des programmes. Selon certains membres de la collectivité, les activités et les enseignements traditionnels sont importants, ou ils disent apprécier les aspects culturels couverts par les programmes.

Selon les employés communautaires, les parents souhaitent que leurs enfants s'approprient leur culture, et ils se réjouissent lorsqu'ils constatent que leurs enfants parlent leur langue traditionnelle. Quelques parents au sein des groupes de discussion réunissant les membres de la collectivité confirment leur appui aux activités culturelles et se disent particulièrement fiers que leurs enfants aient appris leur langue autochtone, surtout les parents qui ne maîtrisent pas la langue. De même, dans le cadre d'une évaluation des programmes du PAPAN au Manitoba, la

majorité des répondants (80 % des parents et 87 % des autres intervenants) ont dit que les programmes du PAPAR reposaient sur les valeurs et les croyances culturelles autochtones. (Kaplan & Komishin, 2011, p. 19–20).²²

Autres besoins ciblés par la collectivité

Il y a cependant d'autres besoins ou d'autres lacunes à combler en ce qui a trait aux services. Certains employés communautaires signalent la nécessité de certains programmes non accessibles à leur collectivité, comme la dentothérapie/l'ISBE, la lutte contre l'ETCAF et le PSSMI, ou d'autres services de soutien en complément à leurs programmes actuels, dont des services de spécialistes, des services diagnostiques et des thérapeutes. Quelques représentants d'organismes autochtones interrogés expriment des préoccupations du même ordre. À titre d'exemple, ils estiment nécessaire de renforcer les liens entre les programmes et d'autres services (comme les services de santé mentale), et soulignent que les collectivités ne sont pas toutes en mesure d'offrir chaque programme.

Durant les visites sur le terrain, les représentants communautaires de tous les échelons ont convenu du besoin d'un plus grand nombre d'employés, d'installations et de ressources pour appuyer l'élaboration des programmes. Selon certains directeurs des services de santé, il faut augmenter le personnel de certains programmes, dont l'IDA, le PCNP-VPNI et l'ISBE. À titre d'exemple, les niveaux de financement ne sont pas toujours perçus comme étant suffisants pour l'IDA, en raison de l'importance de l'enjeu que constitue le diabète pour les collectivités. Selon les directeurs des services de santé et les membres de la collectivité, leur collectivité gagnerait à proposer plus d'activités d'éducation ou de dépistage ou plus de programmes liés à la santé en général; tous ces éléments nécessiteraient des fonds supplémentaires. Quelques représentants d'organisations autochtones disent avoir l'impression que le financement n'a pas suivi la croissance démographique.

Parmi les autres exemples fournis par le personnel communautaire, mentionnons la nécessité de résoudre les problèmes liés à la pauvreté, à la sécurité alimentaire (qui revêt une importance particulière pour les collectivités du Nord et les collectivités éloignées), aux mauvaises conditions de logement et à la toxicomanie.

Résultats liés à l'état de santé des participants

Les documents analysés aux fins de l'évaluation donnent des exemples d'amélioration de l'état de santé, dont les suivants :

- Certains participants au programme Diabetes Self-Management Journey (DSMJ) disent avoir perdu du poids, prendre moins de médicaments et avoir réduit leur consommation de tabac. (DGSPNI, 2012e, p. 79–81).

²² Parmi les autres intervenants figurent des employés, des gestionnaires et des coordonnateurs du PAPAR, des éducateurs et des professionnels de la santé.

- Le programme Living in Balance de la Première Nation de Chapel Island, dans la région de l'Atlantique, comportait un programme de marche (10 000 pas par jour), des volets de sensibilisation au diabète, de prévention du diabète et de sensibilisation à une saine alimentation, et des cours de cuisine. Many participants experienced reduced blood pressure and glucose levels, as well as weight loss (DGSPNI, 2012e, p. 76–78).
- On a constaté que les enfants ayant participé au PAPAN avaient davantage confiance en eux, une meilleure estime d'eux-mêmes, étaient plus indépendants et avaient de meilleures aptitudes sociales.
- Une analyse des 18 collectivités visitées aux fins de l'évaluation révèle une augmentation du pourcentage moyen de clients au sein des collectivités qui ne présentaient aucune carence et dont aucune dent permanente n'était cariée, extraite ou obturée; ce pourcentage est passé de 30,4 % en 2005 à 36,6 % en 2008. (DGSPNI, 2009a, p. 1).
- Une analyse plus récente réalisée par l'Unité dentaire régionale de la région du Manitoba illustre l'incidence de l'ISBE et des services dentaires sur les collectivités des Premières Nations de cette région. La comparaison de deux collectivités bénéficiant des services de l'ISBE et de dentothérapie à quatre collectivités ne bénéficiant pas de ces services a permis de constater une prévalence beaucoup moins élevée de dents permanentes cariées, entre autres constatations positives, dans les deux bénéficiant des services. (DGSPNI, région du Manitoba, unité dentaire régionale, 2014, p. 3-4).
- Le nombre moyen de dents permanentes cariées par enfant est de 0,84 au sein des collectivités bénéficiant de services de l'ISBE et de dentothérapie, contre 1,95 chez les collectivités n'ayant pas accès à ces services. Le nombre moyen de dents permanentes extraites s'élève respectivement à 0,10 et 0,51. Plus du tiers (39,8 %) des enfants des collectivités bénéficiant de services de l'ISBE et de dentothérapie n'ont aucune dent permanente cariée, extraite ou obturée, contre 13,1 % des enfants des collectivités n'ayant pas accès à ces services. L'analyse a révélé que l'application de scellants dentaires réduit la prévalence de la carie et qu'il y a une corrélation positive entre la diminution du nombre de caries et l'accessibilité des services de l'ISBE et de dentothérapie dans les collectivités (DGSPNI, Région du Manitoba, unité dentaire régionale, 2014, p. 3).

D'autres améliorations de l'état de santé ont été signalées au cours des visites sur le terrain. Quelques participants aux programmes font état d'une amélioration du taux de glycémie, d'une perte de poids et de dents plus saines chez leurs enfants.

Défis liés à l'obtention des résultats à long terme

En ce qui concerne les services et divers autres besoins, des lacunes nuisent à la pleine efficacité des programmes des groupes VS et DES, ainsi qu'à l'amélioration de l'état de santé des Inuits et des Premières Nations. Bien qu'on ait établi que cet élément était problématique à tous les niveaux, il l'est particulièrement pour les collectivités de petite taille, éloignées ou isolées. À titre d'exemple, on manque de ressources pour le recrutement du personnel et l'acquisition des locaux, des fournitures et des équipements nécessaires à l'exécution des programmes, et le manque d'accès à d'autres services de soutien en complément aux programmes des groupes VS et DES risque de nuire à la souplesse des services et d'avoir une incidence sur l'état de santé. De

plus, d'autres facteurs comme la pauvreté, le mauvais état des logements, la toxicomanie et les problèmes de santé mentale peuvent entraver davantage les efforts visant à améliorer l'état de santé.

4.5 Rendement : Enjeu n° 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité

Contexte de la mesure de l'économie et de l'efficacité

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration de l'économie et de l'efficacité comme une mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés vers la production des résultats attendus. Cette évaluation se fonde sur le principe selon lequel tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et les systèmes financiers lient l'information relative au coût des programmes à certains intrants/extrants, à certaines activités et à certains résultats attendus.

L'information financière fournie pour le programme n'a pas facilité l'évaluation visant à déterminer si les extrants de programme étaient produits de façon efficace ou si on avait obtenu les résultats attendus à moindre coût. L'absence de données sur les coûts liés aux extrants et aux résultats a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. En ce qui concerne l'évaluation de l'économie, la difficulté à faire un suivi du financement dans le cadre du budget global des programmes a limité l'évaluation. Celle-ci génère donc des observations sur l'économie et l'efficacité fondées sur les conclusions découlant de l'analyse de la documentation existante, des entrevues auprès d'intervenants clés et des données financières existantes. Ces conclusions portent sur la pertinence et l'utilisation des données de mesure du rendement à l'appui d'une exécution et d'une évaluation économiques et efficaces des programmes.

La structure des groupes VS et DES pose des problèmes majeurs, qui limitent l'analyse de l'économie et de l'efficacité :

- On peut mesurer l'efficacité de chaque programme de subventions et de contributions à l'échelle fédérale selon les coûts d'administration du financement. Habituellement, le rapport entre les charges d'exploitation (crédit 1) et les subventions et contributions déboursées (crédit 10) varie grandement. Des facteurs régionaux, la capacité des collectivités et la nature du problème à l'étude peuvent tous entraîner d'importantes variations de ce rapport. Il importe que les gestionnaires surveillent ces variations pour se faire une idée de l'efficacité globale de la répartition des ressources aux collectivités. L'évaluation n'a donc produit que des observations générales sur l'efficacité de chaque programme, fondées sur l'analyse de la documentation existante, les entrevues avec les intervenants clés et les données financières disponibles, puisque les programmes ne font aucun suivi des dépenses par activité distincte (établissement du coût des articles).

- On pourrait mesurer l'efficacité de chacun des projets à l'échelle communautaire en faisant correspondre les ressources totales (provenant de toutes les sources de financement) avec les activités, les extrants et les résultats obtenus dans un secteur de service donné. Pour ce faire, on a besoin de données communautaires sur l'utilisation des ressources et les résultats obtenus. Or, le suivi du rendement (MRC) ne permet pas de recueillir une information assez détaillée pour procéder à de telles évaluations.

Cette évaluation de l'économie et de l'efficacité, de même que l'analyse de la documentation sur les modèles de programme semblables à ceux des groupes VS et DES, révèlent que l'approche de l'élaboration et de l'instauration des programmes concorde avec les pratiques exemplaires établies. Bien que, pour de nombreux volets de l'exécution des programmes, on utilise efficacement les ressources actuelles, il est possible d'améliorer davantage le rapport coût-efficacité global des programmes des groupes VS et DES.

Observations sur l'économie

L'approche de la promotion de la santé et de la prévention des maladies appliquée aux programmes des groupes VS et DES mise sur de bonnes pratiques en matière de prestation de soins qui visent à améliorer les résultats pour la santé; elle s'est d'ailleurs révélée rentable (avantageuse sur le plan économique) à long terme.

Les dépenses réelles respectives des groupes VS et DES pour la période d'évaluation figurent ci-après. On estime que 185 millions de dollars ont été alloués au groupe VS, de 2010-2011 à 2012-2013 (DGSPNI, 2013h, p. 6) et le tableau 4 révèle que les dépenses réelles consacrées au groupe DES ont totalisé \$172,96 millions de dollars, dont 78 % pour les contributions, 16 % pour les salaires et traitements et 6 % pour les autres frais d'exploitation. Le tableau 3 révèle que les dépenses réelles consacrées au groupe DES ont totalisé 547,5 millions de dollars, dont 91 % pour les contributions, 6 % pour les salaires et traitements et 3 % pour les autres frais d'exploitation. Soulignons que les salaires et autres frais d'exploitation représentent 17 % des dépenses affectées au groupe VS en 2012-2013, mais seulement 6 % des dépenses affectées au groupe DES; cela révèle une approche globale de gouvernance très différente entre les deux groupes.

Les dépenses réelles respectives des programmes ou volets des groupes VS et DES figurent aux tableaux 3 et 4. L'IDA représente 71 % des dépenses de VS en 2012-2013, alors que le PPAR représente 44 % des dépenses de DES²³.

²³ La distribution des montants prévus par les accords de contribution varie considérablement d'un programme à l'autre et d'une région à l'autre, en raison de nombreux facteurs contextuels qui influent sur les coûts d'exécution des différents programmes et des programmes destinés aux collectivités. Cette variation contextuelle peut être attribuée à divers facteurs, comme la taille de la collectivité, sa capacité, ses besoins; le niveau de soutien offert par région/programme; les éléments du programme comprenant des volets de VS et de DES; les inducteurs de coût comme l'éloignement.

Tableau 3 : Dépenses réelles (en M\$) pour les services de VS, de 2010-2011 à 2012-2013, et de DES, de 2008-2009 à 2012-2013ⁱ

Dépenses	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Totaux
	M\$					
Vie saine						
Salaires et traitements/Programme étudiant			8,517	9,562	9,256	
Autres frais d'exploitation			3,759	3,564	2,805	
Dépenses en capital secondaires			0,065	0,102	0,069	
Contributions			48,090	44,067	43,101	
Total			60,431 \$	57,295 \$	55,231 \$	172,96 \$
Développement des enfants en santé						
Salaires et traitements/Programme étudiant	5,740	6,386	6,425	6,210	5,992	
Autres frais d'exploitation	5,494	4,396	3,348	2,381	1,715	
Dépenses en capital secondaires	0,031	0,062	0,163	-	-	
Contributions	98,256	100,801	99,517	102,803	97,768	
Total	109,520 \$	111,645 \$	109,452 \$	111,393 \$	105,475 \$	547,50 \$
i Incluant les dépenses de toutes les régions. Remarque : Le total peut être différent de la somme en raison des sommes arrondies. Source: (DGSPNI, 2013e, 2013f)						

Tableau 4 : Dépenses réelles (en M\$) pour les volets de programme du groupe VS, de 2010-2011 à 2012-2013ⁱ

Programmes/Volets	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total des fonds affectés (de 2010-2011 à 2012-2013)	
	M\$			M\$	%
IDA	38,95	42,66	41,74	123,35	71%
NNC ⁱⁱ	1,27	2,63	2,64	6,54	4%
Nutrition	1,95	1,73	1,44	5,12	3%
Prévention des maladies chroniques	0,52	0,66	0,74	1,91	1%
Prévention des blessures	-	0,50	0,36	0,86	<1%
Dentothérapie	8,67	9,12	8,30	26,09	15%
Transfert pour la PMCB	9,08	-	-	9,08	5%
Total	60,43 \$	57,30 \$	55,23 \$	172,96 \$	100%
i Incluant les dépenses de toutes les régions. ii Aucune dépense salariale pour NNC. Seules les dépenses de décembre 2010 à mars 2011 sont comprises. Remarque : Le total peut être différent de la somme en raison des sommes arrondies. Source: (DGSPNI, 2013f)					

Tableau 5 : Dépenses réelles (en M\$) pour les programmes du groupe DES, de 2008-2009 à 2012-2013ⁱ

Programmes/Volets	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	Total des fonds affectés (de 2008-2009 à 2012-2013)	
						M\$	%
ETCAF	12,01	12,72	9,74	10,50	9,68	54,65	10%
PCNP-VPNI	10,90	11,83	11,31	14,65	14,08	62,77	11%
SMI	21,91	21,76	21,04	23,23	20,56	108,50	20%
PAPAR	48,52	48,27	48,18	49,32	44,29	238,59	44%
ISBE	4,53	4,78	5,61	5,02	4,88	24,82	5%
DES Centre ON	-	-	-	7,91	11,48	19,39	4%
DES AC	6,81	7,97	10,53	0,77	0,50	26,58	5%
Transfert pour le DES	4,84	4,31	3,05	-	-	12,20	2%
Total	109,52 \$	111,64 \$	109,45 \$	111,39 \$	105,48 \$	547,49 \$	100%

ⁱ Incluant les dépenses de toutes les régions.

Remarque : Le total peut être différent de la somme en raison des sommes arrondies.

Source: (DGSPNI, 2013e)

Observations sur l'efficacité

Les groupes VS et DES prônent de saines pratiques et des activités de prévention des maladies jugées efficaces dans la documentation existante. On a également atteint l'efficacité grâce aux mesures prises par la DGSPNI pour améliorer l'exécution des programmes et faire un usage efficace des ressources, notamment des cliniques mobiles de dépistage du diabète et le personnel de santé des collectivités, dont les thérapeutes dentaires. D'autres améliorations liées à l'exécution des programmes pourraient renforcer davantage l'efficacité.

L'examen de la documentation existante corrobore et appuie l'aspect essentiel des programmes des groupes VS et DES, qui sont axés sur un grand nombre de déterminants de la santé. DES cherche pour sa part à améliorer la santé des enfants inuits et des Premières Nations le plus tôt possible dans leur vie. Les études démontrent constamment que plus l'intervention survient tôt dans la vie, plus la probabilité d'une atténuation des risques et des désavantages est grande. (Conti & Heckman, 2013, p. 135). En outre, il y a consensus dans les ouvrages portant sur les soins de santé, à savoir que la gestion des maladies chroniques et les soins de santé primaires visant à promouvoir le bien-être, le dépistage et les soins préventifs contribuent à améliorer les résultats sanitaires et à baisser les coûts globaux associés aux soins de santé (Barr et al., 2003, p. 75; Weintraub et al., 2011, p. 970-972).

La documentation existante indique que les programmes des groupes VS et DES concordent avec les approches adoptées par les programmes d'autres régions. À titre d'exemple, le PAPAR, grandement inspiré du programme Head Start des États-Unis, a conservé la souplesse du modèle en matière de prestation et de contenu afin de répondre aux besoins de la collectivité et de garantir la pertinence culturelle. (Zhai, Brooks-Gunn et Waldfogel, 2011, p. 4-5). D'autres programmes des groupes DES, de même que ceux des groupes VS, observent ces mêmes principes. En Australie, le gouvernement a mis en œuvre l'Indigenous Chronic Disease Package

(programme de lutte contre les maladies chroniques chez les Autochtones) en réaction à l'augmentation de l'incidence du diabète, des maladies respiratoires chroniques, des maladies cardiovasculaires et d'autres problèmes chez les populations autochtones et insulaires du détroit de Torres. (Department of Health and Ageing, 2010, p. 2). Semblable à l'IDA, l'Indigenous Chronic Disease Package favorise les activités qu'entreprennent les collectivités pour encourager l'adoption de saines habitudes de vie et la prévention des maladies grâce à des programmes d'éducation, d'intervention et de renforcement des capacités des travailleurs de la santé au sein des collectivités (Australian Institute of Health and Welfare et Australian Institute of Family Studies, 2012, p. 4–5).

En ce qui a trait aux programmes des groupes VS et DES, la souplesse de la structure et des modèles d'exécution a permis aux collectivités d'adopter diverses autres approches. Ces autres approches peuvent générer des extrants comparables de façon plus efficiente ou plus efficace, mais peu de données quantitatives permettent l'évaluation directe de l'efficacité à cet égard. La documentation existante confirme la rentabilité du modèle de dotation communautaire appliqué aux programmes des groupes VS et DES. Dans de nombreux pays, les pratiques actuelles de promotion de la santé et de prévention des maladies dépendent des travailleurs de la santé communautaire, surtout dans les endroits où la culture et la géographie peuvent constituer des obstacles. (AADE, 2009, p. 1).²⁴ Une étude du programme de gestion du diabète faisant appel à des travailleurs de la santé communautaire à Hawaï, dont la clientèle est principalement constituée d'Hawaïens et de Samoans présentant un taux de glycémie élevé, a révélé que les travailleurs de la santé communautaire établissent des liens personnels étroits avec les clients, assurent la liaison avec les autres membres d'une équipe multidisciplinaire pour faciliter l'élaboration d'un plan de gestion approprié et contribuent à la réduction des niveaux de risque chez les clients et de l'ensemble des coûts pour le réseau de la santé. (Beckham, Bradley, Washburn et Taumua, 2008, p. 416).

Bien qu'il soit difficile d'estimer les avantages économiques de tels programmes et malgré la controverse liée aux économies globales découlant des interventions préventives, une évaluation du Perry Preschool Project fait état d'un rendement des investissements de 7 à 11 % et d'avantages sociaux globaux de 8 à 14 \$ par dollar investi. (Trefler, 2009, p. 681–682). Une autre étude portant sur le programme Head Start des États-Unis a révélé que ce programme constituait un investissement gouvernemental rentable dont le rendement du capital investi est estimé à 3,69 \$ par dollar en réductions des dépenses gouvernementales futures, comme les coûts liés à la criminalité. (Garces, Thomas et Currie, 2000, p. 3).

²⁴ Le rôle du travailleur de la santé communautaire comporte deux volets : offrir de la formation et soutenir l'action locale dans le but d'accroître la participation au système de santé; renseigner les prestataires de soins de santé sur les besoins de la collectivité, en tenant compte de la pertinence culturelle des interventions liées aux programmes. (Association canadienne du diabète, s.d.).

Des interventions particulières de certaines collectivités, mentionnées dans la documentation existante, se sont également révélées rentables en évitant des dépenses futures. À titre d'exemple, les cliniques mobiles de dépistage du diabète ont généré d'importantes économies à plusieurs endroits au Canada. Certaines de ces cliniques ont d'ailleurs reçu un financement des programmes des groupes VS et DES destinés aux Inuits et aux Premières Nations. (Jin, 2014).

Les employés de l'AC et des bureaux régionaux interrogés pour l'évaluation s'attendaient à ce que la dotation à l'échelle communautaire contribue à l'efficacité des programmes, puisque ces membres de la collectivité possèdent déjà de précieuses connaissances à propos de la collectivité, et ont tissé des liens importants au sein de celle-ci. Le recrutement au sein de la collectivité génère des économies, étant donné qu'il n'y a pas de frais de déménagement à assumer et que les employés de la collectivité sont plus susceptibles de vouloir demeurer sur place et conserver leur poste, ce qui réduit le roulement du personnel.

Selon les employés de la DGSPNI interrogés pour l'évaluation, les services des thérapeutes dentaires sont de qualité supérieure et rentables par rapport à ceux des dentistes, dont les honoraires sont plus élevés, surtout si on tient compte des frais de déplacement nécessaires aux visites du dentiste dans la collectivité ou aux visites des clients chez des dentistes de l'extérieur. De même, dans son évaluation du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP), l'ASPC a constaté des bienfaits immédiats pour la santé et des économies escomptées en matière de soins de santé, bien qu'il n'ait pas été possible d'estimer la rentabilité réelle. (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Cependant, il convient de noter que l'économie et l'efficacité de la plupart des volets des programmes des groupes VS et DES n'ont pas été évaluées.

On doit un autre exemple particulier d'efficacité à l'Association canadienne du diabète, en l'occurrence au Modèle canadien des coûts du diabète, qui prévoyait que le fardeau économique total du diabète au Canada se chiffrerait en 2010 à 12,2 G\$ (en dollars de 2005), soit près de deux fois plus qu'en 2000 (5,9 G\$), et qu'il atteindrait 16,9 G\$ en 2020. (Canadian Diabetes Association, 2009, p. 12–13). À l'aide de ce modèle, l'Association canadienne du diabète estime que sa stratégie de prévention permettrait, toutes choses égales par ailleurs, une diminution de 16 % du nombre de personnes atteintes du diabète, une réduction de 9 % des coûts directs (soit 0,3 G\$) et une réduction de 7 % des coûts indirects (1 G\$). (Canadian Diabetes Association, 2009, p. 16–17). L'Association canadienne du diabète a recommandé qu'on apporte des améliorations à l'IDA : augmenter les investissements, passer plus souvent de la recherche aux interventions pratiques, et accorder plus d'importance à la pertinence culturelle des programmes de prévention et de gestion du diabète. (Canadian Diabetes Association, 2009, p. 19).

Selon le personnel de l'AC et des bureaux régionaux interrogé, voici certaines des autres économies découlant des approches appliquées à l'exécution des programmes des groupes VS et DES :

- Selon quelques représentants communautaires, certaines collectivités, principalement les plus grandes dont les ressources et les liens sont plus nombreux, arrivent à accéder à d'autres sources de financement pour augmenter le budget des groupes VS et DES et raffermir leurs programmes.

- Les employés voient dans les équipes multidisciplinaires une façon très efficace d'aider les collectivités à utiliser efficacement les ressources en vue de planifier et d'offrir les programmes; on peut notamment recourir aux services de télésanté pour la formation et à d'autres initiatives de prestation de services.
- La collaboration entre les programmes, ainsi qu'avec d'autres intervenants, pour les activités, la planification ou les initiatives de formation, est perçue comme un mode d'utilisation efficace des ressources qui permet de minimiser les coûts.
- La mise en œuvre des accords visant l'Approche axée sur le mieux-être dans le Nord dans les territoires évite désormais aux collectivités de devoir présenter différentes propositions annuelles aux territoires, ce qui permet aux employés de faire meilleur usage de leur temps en se concentrant davantage sur les programmes. Le financement pluriannuel contribue, quant à lui, à rendre le financement plus prévisible, ce qui favorise une planification des programmes à plus longue échéance, de même que le maintien en poste du personnel.

Pour mesurer l'efficacité, il fallait notamment déterminer si les intervenants entrevoient des solutions de rechange pour l'exécution des programmes des groupes VS et DES, à la lumière de nombreuses suggestions sur l'amélioration des programmes existants. Certains employés de la DGSPNI ont suggéré une intégration améliorée des programmes pour faire un meilleur usage des fonds disponibles et poursuivre le travail déjà amorcé, afin d'éviter le cloisonnement qui prévalait antérieurement. Selon quelques-uns de ces intervenants clés, les programmes des groupes DES pourraient être mieux intégrés. Quelques employés de la DGSPNI ont affirmé qu'il y aurait lieu d'envisager des solutions de rechange comme celles énumérées plus tôt, afin de fournir à toutes les collectivités un accès équitable aux programmes.

De nombreux facteurs contextuels influent sur l'exécution des programmes dans les collectivités, comme l'emplacement géographique, un regroupement avec d'autres collectivités, la capacité des collectivités en matière de planification, d'élaboration et d'instauration de programmes, les niveaux de soutien offert par région/par programme, les éléments de programme comportant des volets de VS et de DES, et les inducteurs de coûts comme l'éloignement. Ces variations pourraient par contre étayer une analyse par les gestionnaires, qui leur permettra de mieux comprendre la façon d'adapter les mécanismes d'exécution et les capacités en vue d'accroître l'efficacité.²⁵

²⁵ Il importe de souligner que l'utilisation de données financières aux fins de l'évaluation de l'économie et de l'efficacité peut se révéler problématique si toutes les données ne sont pas divulguées. Les dossiers financiers de certains programmes n'indiquent pas toutes les dépenses pour lesquelles des transferts ont été faits à d'autres directions en lien avec le travail de soutien du groupe VS, comme le transfert de 5 M\$ au programme Soins à domicile et communautaires pour la formation de personnel infirmier sur les lignes directrices de pratique clinique. Les coûts des programmes varient fortement d'une région à l'autre, ce qui s'explique par les nombreux facteurs contextuels influant sur les coûts d'exécution des différents programmes dans les régions et les collectivités.

5.0 Conclusions

1. L'évaluation démontre que le gouvernement fédéral est sans cesse appelé à répondre aux besoins constants que soulèvent les programmes de vie saine et de développement des enfants en santé. Ces initiatives concordent avec les priorités du Ministère, qui cherche à faciliter l'accès aux soins de santé, l'amélioration de l'état de santé et le renforcement du contrôle, par les Inuits et les Premières Nations, des ressources affectées à la santé de leurs collectivités.
2. Les collectivités inuites et des Premières Nations en savent davantage sur les questions liées à la vie saine et au développement des enfants en santé, et prennent des mesures pour multiplier l'adoption de saines habitudes de vie grâce aux programmes des groupes VS et DES. L'évaluation a confirmé l'amélioration de l'état de santé, grâce à une meilleure santé buccodentaire chez les enfants, à la réduction de la glycémie ou de la tension artérielle, à la perte de poids et à l'allaitement.
3. Parallèlement au renforcement de la collaboration entre les programmes des groupes VS et DES, qui a favorisé une prestation améliorée des services, il existe des possibilités de resserrer la collaboration entre l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI, ainsi qu'entre la DGSPNI et les organisations autochtones, et de collaborer avec d'autres fournisseurs de services et partenaires communautaires. Les programmes du groupe DES pourraient notamment bénéficier d'une intensification de la collaboration et de l'intégration.
4. On a constaté que le renforcement des capacités facilite l'exécution des programmes. Toutefois, les régions et les collectivités ont cerné des problèmes liés à la prestation de la formation et à la participation à celle-ci. Là où les programmes existent, ils sont accessibles. Malheureusement, certaines collectivités (surtout petites, éloignées ou isolées) n'ont pas le même accès aux programmes et au financement, ce qui limite leur accès aux programmes et aux services dont elles ont besoin.
5. L'évaluation a révélé que les programmes peuvent être adaptés et répondre aux besoins de la collectivité. Les programmes vont dans le sens des pratiques de promotion de la santé et de prévention des maladies, en offrant des soins primaires préventifs au sein de la collectivité dans le but d'améliorer les résultats pour la santé à un coût moins élevé à long terme.
6. La mesure du rendement s'est améliorée, surtout pour la mesure des résultats intermédiaires et à long terme. Par contre, on pourrait mettre davantage l'accent sur les indicateurs de rendement et sur la collecte de données à l'appui des résultats immédiats (plus précisément, la portée et l'accessibilité des programmes des groupes VS et DES), afin de mieux appuyer le suivi des programmes, à des fins de planification et de production de rapports.

6.0 Recommandations

Les présentes recommandations se fondent sur les constatations se rapportant à chacun des résultats examinés dans le cadre de l'évaluation, et sur les conclusions tirées des principales constatations.

1. **Multiplier les efforts de collaboration avec les intervenants, partenaires et autres fournisseurs de services afin de conserver les partenariats et de garantir l'intégration des programmes.**

Il est possible d'améliorer la coordination et l'intégration des programmes, tant à l'échelle de la DGSPNI que des collectivités. Bien que les collectivités aient amorcé la formation de partenariats et la mise en commun d'activités et de services entre les programmes similaires, un examen pourrait les aider à élaborer une stratégie afin de mieux intégrer les programmes dans leur propre collectivité, et de collaborer avec d'autres collectivités et fournisseurs de services à la réalisation d'économies, compte tenu des ressources limitées.

2. **Poursuivre les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et leur qualité.**

Il est possible de mieux comprendre le mode d'attribution du financement à l'échelle des programmes et des collectivités. Cela permettrait de cerner des façons de réduire les inégalités qui semblent exister entre les programmes de certaines collectivités (petites, éloignées et isolées).

En raison du rôle important que jouent les employés communautaires dans le cadre des programmes des groupes VS et DES, il faut offrir un soutien constant au renforcement des capacités pour faire en sorte que les employés possèdent les connaissances et les compétences nécessaires à l'offre de programmes et de services efficaces et de qualité. Le fait de soutenir les efforts déployés par certaines régions pour instaurer des stratégies de renforcement des capacités peut accroître la portée des programmes, l'accès à ceux-ci et la constance des approches en matière de formation.

3. **Rationaliser et instaurer un système de mesure du rendement amélioré.**

La collecte de données et la mesure du rendement constantes ont permis de surveiller les progrès réalisés vers l'obtention des résultats attendus et l'appui de l'évaluation. Les données qualitatives recueillies au cours de l'évaluation, ainsi que des sources de données comme le modèle de rapport communautaire (MRC), le Modèle de rapport sur les résultats obtenus en santé dans le Nord (MRRSN), l'Enquête régionale sur la santé et les études menées par la DGSPNI, ont été précieuses, car elles ont créé un contexte et un certain niveau de détail, surtout quand elles étaient corroborées par d'autres données probantes.

On pourrait améliorer le MRC et, éventuellement, le MRRSN, afin de favoriser une collecte régulière de données auprès des collectivités, qui permettrait de mesurer le degré d'obtention des résultats, surtout à court terme, comme l'élargissement de la portée des programmes, la participation à ceux-ci et leur accessibilité. Un modèle logique révisé, comportant moins de résultats à mesurer et des paramètres et objectifs clairement définis pour les résultats attendus, faciliterait encore plus ce processus. Par ailleurs, il importe d'offrir du soutien et des ressources aux régions et aux collectivités pour la collecte, la gestion et l'analyse des données, car les responsabilités des régions changent constamment et les collectivités jouent un rôle important dans l'exécution des programmes.

Annexe 1 – Références

- AADE. *AADE position statement: Community health workers in diabetes management and prevention*, American Association of Diabetes Educators, 2009. Sur Internet : <http://www.diabeteseducator.org/export/sites/aade/resources/pdf/CommunityHealthWorkerPositionStatement2009.pdf> (en anglais seulement).
- ABORIGINAL DIABETES INITIATIVE. *Aboriginal Diabetes Initiative: Community worker training scan*, 2012.
- ADI National Capacity Building Advisory Committee. *Community diabetes prevention worker competency framework*, 2011.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, Ottawa. ISBN 978-1-100-98220-5, 2011. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-fra.pdf>.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *La tuberculose au Canada 2012 - Prédifussion*, 2014. Consulté le 15 mai 2014 sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan12pre/index-fra.php>.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (ASPC). *Évaluation sommative du Programme canadien de nutrition prénatale 2004-2009*, 2010. Consulté le 13 février 2014 sur Internet : http://www.phac-aspc.gc.ca/about_a propos/evaluation/reports-rapports/2009-2010/cpnp-pcnp/index-fra.php.
- AL-SAHAB, B., Saqib, M., Hauser, G., et Tamim, H. « Prevalence of smoking during pregnancy and associated risk factors among Canadian women: a national survey », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 10(1), 24. doi:10.1186/1471-2393-10-24 (2010).
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, Université de Montréal, et University of Ottawa. *First Nations Food, Nutrition and Environment Study: Ontario Report Executive Summary (2011-2012)*, 2012. Consulté le 25 juillet 2014 sur Internet : http://www.EANEPN.ca/docs/EANEPN_executive_summary- Ontario Region .pdf (en anglais seulement).
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, University of Northern British Columbia, et Université de Montréal. « First Nations Food, Nutrition, and Environment Study, Summary of results: British Columbia », 2011. Sur Internet : <http://www.EANEPN.ca/docs/BC%20Reports/BC%20region%20final%20result%20sheet.pdf> (en anglais seulement).
- ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS, University of Northern British Columbia, et Université de Montréal. « First Nations Food, Nutrition, and Environment Study, Summary of results: Manitoba », 2012. Sur Internet : <http://www.EANEPN.ca/docs/MB%20Reports/EANEPN%20Summary%20of%20Results%20-%20MB%20Final.pdf> (en anglais seulement).
- ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. *Un tsunami économique : le coût du diabète au Canada*, Association canadienne du diabète, 2009. Sur Internet : <http://www.diabetes.ca/CDA/media/documents/publications-and-newsletters/advocacy-reports/economic-tsunami-cost-of-diabetes-in-canada-french.pdf>
- ASSOCIATION CANADIENNE DU DIABÈTE. « Lignes directrices de pratique clinique 2013 de l'Association canadienne pour la prévention et le traitement du diabète au Canada », *Canadian Journal of Diabetes*, 37(1) Suppl. 5, 2013. Sur Internet : http://guidelines.diabetes.ca/CDACPG_resources/cpg_2013_full_fr.pdf.
- AUGER, N., Fon Sing, M., Park, A. L., Lo, E., Trempe, N., et Luo, Z. C. « Preterm birth in the Inuit and First Nations populations of Quebec, Canada, 1981-2008 », *International Journal of Circumpolar Health*, 71 (2012). doi:10.3402/IJCH.v71i0.17520.

- AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE, et Australian Institute of Family Studies. *Closing the gap clearinghouse: Healthy lifestyle programs for physical activity and nutrition*, 2012. Sur Internet : http://www.aihw.gov.au/closingthegap/documents/resource_sheets/ctgc-rs09.pdf (en anglais seulement).
- AUSTRALIE. Department of Health and Ageing. « Closing the Gap: Indigenous chronic disease package information for general practice, Aboriginal community controlled health services and Indigenous health services », 2010.
- BARR, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D., et Salivaras, S. « The Expanded Chronic Care Model: An integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model », *Hospital Quarterly*, 7(1) (2003), p. 73–82.
- BEAUMIER, M. C. et Ford, J. D. « Food insecurity among Inuit women exacerbated by socioeconomic stresses and climate change », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 101(3) (2010), p. 196–201. Comprend un résumé en français.
- BECKHAM, S., Bradley, S., Washburn, A. et Taumua, T. « Diabetes management: Utilizing Community Health Workers in a Hawaiian/Samoan population », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 19(2) (2008), p. 416–427.
- BOGGILD, A. K., Yuan, L., Low, D. E., et McGeer, A. J. « The impact of influenza on the Canadian First Nations », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 102(5) (2011), p. 345–348. Comprend un résumé en français.
- BOUGIE, E., Finès, P., Oliver, L.N., et Kohen, D.E. « Hospitalisations pour blessure non intentionnelle et statut socioéconomique dans les régions ayant un fort pourcentage de Premières Nations », *Rapports sur la santé*, 25(2) (2014), p. 3–13, 2014.
- BUREAU DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU CANADA. *Rapport du vérificateur général du Canada - Chapitre 5 : La promotion de la prévention et du contrôle du diabète*, 2013. Sur Internet : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/docs/parl_oag_201304_05_f.pdf.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Community Health Workers/Promoteurs de Salud: Critical connections in communities*, (s.d.). Sur Internet : <http://www.cdc.gov/diabetes/projects/pdfs/comm.pdf> (en anglais seulement).
- CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DE LA SANTÉ AUTOCHTONE (CCNSA). *À la recherche des Autochtones dans les mesures législatives et les politiques sur la santé, 1970 à 2008 : Projet de synthèse politique*, 2011. Sur Internet : [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(French%20-%20Web\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(French%20-%20Web).pdf).
- CGIPN. *L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10 : Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*, Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012. Sur Internet : http://www.CGIPN.ca/sites/default/files/docs/rhs_phase_2_2008_2010_fr_final_0.pdf.
- CGIPN. First Nations Regional Health Survey (RHS) 2008/10 [L'enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008/10], « Custom Tables to the First Nations and Inuit Health Branch, Santé Canada ». Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014.
- CGIPN. *First Nations oral health survey (FNOHS) 2009-2010 summary report*. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012. <http://oralhealth.circumpolarhealth.org/files/2013/05/FNOHS-Summary-Report-Sept-2012.pdf> (en anglais seulement)
- CONTI, G. et Heckman, J. J. « The Developmental Approach to Child and Adult Health », *Pediatrics*, 131(Suppl. 2), S133–S141. doi:10.1542/peds.2013-0252d, 2013.
- CRENGLE, S., Freemantle, J., Gallaher, G., McAullay, D., McShane, K., et Taulii, M. *Indigenous children's health report: health assessment in action* [Rapport sur la santé des enfants autochtones :

- Évaluation de la santé en action], sous la direction de Janet Smylie et Paul Adomako, 2009, Toronto, The Centre for Research on Inner City Health. En anglais seulement.
- DYCK, R., Klomp, H., Tan, L. K., Turnwell, R. W., et Boctor, M. A. « A comparison of rates, risk factors, and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and non-Aboriginal women in the Saskatoon Health District », *Diabetes Care*, 25(3) (2002), p. 487–493.
- EGELAND, G.M., Cao, Z., et Young, T.K. « Hypertriglyceridemic-waist phenotype and glucose intolerance among Canadian Inuit: the International Polar Year Inuit Health Survey for Adults 2007-2008 », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 183(9), E553–E558. doi:10.1503/cmaj.101801, 2011.
- EGELAND, G. M., Faraj, N., et Osborne, G. « Cultural, socioeconomic, and health indicators among Inuit preschoolers: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007-2008 », *Rural and Remote Health*, 10(1365) (2010). Sur Internet : http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_1365.pdf (en anglais seulement).
- EGELAND, G. M., et Quaniippitali Steering Committee. *The International Polar Year Nunavut Inuit Child Health Survey 2007-2008*, Ste-Anne-de-Bellevue, Quebec: Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE) & School of Dietetics and Human Nutrition, McGill University, 2009.
- DGSPNI (Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits). *Manuel de formation pour le(la) représentant(e) en santé dentaire pour l'ISBE*, « Percent of clients in community with zero defs and DMFS » 2005, 2009a.
- DGSPNI. *Le guide du PCNP – Un guide visant à aider les intervenants du PCNP à offrir un excellent programme communautaire*, 2009b.
- A : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/cpnp_guidebook_2008-ef/H34-148-1-2008-eng.pdf
- F : http://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/hcan-scan/cpnp_guidebook_2008-ef/H34-148-1-2008-fra.pdf
- DGSPNI. CPNP [Canada Prenatal Nutrition Program] Manitoba, 2010a.
- DGSPNI. List of communities, 2010b.
- DGSPNI. *Results of a Special Study of the FASD Mentoring Program of First Nations and Inuit Health Branch, Santé Canada: Final Report and Validated Results*, 2011, Ottawa, First Nations and Inuit Health Branch, Santé Canada.
- DGSPNI. *A special study on First Nations culture and language in Aboriginal Head Start on Reserve (AHSOR) [Draft]*. Ottawa, First Nations and Inuit Health Branch, Santé Canada, 2012a.
- DGSPNI. Data collection strategy for the healthy living cluster, 2012b.
- DGSPNI. *Plan stratégique sur la Santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, 2012c.
- A : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-eng.php>
- F : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-fra.php>
- DGSPNI. *Mandat, plans et priorités*, 2012d. Consulté le 21 novembre 2013 sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/DGSPNI-dgspni/mandat-fra.php>.
- DGSPNI. *Regional renewal project fund and regional evaluation and innovation fund: A synthesis of key learnings from final reports submitted for FYs 2009-2010 – 2010-2011*, 2012e.
- DGSPNI. *Community-based reporting template (CBRT) national summary report for the 2011-12 reporting year [Draft]*, 2013a.
- DGSPNI. *Comparing communities with and without CDfocW/CDP workers: 2011/12 CBRT preliminary analysis*, 2013b.
- DGSPNI. Core components of standards and guidelines for the DGSPNI FASD mentoring program, 2013c.

- DGSPNI. Dental therapy providers, all regions, 2013d.
- DGSPNI. FNI healthy child development actual expenditures - FY 2009/09 to FY 2012/13, 2013e.
- DGSPNI. C - FY 2010/2011 to FY 2012/13, 2013f.
- DGSPNI. *Funding model overview*, 2013g.
- DGSPNI. Healthy living (HL) and healthy child development (HCD) evaluation framework, 2013h.
- DGSPNI. HL_HCD evaluation community site selection spreadsheet, 2013i.
- DGSPNI. *Report on healthy living and healthy child development short-medium term evaluation planning - Final report*, 2013j.
- DGSPNI. *Étude spéciale sur le renforcement des capacités de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones*, sommaire du rapport final, 2014a.
- DGSPNI. *Children's oral health initiative (COHI) storyline template*. (2014b).
- DGSPNI. DGSPNI 2014 dental database [Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI], 2014c.
Source : about:home
- DGSPNI. *Maternal child health (MCH) national/regional storyline template*, 2014d.
- DGSPNI. *Summary of ADI regional storylines*, 2014e.
- DGSPNI. 2011-12 CBRT results: Non-MCH and MCH, (s.d.-a).
- DGSPNI. ADI/healthy living – Community worker post-secondary training, (s.d.-b).
- DGSPNI. History of dental therapy, (s.d.-c).
- DGSPNI. Occupational analysis profile - CPNP worker, (s.d.-d).
- DGSPNI. Région de l'Atlantique. *État de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves des provinces de l'Atlantique - Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Région de l'Atlantique 2012*, 2013. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2014/sc-hc/H33-1-15-2012-fra.pdf
- DGSPNI. Manitoba Region. *Final report: Evaluation of food security initiatives in Manitoba First Nations communities*, (2010). Source : M:\SPPA\PIPM\Monitoring\HPDP\HPDP Data Strategy\documents from MB.
- DGSPNI. Région du Québec. *HPDP success stories for Quebec region*, 2014.
- DGSPNI. Région du Manitoba, unité dentaire régionale. *Positive and Relevant Outcomes from Oral Health Promotion, Prevention, Treatments and Management Activities in Manitoba Region*, 2014.
- GARCES, E., Thomas, D., et Currie, J. *Longer Term Effects of Head Start*, 2000. Consulté le 22 mai 2014 sur Internet : http://www.princeton.edu/~jcurrie/publications/Longer_Term_Effects_HeadSt.pdf (en anglais seulement).
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Plan d'action du Canada pour la sécurité alimentaire*, 1998. Sur Internet : http://www.agr.gc.ca/misb/fsec-seca/pdf/action_f.pdf.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Stratégie pour le Nord du Canada : Notre Nord, notre patrimoine, notre avenir*, 2009.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Le budget de 2010 : Tracer la voie de la croissance et de l'emploi*, 2010. Consulté le 21 mars 2014 sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2010/pdf/budget-planbudgetaire-fra.pdf>.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Emplois croissance et prospérité à long terme : Le plan d'action économique de 2013*, 2013a. Sur Internet : <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>.
- GOUVERNEMENT DU CANADA. *Saisir le moment pour le Canada : Prospérité et opportunité dans un monde incertain. Discours du Trône, le 16 octobre 2013*, 2013b. Sur Internet : http://speech.gc.ca/sites/sft/files/sft-fr_2013_c.pdf.

- GRAY-DONALD, K., Robinson, E., Collier, A., David, K., Renaud, L., et Rodrigues, S. « Intervening to reduce weight gain in pregnancy and gestational diabetes mellitus in Cree communities: An evaluation », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 163(10) (2000), p. 1247–1251.
- HARRIS, S. B., Naqshbandi, M., Bhattacharyya, O., Hanley, A. J. G., Esler, J. G., et Zinman, B. « Major gaps in diabetes clinical care among Canada's First Nations: Results of the CIRCLE study », *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92(2) (2011), p. 272–279.
- HARRISON, R., Veronneau, J., et Leroux, B. « Design and implementation of a dental caries prevention trial in remote Canadian Aboriginal communities », *Trials*, 11(54) (2010). Sur Internet : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1745-6215-11-54.pdf> (en anglais seulement).
- HUET, C., Rosol, R., et Egeland, G.M. « The Prevalence of Food Insecurity Is High and the Diet Quality Poor in Inuit Communities », *Journal of Nutrition*, 142(3) (2012), p. 541–547.
- INTERNATIONAL INDIGENOUS HEALTH AND SOCIAL JUSTICE RESEARCH GROUP. *Breastfeeding in Canadian First Nations communities*, 2011.
- IRVINE, J. D., Holve, S., Krol, D., et Schroth, R. « Early childhood caries in indigenous communities », *Paediatrics & Child Health*, 16(6) (2011), p. 351–357.
- JIN, A. *Aboriginal Diabetes Initiative (ADI) funded Mobile Screening and Management Projects – Synthesis Report*, 2014. Préparé pour Santé Canada.
- JOHNSON-DOWN, L., et Egeland, G.M. « Adequate nutrient intakes are associated with traditional food consumption in Nunavut Inuit children aged 3-5 years », *Journal of Nutrition*, 140(7) (2010), p. 1311–1316.
- JUSTICE CANADA. *Loi constitutionnelle de 1867*, 1867. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-1.html>
- JUSTICE CANADA. *Loi sur les Indiens*, 1985. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/I-5.pdf>.
- JUSTICE CANADA. *Loi canadienne sur la santé = Canada Health Act*, 1985. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>.
- KAPLAN, G., et Komishin, S. *Evaluating Manitoba Aboriginal head start on reserve 2010-2011*, 2011.
- KATZMARZYK, P. T., Gledhill, N., et Shephard, R. J. « The economic burden of physical inactivity in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 163(11) (2000), p. 1435–1440.
- LANGLOIS, K. A., Findlay, L. C., et Kohen, D. E. « Les habitudes alimentaires des enfants autochtones », *Rapports sur la santé*, 24(4) (2013), p. 3–7.
- LAUSON, S., S. McIntosh, N. Obed, G. Healey, S. Asuri, G. Osborne, et L. Arbour. « The development of a comprehensive maternal-child health information system for Nunavut-Nutaqqavut (Our Children) », *International Journal of Circumpolar Health*, 70(4) (2011), p. 363–372.
- LUO, Z.-C., Kierans, W. J., Wilkins, R., Liston, R. M., Uh, S.-H., et Kramer, M. S. « Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000 », *International Journal of Epidemiology*, 33(6) (2004), p. 1252–1259.
- MACMILLAN, H. L., Jamieson, E., Walsh, C., Boyle, M., Crawford, A., et MacMillan, A. « The health of Canada's Aboriginal children: results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey », *International Journal of Circumpolar Health*, 69(2) (2010), p. 158–167.
- Maternal child health program: *Program guidelines* (s.d.).
- NADA. *NADA 6th national conference on diabetes and aboriginal peoples & professional development series: Community diabetes prevention worker regional forum report*, 2011.
- NASH, D. A., Friedman, J. W., Kardos, T. B., Kardos, R. L., Schwarz, E., Satur, J., et al. « Dental therapists: A global perspective », *International Dental Journal*, 58(2) (2008), p. 61–70.

- POWER, E. M. « Conceptualizing food security for Aboriginal people in Canada (Commentary) », *Revue canadienne de santé publique = Canadian Journal of Public Health*, 99(2) (2008), p. 95–97.
Comprend un résumé en français.
- READING, J. *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie*. Rapport présenté au Sous-comité sénatorial sur la santé de la population, 2009. Sur Internet : <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixAjun09-f.pdf>.
- SANTÉ CANADA. *CPNP DACUM workshops final report*, 2008.
- SANTÉ CANADA. *Children and youth programs cluster evaluation*, Ottawa, 2010a.
- SANTÉ CANADA. Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE), *Children's Oral Health Initiative (COHI) Evaluation draft final report 2010b*.
- SANTÉ CANADA. *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations*, 2011a. Consulté le 23 mai 2014 sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/services/tripartite/framework-accord-cadre-fra.php>.
- SANTÉ CANADA. *Premières nations et Inuits - Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMBC) - Évaluation du groupe*, 2011b.
- SANTÉ CANADA. *Insécurité alimentaire des ménages dans certaines provinces et les territoires en 2009-2010*, 2012a. Consulté le 12 février 2014 sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/prov_ter-fra.php.
- SANTÉ CANADA. *Nutrition north Canada (NNC) _ nutrition education initiatives: _Evaluation & reporting*. 2012b.
- SANTÉ CANADA. *Diabetes and pregnancy teleform project (DPTP)* [Projet TeleForm sur le diabète et la grossesse (PTDG)], 2013a. Présenté au Forum scientifique de Santé Canada.
- SANTÉ CANADA. *First Nations Health Status Report, Alberta Region 2011-12*, 2013b. Consulté le 16 mai 2014 sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2013/sc-hc/H26-4-2012-eng.pdf (en anglais seulement)
- SANTÉ CANADA. *Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits*, 2013c. Consulté le 25 juillet 2014 sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/DGSPNI-dgspni/index-fra.php>.
- SANTÉ CANADA. *Nutrition North Canada (NNC)_ nutrition education initiatives: _Final report 2011-12 summary of results*, 2013d.
- SANTÉ CANADA. *Santé Canada, 2013-2014 : Rapport sur les plans et les priorités*, 2013e. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/estim-previs/plans-prior/2013-2014/report-rapport-fra.pdf.
- SANTÉ CANADA. *Politique de 1979 sur la santé des indiens*, 2014. Consulté le 25 juillet 2014 sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/DGSPNI-dgspni/poli_1979-fra.php.
- SANTÉ CANADA. *Diabetes and pregnancy teleform project (DPTP)* [Projet TeleForm sur le diabète et la grossesse (PTDG)], (s.d.).
- SANTÉ CANADA, Nunavut Tunngavik Incorporated, gouvernement du Nunatsiavut, Inuvialuit Regional Corporation, et Inuit Tapiriit Kanatami. *Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits 2008-2009*, Ottawa, Santé Canada, 2011. Sur Internet :
A : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_oral-bucco/index-eng.php
F : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_oral-bucco/index-fra.php
- SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA (SCT). *Directive sur la fonction d'évaluation*, 2012. Consulté le 25 juillet 2013 sur Internet : <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=15681etsection=text#cha5>.

- SKINNER, K., Hanning, R. M., Desjardins, E., et Tsuji, L. J. S. « Giving voice to food insecurity in a remote indigenous community in subarctic Ontario, Canada: traditional ways, ways to cope, ways forward », *BMC Public Health*, 13(427) (2013). Sur Internet : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-13-427.pdf> (en anglais seulement)
- SLATER, J., Larcombe, L., Green, C., Slivinski, C., Singer, M., Denechezhe, L., et al. « Dietary intake of vitamin D in a northern Canadian Dené First Nation community », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013. Sur Internet : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752286/pdf/IJCH-72-20723.pdf> (en anglais seulement).
- SMITH, J. *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé*, Rapport du Comité permanent de la santé, Chambre des communes du Canada, 2010. Sur Internet : http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/parl/XC62-403-1-1-02-fra.pdf
- STATISTIQUE CANADA. *Embonpoint et obésité chez les adultes (mesures autodéclarées)*, 2011, 2013. Consulté le 15 mai 2014 sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11664-fra.htm>.
- TAIT, H. *L'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 : Santé et situation sociale des Inuits*, 2008, Ottawa, Statistique Canada. ISBN 978-1-100-90410-8. Sur Internet : <http://www.nativiamericani.it/filevari/89-637-x2008001-eng.pdf>.
Hyperliens (de l'éditeur) proposés :
A : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008001-eng.pdf>
F : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2008001-fra.pdf>
- TREFLER, D. « Quality is free: A cost-benefit analysis of early child development initiatives », *Paediatrics & Child Health*, 14(10) (2009), p. 681–684.
- VANDERLOO, S. E., Johnson, J. A., Reimer, K., McCrea, P., Nuernberger, K., Krueger, H., et al. « Validation of classification algorithms for childhood diabetes identified from administrative data », *Pediatric Diabetes*, 13(3) (2012), p. 229–234. doi:10.1111/j.1399-5448.2011.00795.x.
- WAKEGIJIG, J., Osborne, G., Statham, S., et Issaluk, M. D. « Collaborating toward improving food security in Nunavut », *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 2013.
- WEINTRAUB, W. S., Daniels, S. R., Burke, L. E., Franklin, B. A., Goff, D. C., Hayman, L. L., et al. Value of primordial and primary prevention for cardiovascular disease: A policy statement from the American Heart Association. *Circulation*, 124(8) (2011), 967–990.
- WILLOWS, N., Veugelers, P., Raine, K., et Kuhle, S. « Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves) », *Rapports sur la santé*, 22(2) (2011), p. 1–6. Sur Internet : http://www.threesource.ca/documents/June2011/food_insecurity_aboriginal.pdf.
Hyperliens (de l'éditeur) proposés :
A : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011002/article/11435-eng.pdf>
F : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2011002/article/11435-fra.pdf>
- YOUNG, T. K., et Katzmarzyk, P. T. « Physical activity of Aboriginal people in Canada », *Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme = Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 32(S2E) (2007), S148–S160. doi:10.1139/H07-110. Comprend un résumé en français.
- ZHAI, F., Brooks-Gunn, J., et Waldfogel, J. « Head Start and urban children's school readiness: A birth cohort study in 18 cities », *Developmental Psychology*, 47(1) (2011), p. 134–152.

Annexe 2 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question et enjeu de l'évaluation a été abordé.

Symboles de cotation et signification de la pertinence :

Un résumé des cotations de la pertinence est présenté dans le tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation de la pertinence et leur signification.

Tableau 1 : Symboles de cotation et signification de la pertinence

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité de maintenir le programme			
Est-il nécessaire de maintenir les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé?	Évaluation de la mesure selon laquelle les programmes continuent de répondre à un besoin mesurable et satisfont aux besoins des collectivités inuites et des Premières Nations.	Élevé	Puisque l'incidence de nombreux problèmes de santé comme le diabète et d'autres maladies chroniques varie, tout comme la prévalence de facteurs de risque pour la santé tels que les carences au titre de la nutrition, de l'activité physique, de la santé maternelle et de la sécurité alimentaire dans de nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations, les programmes de VS et DES doivent être maintenus, afin de renforcer la capacité de ces collectivités de répondre à leurs besoins et priorités au chapitre de la vie saine et du développement des enfants en santé.
Alignement avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral			
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les compétences et le mandat du Ministère, et avec le rôle que lui confère la loi?	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution des programmes.	Élevé	Diverses autorisations législatives et politiques fédérales précisent que le gouvernement fédéral possède des compétences, assume des responsabilités et vise des objectifs à l'égard des soins de santé dispensés aux Autochtones et, en particulier, aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et à certains Inuits.
Alignement avec les priorités gouvernementales			
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les priorités du gouvernement du Canada?	Évaluation des liens entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques.	Élevé	Le gouvernement fédéral et la DGSPNI accordent la priorité à l'amélioration de l'accès aux soins de santé, à l'atténuation des inégalités quant à l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations et à un contrôle accru des Premières Nations et des Inuits sur les ressources (p. ex. programmes et ressources financières) affectées à la santé de leurs collectivités.
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les résultats stratégiques du Ministère?			

Légende – Symboles de cotation et signification de la pertinence :

- Élevé : Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel : Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.
- Faible : Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation et significatif du rendement :

Une résumé des cotations du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation et signification du rendement.

Tableau 2 : Symboles de cotation et signification du rendement

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats attendus (efficacité)			
Les programmes permettent-ils d'obtenir les résultats attendus figurant dans le modèle logique?	Résultats immédiats : Renforcement de la participation et de la collaboration des intervenants; Renforcement des capacités de la collectivité; Meilleure capacité du personnel affecté aux programmes de recueillir, d'assurer le suivi et de fournir des données probantes; Meilleure connaissance des enjeux et des pratiques connexes en matière de santé; Accès continu aux programmes.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Les membres des collectivités inuites et des Premières Nations en savent davantage à propos de la vie saine et du développement des enfants en santé, et font ce qu'il faut pour assainir leur mode de vie grâce aux programmes des groupes VS et DES. L'évaluation a confirmé l'amélioration de l'état de santé, grâce à une meilleure santé buccodentaire chez les enfants, à la réduction de la glycémie ou de la tension artérielle, à la perte de poids et à l'allaitement. Parallèlement au renforcement de la collaboration entre les programmes des groupes VS et DES, qui a favorisé une prestation améliorée des services, il existe des possibilités de resserrer la collaboration entre l'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI, ainsi qu'entre la DGSPNI et les organisations autochtones, et de collaborer avec d'autres fournisseurs de services et partenaires communautaires. Les programmes du groupe DES pourraient notamment bénéficier d'une intensification de la collaboration et de l'intégration.
	Résultats intermédiaires : Amélioration de la coordination, de l'intégration et de la qualité des programmes et des services; Accroissement des comportements sains dans les collectivités inuites et des Premières Nations; Multiplication des milieux favorables à la vie saine et au développement des enfants en santé.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	On a constaté que le renforcement des capacités facilite l'exécution des programmes. Toutefois, les régions et les collectivités ont cerné des problèmes liés à la prestation de la formation et à la participation à celle-ci. Là où les programmes existent, ils sont accessibles. Malheureusement, certaines collectivités (surtout petites, éloignées ou isolées) n'ont pas le même accès aux programmes et au financement, ce qui limite leur accès aux programmes et aux services dont elles ont besoin.
	Résultat à long terme : Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	

Légende – Symboles de cotation et signification du rendement :

Atteint Les résultats attendus ou les objectifs ont été atteints.
 Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
 Peu de progrès; attention prioritaire Peu de progrès ont été réalisés pour atteindre les résultats attendus, et la priorité doit être accordée à cette question.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Démonstration d'économie et d'efficacité			
A-t-on géré les programmes des groupes VS et DES de façon efficiente et économique?	<p>Économie Les rapports d'étape présentent des résultats mesurables. Des éléments probants dans la documentation existante démontrent une incidence ou conséquence économique qui concorde avec le contexte et l'objet des programmes. Évaluation économique d'autres moyens d'obtenir les mêmes résultats; financement supplémentaire.</p> <p>Efficiencie Des mesures sont prises pour faire en sorte que les ressources de Santé Canada soient utilisées efficacement pour l'exécution des programmes des deux groupes. D'autres possibilités de configuration des groupes VS et DES sont envisagées pour produire les extrants requis.</p>	Progrès accomplis	<p>L'évaluation a révélé que les programmes peuvent être adaptés et répondre aux besoins de la collectivité. Les programmes vont dans le sens des pratiques de promotion de la santé et de prévention des maladies, en offrant des soins primaires préventifs au sein de la collectivité dans le but d'améliorer les résultats pour la santé à un coût moins élevé à long terme.</p> <p>La mesure du rendement s'est améliorée, surtout pour la mesure des résultats intermédiaires et à long terme. Par contre, on pourrait mettre davantage l'accent sur les indicateurs de rendement et sur la collecte de données à l'appui des résultats immédiats (plus précisément, la portée et l'accessibilité des programmes des groupes VS et DES), afin de mieux appuyer le suivi des programmes, à des fins de planification et de production de rapports.</p>

Légende – Symboles de cotation et signification du rendement

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
Peu de progrès; attention prioritaire	De petits progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.

Tableau 3 : Résumé des cotes relatives à la pertinence

Enjeux évalués	Élevé	Partiel	Faible
Enjeu 1 : Nécessité de maintenir les programmes			
Est-il nécessaire de maintenir les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé?	Élevé	S.O.	S.O.
Enjeu 2 : Concordance avec les priorités du gouvernement fédéral			
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les priorités du gouvernement du Canada?	Élevé	S.O.	S.O.
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les résultats stratégiques du Ministère?	Élevé	S.O.	S.O.
Enjeu 3 : Concordance avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral			
Les programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé concordent-ils avec les compétences et le mandat du Ministère, et avec le rôle que lui confère la loi?	Élevé	S.O.	S.O.
Légende – Symboles de cotation de la pertinence :			
Élevé : Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.			
Partiel : Il y a un besoin partiel à l'égard des activités du programme; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont partiellement clairs.			
Faible : Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.			

Tableau 4 : Résumé des cotes relatives du rendement

Enjeux évalués	Atteint	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Enjeu 4 : Obtention des résultats attendus (efficacité)			
Les programmes permettent-ils d'obtenir les résultats attendus figurant dans le modèle logique?	S.O.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S.O.
Enjeu 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité			
A-t-on géré les programmes des groupes VS et DES de façon efficiente et économique?	S.O.	Peu de progrès; attention prioritaire	S.O.
Légende – Symboles de cotation du rendement			
Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.		
Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.		
Peu de progrès; attention prioritaire	De petits progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité.		

Annexe 3 – Description de la Modèle logique²⁶

Narration de la modèle logique²⁷

Les modèles logiques des groupes VS et DES inclus dans le Regroupement des autorisations – Programme de contributions relatives à la santé des Premières Nations et des Inuits (2011) ont été peaufinés et combinés en un seul, afin d'encadrer la planification de l'évaluation des groupes VS et DES de 2014. Le modèle logique est exposé de façon à illustrer une théorie du changement. Les hypothèses et les attentes intégrées au modèle logique s'appuient sur des données probantes glanées tout au long de la durée de vie des programmes des groupes VS et DES, dont des études spéciales, des évaluations et d'autres formes de collecte de données. Une correspondance a été établie avec l'AAP de 2012 et son cadre de mesure du rendement.

L'hypothèse globale d'un modèle logique veut que les extraits de l'intervention produisent les résultats attendus (Mayne, p. 2, 2011). La description qui suit porte sur les liens de causalité exposés dans le modèle logique des groupes VS et DES.

EXTRANTS

Dans le modèle logique, les extraits découlent directement des activités nationales, régionales et communautaires liées à la vie saine et au développement des enfants en santé.

Processus et pratiques de collaboration (p. ex. consultations, ententes, projets conjoints et comités ou groupes de travail) mis en place

Il existe des processus et pratiques de collaboration officieux et officiels aux échelons communautaire, régional et national. À l'échelle nationale, par exemple, le personnel de Santé Canada consulte les organisations autochtones nationales lorsqu'il élabore des politiques et des programmes. Dans les régions, le personnel de Santé Canada et les organisations régionales des Premières Nations unissent parfois leurs efforts pour établir ensemble des priorités. À l'échelon communautaire, les employés affectés au Programme canadien de nutrition prénatale et à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones travaillent ensemble à des programmes de prévention et de gestion du diabète gestationnel. Des partenaires proposent leurs connaissances (p. ex. des normes culturelles) et leur expertise pour veiller à l'efficacité de la conception et de l'exécution des programmes. Les processus et pratiques de collaboration constituent une méthode de travail qui s'applique à tous les thèmes abordés par le modèle logique.

Activités de formation, d'éducation permanente et de perfectionnement professionnel proposées

Les possibilités de formation, d'éducation permanente et de perfectionnement professionnel contribuent à approfondir les connaissances sur les pratiques efficaces de prestation des services ou sur les enjeux pertinents en matière de VS et de DES, renforçant ainsi la capacité du personnel des collectivités de procéder à une prestation efficace des services.

Outils et mesures d'appui élaborés pour la collecte de données

²⁶ Pour obtenir une copie de l'image du modèle logique, veuillez utiliser le courrier électronique suivant « Evaluation Reports HC - Rapports Evaluation@hc-sc.gc.ca ».

²⁷ La description du modèle logique est tirée du Cadre d'évaluation (DGSPNI, 2013h, p. 8-12).

Les groupes VS et DES collaborent avec le personnel de la DGSPNI affecté aux programmes dans les régions et avec les collectivités à l'élaboration, à la mise à l'essai et à l'instauration d'outils et de mesures d'appui qui favorisent la collecte de données communautaires sur les services. Les outils et les documents qui s'y rapportent sont conçus par le personnel de l'AC et des régions de la DGSPNI affecté aux programmes de VS et de DES, de sorte qu'ils soient conviviaux pour le personnel communautaire ou affecté aux programmes.

La dentothérapie se sert de la base de données nationale dans laquelle sont inscrits tous les services de santé buccodentaire (prévention et restauration) dispensés par des fournisseurs (Santé Canada a embauché et retenu des thérapeutes dentaires au moyen d'accords de contribution). La base de données renferme des identificateurs de client et les services dispensés, en plus de permettre le suivi des services de santé buccodentaire dans certaines collectivités et auprès de certaines populations. Elle facilite en outre le suivi de la prestation des services de santé buccodentaire par des fournisseurs.

Données, information ou recherches produites sur les services, les déterminants de la santé et l'état de santé

Les groupes VS et DES travaillent avec des partenaires fédéraux, des organismes nationaux de recherche et d'autres chercheurs externes qui produisent des données et des renseignements au sujet des services, des déterminants de la santé et de l'état de santé se rapportant aux programmes et services de VS et de DES, dans le but d'analyser ces renseignements et de les intégrer à des études, rapports et cadres pouvant servir à l'amélioration des politiques et des programmes.

Outils d'orientation de programme (p. ex. politiques, procédures, cadres et lignes directrices) élaborés ou améliorés

Les groupes VS et DES travaillent ensemble à la production d'outils d'orientation de programme, lesquels décrivent la structure et les paramètres des programmes, et renferment des renseignements sur l'instauration et le fonctionnement de ces programmes. Un cadre de programme serait un exemple d'outil d'orientation de programme, car il fournit de l'orientation au sujet des types d'activité pouvant être financés pour les collectivités inuites et des Premières Nations, les autorités de la santé et les fournisseurs de services de santé ou autres.

Mécanismes et processus élaborés ou adoptés pour la mise en commun de pratiques prometteuses

Les groupes VS et DES appuient l'élaboration et l'instauration de mécanismes et de processus favorisant la mise en commun des connaissances au sujet de ce qui a bien réussi aux collectivités. À titre d'exemple, les groupes VS et DES permettent de mettre à l'essai des approches possibles à la prestation des services dans les collectivités, de sorte que les connaissances concernant la souplesse (pertinence culturelle et contextuelle) des approches puissent être évaluées, adaptées et communiquées aux intervenants, et étoffent les politiques.

Financement des programmes et services communautaires des groupes VS et DES

Des fonds sont consentis à la prestation de programmes et de services communautaires. La prestation des services est financée au moyen d'accords de contribution passés avec des conseils de bande, des conseils tribaux, des autorités de la santé et des organisations autochtones constituées en société qui gèrent les accords de contribution et assurent la prestation des services. Dans les territoires, le financement est attribué aux gouvernements territoriaux et intégré à la prestation des services territoriaux de santé.

Services de dentothérapie fournis directement par la DGSPNI

Les services de dentothérapie et de l'ISBE peuvent être dispensés par le personnel de la DGSPNI ou par l'entremise d'accords de contribution. Plus de 60 membres du personnel de la DGSPNI offrent des services de dentothérapie dans plus de 200 collectivités des Premières Nations, dont des collectivités proposant l'ISBE. Les services de l'ISBE peuvent aussi être assurés par des hygiénistes dentaires, et certains fournisseurs se rendent dans plus d'une collectivité.

RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les résultats immédiats découlent directement des extraits des groupes VS et DES.

Participation et collaboration accrues des intervenants et des collectivités à l'élaboration des programmes et des politiques et à la prestation des services

La participation et la collaboration des intervenants font en sorte que les programmes, les politiques et les services sont conçus et proposés de façon à répondre aux besoins des collectivités inuites et des Premières Nations. Les processus de collaboration (les pratiques et leurs produits) permettent aux intervenants de :

- produire des renseignements sur les programmes et services de VS et de DES efficaces ou sur le contexte de ces programmes et services (ou leur efficacité) destinés aux membres des Premières Nations établis dans une réserve et aux Inuits vivant dans une collectivité;
- jouer un rôle important en dispensant des conseils et en prenant des décisions au sujet de l'élaboration des politiques et des programmes et de la prestation des services;
- éclairer l'élaboration des politiques et des programmes, ainsi que la prestation des services.

Capacités accrues des collectivités (connaissances, compétences et habiletés) en vue de soutenir les programmes et services communautaires des groupes VS et DES (AAP, résultat attendu [RA] 2)

La formation, l'éducation permanente et le perfectionnement professionnel aiguisent la capacité (connaissances, compétences et habiletés) du personnel communautaire (non spécialistes, auxiliaires et professionnels) d'offrir des programmes et services communautaires de VS et de DES.

Les capacités à l'échelle communautaire dépendent des connaissances, des compétences et des habiletés appliquées à la prestation de programmes et de services de VS et de DES adaptés à la culture et à l'environnement. Ces capacités peuvent être valorisées à l'aide de modèles de formation sensibles à la culture, ou encore de services de formation, d'éducation permanente et de perfectionnement professionnel qui fournissent des renseignements sur l'élaboration et la prestation de programmes et de services de VS et de DES adaptés à la culture et à l'environnement.

Renforcement de la capacité de recueillir, de surveiller et de fournir des renseignements pour l'élaboration et l'instauration de politiques ou de programmes

Le renforcement de l'aptitude à recueillir et à surveiller des renseignements à l'aide d'outils de collecte de données permet de recueillir des données fiables sur les programmes. Les données sont surtout obtenues comme suit :

- les collectivités recueillent les données sur les programmes et en rendent compte, conformément aux responsabilités énoncées dans l'accord de contribution, au moyen d'outils tels que les modèles de rapport communautaire et le modèle de rapport annuel de NNC;
- les organisations autochtones, les universités, les chercheurs et les consultants participent à la collecte, à l'analyse et à la dissémination des données sur la santé des Premières Nations et des Inuits, par l'entremise d'accords de mise en commun des données, d'accords de contribution ou de contrats.

Les données provenant de toutes les sources étayent la reddition de comptes, l'amélioration des programmes et l'élaboration des politiques.

Utilisation accrue d'outils et de données probantes (p. ex. pratiques prometteuses) afin d'éclairer l'exécution et l'amélioration des politiques et des programmes

Le recours à plusieurs sources de données pour mettre au point des outils d'orientation de programme, et d'autres mécanismes et mesures de mise en commun des connaissances, vise à encourager et à accroître l'utilisation de programmes et de services des groupes VS et DES qui sont efficaces et souples.

Accès continu à des programmes et services des groupes VS et DES (AAP, RA 1)

Le financement donne accès à des programmes et services des groupes VS et DES, conformément aux priorités et besoins communautaires relevés. Il importe de veiller à ce que les programmes et services soient dispensés de façon à inclure tous les participants et à s'y adapter (où et comment en ont-ils besoin). Si les programmes sont mieux adaptés à leurs besoins, les gens auront plus tendance à s'en prévaloir et à en bénéficier.

Connaissance individuelle accrue des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES

Les programmes et services de VS et de DES visent à accroître les connaissances et la sensibilisation des participants dans les collectivités. Le degré selon lequel les connaissances et la sensibilisation des participants ont augmenté devrait varier en fonction de ce qui suit :

- les types de programmes et de services de VS et de DES (ou activités) auxquels les participants ont eu l'occasion d'accéder ou d'être exposés (p. ex. par suite de campagnes ou d'initiatives publiques de promotion de la santé);
- la durée de la participation ou de l'exposition.

RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES

Les résultats intermédiaires devraient logiquement se produire lorsqu'au moins un des résultats immédiats aura été atteint. Bien souvent, les résultats intermédiaires décrivent des changements de comportement générés par l'amélioration des compétences, des connaissances, de la sensibilisation ou de l'accès de la population cible. Ces changements peuvent survenir chez les personnes ou à l'échelle de la collectivité ou de l'organisation.

Coordination et intégration améliorées des programmes et services des groupes VS et DES

Les avantages stratégiques de la collaboration intersectorielle s'inscrivent dans la mobilisation de ressources et de capacités pour les affecter à des mesures concertées et intégrées qui ciblent des facteurs communs de risque et des objectifs en matière de santé. L'amélioration de la coordination et de la

collaboration consiste à s'attaquer à la vie saine et au développement des enfants en santé chez les Premières Nations et les Inuits, en recourant à une approche intégrée qui ne fait pas double emploi. Une fois la participation des collectivités, des intervenants et des partenaires obtenue, la coordination et l'intégration des programmes et des services des groupes VS et DES devraient s'améliorer au fil du temps, et faire en sorte que les services répondent mieux aux besoins de la population cible.

Meilleure qualité des programmes et des services des groupes VS et DES

En renforçant les capacités des effectifs (c.-à-d. compétences, connaissances et expertise) et en recueillant des renseignements et des données qui éclaireront la planification et l'exécution des programmes, les programmes et services des groupes VS et DES s'amélioreront (c.-à-d. les services seront mieux adaptés aux besoins changeants et diversifiés des clients, et y répondront).

Accroissement des comportements sains

Pour les participants, l'adoption plus fréquente de pratiques saines :

- est une mesure plus vaste que le simple concept médical de la « santé »;
- se fonde sur les conceptions qu'ont les Premières Nations et les Inuits de la santé (physique, mentale, spirituelle et émotionnelle).

Ces répercussions positives sur les participants sont liées aux objectifs de santé physique et de bien-être des programmes et des services des groupes VS et DES, et elles y contribuent.

Milieus physiques et sociaux plus favorables à la VS et au DES

Le choix et la capacité d'adopter de saines habitudes de vie sont influencés par des facteurs socioéconomiques plus vastes. Des partenariats et une collaboration systémiques à l'échelle communautaire optimisent l'utilisation des ressources communautaires, et favorisent ainsi la VS et le DES. Les milieux physiques et sociaux favorables à une vie saine et au développement des enfants en santé sont démontrés par :

- la coordination systématique des programmes, services et fournisseurs de services de VS et de DES, et des partenaires issus de multiples secteurs;
- le soutien stratégique consenti aux programmes et services communautaires, régionaux et nationaux de VS et de DES;
- la disponibilité des ressources, et l'accès à celles-ci, afin de favoriser la VS et le DES chez les personnes, les familles et les collectivités.

RÉSULTAT À LONG TERME

Le résultat à long terme qui figure dans le modèle logique est la conséquence de l'atteinte d'au moins un résultat intermédiaire.

Les collectivités des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de sorte à améliorer leur état de santé (AAP 3,1, RA 1).

Annexe 4 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

L'évaluation couvrait la période comprise entre 2010-2011 et 2012-2013 pour le groupe VS, et entre 2008-2009 et 2012-2013 pour le groupe DES. Le groupe VS comporte les programmes et les secteurs de politiques se rapportant à la prévention et à la gestion des maladies chroniques, à la prévention des blessures et à la dentothérapie. Le groupe DES s'entend des secteurs de programmes axés sur la grossesse en santé et la petite enfance, le développement de la petite enfance et l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants.

Les points évalués sont ceux prévus dans la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada, et les cinq principaux enjeux s'inscrivant sous les thèmes que sont la pertinence et le rendement ont été examinés. Le processus d'évaluation s'inspirait d'une matrice d'évaluation assortie de questions, d'indicateurs et de sources de données correspondant à chacun des principaux enjeux.

Une approche d'évaluation fondée sur des résultats a servi à évaluer les progrès réalisés vers l'obtention des résultats attendus et à déterminer si certains problèmes ou obstacles se sont posés en cours de route.

L'évaluation a été conçue, et les méthodes de collecte de données déterminées, de façon à respecter les objectifs et les exigences de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor. Le modèle non expérimental utilisé s'inspirait du Cadre d'évaluation, lequel expose de façon détaillée la stratégie d'évaluation appliquée au programme et assure une collecte de données uniforme à l'appui de l'évaluation. Le Bureau de l'évaluation, Agence de la santé publique du Canada-Santé Canada, était responsable du projet d'évaluation, avec l'aide de l'Unité de la mesure du rendement de Santé Canada. Un groupe de travail sur l'évaluation formé de représentants de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI a dispensé des orientations après examen des outils de collecte de données, des rapports techniques et des rapports finaux. De plus, l'Assemblée des Premières Nations (APN) et Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) ont fourni des conseils et des commentaires à l'issue de l'examen des outils de collecte de données communautaires, des constatations préliminaires et d'une version provisoire du rapport final.

Enjeux de l'évaluation

Les questions d'intérêt visées par l'évaluation s'harmonisaient avec les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la *Directive sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor. Ceux-ci sont indiqués dans le Tableau 1. Correspondant à chacun des principaux enjeux, des questions d'évaluation adaptées au programme ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions de l'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions de l'évaluation
Pertinence	
Enjeu n° 1 : Nécessité de maintenir les programmes	Évaluation de la mesure selon laquelle les programmes continuent de répondre à un besoin manifeste et aux besoins des Canadiens. 1.1 Est-il nécessaire de maintenir les programmes des groupes VS et DES?
Enjeu n° 2 : Concordance avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution des programmes. 2.1 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les compétences et le mandat du Ministère, et avec le rôle que lui confère la loi?

Éléments fondamentaux	Questions de l'évaluation
Enjeu n° 3 : Concordance avec les priorités gouvernementales	<p>Évaluation des liens entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques.</p> <p>3.1 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les priorités du gouvernement fédéral?</p> <p>3.2 Les programmes des groupes VS et DES concordent-ils avec les résultats stratégiques du Ministère?</p>
Rendement (efficacité, économie et efficacité)	
Enjeu n° 4 : Obtention des résultats attendus (efficacité)	<p>Évaluation des progrès marqués vers l'atteinte des résultats attendus (résultats immédiats, intermédiaires et à long terme), en fonction des cibles de rendement, de la portée et de la conception des programmes, y compris les liens entre les extrants et les résultats, et leurs contributions.</p> <p>4.1 Les programmes des groupes VS et DES permettent-ils d'obtenir les résultats attendus figurant dans le modèle logique?</p> <p>Résultats immédiats</p> <ul style="list-style-type: none"> • Participation et collaboration accrues des intervenants et des collectivités à l'élaboration des programmes et des politiques et à la prestation des services • Capacités accrues des collectivités (connaissances, compétences et habiletés) en vue de soutenir les programmes et les services communautaires des groupes VS et DES (AAP, RA 2) • Renforcement de la capacité de recueillir, de surveiller et de fournir des renseignements pour l'élaboration et l'instauration de politiques ou de programmes • Utilisation accrue des outils d'orientation de programme et des données probantes (p. ex. pratiques prometteuses) en vue d'éclairer l'exécution et l'amélioration des politiques et des programmes • Accès continu à des programmes et services des groupes VS et DES (APP 3.1.1, RA 1) • Connaissance individuelle accrue des enjeux et des pratiques en matière de VS et de DES • Problèmes ou obstacles nuisant à l'atteinte des résultats immédiats <p>Résultats intermédiaires</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordination et intégration améliorées des programmes et des services des groupes VS et DES • Accroissement de la qualité des programmes et services des groupes VS et DES • Accroissement des comportements sains • Milieux physiques et sociaux plus favorables • Problèmes ou obstacles nuisant à l'atteinte des résultats intermédiaires <p>Résultats à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestation de services aux personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations qui sont adaptés à leurs besoins (AAP 3,1, RA 1), de façon à améliorer leur état de santé • Problèmes ou obstacles nuisant à l'atteinte des résultats à long terme • Résultats ou conséquences imprévues de l'instauration des programmes
Enjeu n° 5 : Démonstration d'économie et d'efficacité	<p>Mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats attendus.</p> <p>5.1 A-t-on géré les programmes des groupes VS et DES de façon efficiente et économique?</p>

Méthodes de collecte et d'analyse des données ayant servi à l'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, des données ont été recueillies auprès de sources multiples, soit à l'issue d'un examen de la documentation, des documents et des données, d'un sondage en ligne, d'entrevues avec les intervenants clés et de visites sur le terrain, puis elles ont été analysées. Les détails d'ordre méthodologique qui concernent chaque source de données sont fournis ci-après.

Méthodes de collecte de données

Examen de la documentation

L'examen de la documentation a surtout porté sur les revues à comité de lecture (scientifiques et universitaires) et la documentation parallèle pertinente. La DSGPNI a procédé à une sélection initiale de documents en puisant dans une base de données interne RefWorks, et a étudié d'autres documents fournis à des dates ultérieures, lesquels ont été versés dans une bibliothèque Zotero pour en effectuer un examen et une analyse. À la suite d'un examen préliminaire de ces documents, des recherches ciblées ont permis d'accroître la documentation. Des résumés d'articles et de rapports clés ont été étudiés afin de déterminer la pertinence avec laquelle ils répondent aux questions de l'évaluation. De plus, des bibliographies tirées des sources documentaires étudiées ont servi à relever d'autres documents à examiner.

Étaient inclus les documents qui abordaient au moins un indicateur associé à une question d'évaluation dont l'examen de la documentation constituait la source de données. Les données sur les taux d'incidence étaient privilégiées si elles portaient sur toutes les populations inuites et des Premières Nations, mais des données régionales étaient également retenues si elles signalaient des enjeux ou des variations clés, ou si aucune étude plus étendue n'était accessible. La préférence était accordée aux données statistiques les plus récentes, ce qui limitait généralement l'examen aux études menées entre 2004 et 2014.

D'autres documents ont été repérés et recueillis à l'issue d'une recherche dans Internet à l'aide de Google Scholar, un moteur de recherche qui se spécialise dans les documents universitaires et à comité de lecture et qui fouille dans les archives des journaux (selon la disponibilité). Les bibliographies de documents déjà obtenus ont été passées en revue, afin d'y trouver des sources de données ou des publications originales qui se concentrent sur des sujets secondaires. Voici les clés de recherche utilisées, lesquelles ont pu faire l'objet de diverses combinaisons (habituellement d'un terme de la première colonne à un terme de la deuxième colonne), dans le but de trouver des documents traitant de sujets particuliers.

Clés de recherche

- Premières Nations
- Inuits
- Autochtones
- Amérindiens
- Enfants autochtones
- Déterminants de la santé
- Développement des jeunes enfants
- Comportements et modes de vie sains
- Santé maternelle
- Parcours de vie
- Travailleurs en santé communautaire
- Pertinence culturelle
- Collectivités rurales/éloignées
- Résultats sanitaires/en santé
- Répercussions économiques
- Maladie chronique
- Diabète de type 2
- Facteurs de risque du diabète
- Diabète gestationnel
- Infections respiratoires
- Santé orale/dentaire
- Caries de la petite enfance

- Allaitement
- Nutrition/Alimentation
- Sécurité/insécurité alimentaire
- Aliments locaux/traditionnels
- Comportements/modes de vie sédentaires
- Activité/Inactivité physique
- Obésité
- Consommation/Abus de substances

Examen des documents

La DGSPNI a fourni la majeure partie des documents et des données ayant servi à l'examen, par l'entremise d'une base de données RefWorks et d'une clé USB. La base de données RefWorks comportait 176 documents, et la clé USB 408 fichiers (y compris de nombreux modèles vierges et des documents figurant déjà dans la base de données RefWorks). Ces documents ont été numérisés selon qu'ils convenaient mieux à l'examen des documents et des données, ou à l'examen de la documentation (rapport séparé). D'autres documents sont ressortis des entrevues préliminaires et des recherches dans le Web. Par ailleurs, pendant la période d'examen, d'autres documents et données ont été sollicités auprès de la DGSPNI pour combler des manques. Après examen de l'utilité des documents, des références ont été versées dans une bibliothèque Zotero pour en pousser l'examen et l'analyse.

- Des documents provenant de Santé Canada et d'autres ministères ont été conservés pour l'examen des documents et des données, tandis que la documentation non gouvernementale a été redirigée vers l'examen de la documentation.
- L'examen et le classement des documents se fondaient sur les questions d'évaluation auxquelles ils pouvaient être appliqués. Si un document particulier était jugé inutile à l'une ou l'autre des questions de l'évaluation, il était écarté de l'examen.

Sondage

Un sondage en ligne adressé au personnel de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI était accessible en français et en anglais. Les employés de l'AC et des bureaux régionaux qui n'avaient pas participé à une entrevue avec les intervenants clés étaient invités à répondre (en tout 22 employés de l'AC et 46 employés des bureaux régionaux). Santé Canada a fourni le nom et les coordonnées des employés de l'AC et des bureaux régionaux²⁸. De ce nombre, 82 % (n=18) des employés de l'AC et 63 % (n=29) des employés des bureaux régionaux ont répondu au sondage.

Élaborés en consultation avec le Bureau de l'évaluation de l'Unité de la mesure du rendement de Santé Canada, les questionnaires ayant servi au sondage abordaient les résultats et les enjeux couverts par la matrice d'évaluation. Le groupe de travail sur l'évaluation des programmes des groupes VS et DES (groupe de travail), qui est formé de membres du personnel de l'AC et des bureaux régionaux de Santé Canada, a passé en revue et commenté les questionnaires. Des questionnaires séparés ciblaient les employés de l'AC et des bureaux régionaux mais, quoique similaire, celui destiné aux employés de l'AC comportait moins de questions que celui soumis aux employés des bureaux régionaux. On s'attendait à ce que les employés des bureaux régionaux connaissent mieux les aspects opérationnels des programmes communautaires et, par conséquent, à ce qu'ils soient mieux en mesure de répondre à bon nombre des questions d'ordre communautaire.

²⁸ Certains employés des bureaux régionaux ont été rayés de la liste par inadvertance, ce qui explique que les 46 employés des bureaux régionaux ne représentaient pas l'ensemble des employés non inclus dans les entrevues.

Avant de procéder au sondage, tous les employés de la DGSPNI dont Santé Canada avait fourni le nom ont reçu un courriel du sous-traitant les informant au sujet de l'évaluation et des tâches à réaliser, et les avisant qu'ils seraient appelés à participer à une entrevue téléphonique ou au sondage en ligne. Les employés ont eu le nom d'une personne-ressource à l'Unité de la mesure du rendement de la DGSPNI et au Bureau de l'évaluation, à qui adresser leurs questions à propos de l'évaluation. Santé Canada a demandé aux membres du groupe de travail d'envoyer un courriel à leurs collègues pour les encourager à répondre au sondage, leur soumettant une ébauche de courriel dont ils pouvaient se servir.

- Le Bureau de l'évaluation et l'Unité de la mesure du rendement ont reçu des liens aux deux sondages, afin de les consulter et de les mettre à l'essai. Les sondages ont été lancés en deux vagues les jours de lancement, environ cinq sondages ayant d'abord été envoyés pour un essai préliminaire. Après que plusieurs répondants aient rempli le questionnaire et que leurs réponses aient été étudiées, les autres sondages ont été distribués.
- Le personnel pouvait choisir de remplir le questionnaire en anglais ou en français, et le laisser en plan et y revenir plus tard pour finir d'y répondre. Le sondage à l'intention des employés des bureaux régionaux a été lancé le 14 janvier 2014, et celui destiné aux employés de l'AC, le 15 janvier. Les deux sondages sont demeurés accessibles jusqu'au matin du 6 février. Pour encourager les réponses, ceux qui n'avaient pas encore répondu les 21, 29 et 31 janvier ont reçu un rappel par courriel. Pour augmenter le taux de réponse, la date de clôture du sondage a été reportée au 6 février.
- La plupart des questions du sondage étaient fermées et assorties d'un choix de réponses pouvant par la suite être quantifiées aux fins de la présentation des constatations. Tous les intervenants devaient aussi répondre à des questions ouvertes qui leur donnaient le loisir d'exprimer leurs divers points de vue. Les réponses textuelles ont d'abord été étudiées afin de cerner et d'approfondir les thèmes ou catégories se dégageant des données, puis codées en conséquence. Cet exercice a facilité la quantification des réponses.

Entrevues avec les intervenants clés

Les entrevues avec les intervenants clés s'adressaient à trois groupes d'intervenants : employés de l'AC et des bureaux régionaux de la DGSPNI; représentants des gouvernements territoriaux; représentants d'organisations autochtones nationales et régionales, y compris des organisations de revendication territoriale.

- Parmi le personnel de l'AC et des bureaux régionaux, les participants ont été choisis de manière à représenter tous les programmes exécutés par les bureaux de l'AC et des régions, en tenant compte du très grand nombre de programmes à couvrir et du nombre limité d'entrevues pouvant être réalisées par région. Cependant, afin de donner à d'autres employés de la DGSPNI touchés par les programmes des groupes VS et DES la chance de soumettre des commentaires aux fins de l'évaluation, la plupart des employés non interviewés étaient visés par le sondage en ligne auprès des employés. Les entrevues et les sondages faisaient appel à des employés de la DGSPNI des régions suivantes : administration centrale, Nord, Atlantique, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta.
- Les deux OAN incluses dans le processus d'entrevue étaient l'APN et ITK. À la demande d'ITK, chacune des quatre organisations de revendication territoriale a aussi été invitée à participer.
- Chacun des bureaux régionaux de la DGSPNI était appelé à nommer une organisation autochtone régionale avec laquelle il travaille fréquemment, que ce soit pour des consultations, des collaborations ou des partenariats.

Des représentants des ministères de la Santé du Nunavut et des Territoires du Nord--Ouest étaient conviés à participer aux entrevues. La DGSPNI n'a conclu aucun accord de financement avec les collectivités de ces territoires; elle en a plutôt signé avec les gouvernements territoriaux qui, eux, ont scellé de tels accords avec les collectivités afin qu'elles exécutent les programmes des groupes VS et DES. Aucun représentant du gouvernement du Yukon n'a été interviewé, puisque la majorité des collectivités (11 sur 14) sont signataires d'un accord d'autonomie gouvernementale.

Le processus d'entrevue comportait 42 entrevues auprès de 55 participants, à savoir :

- 30 entrevues auprès d'employés de la DGSPNI (9 de l'AC et 21 des bureaux régionaux);
- 2 entrevues avec des représentants des gouvernements territoriaux (Nunavut et Territoires du Nord-Ouest);
- 10 entrevues avec des organisations autochtones, soit 3 auprès de représentants des OAN (2 avec l'APN et 1 avec ITK), 5 avec des représentants des organisations autochtones régionales, et 2 avec des représentants des organisations de revendication territoriale.

Élaborés pour chaque groupe d'intervenants, des guides d'entrevue portaient sur la question abordée par l'évaluation et tenaient compte des domaines de connaissances auxquels on s'attendait des participants. Les guides ont été rédigés en collaboration avec le Bureau de l'évaluation et le groupe de travail sur l'évaluation, et commentés par l'APN et ITK. Les premières entrevues ont servi à mettre les guides à l'essai, après quoi seuls quelques changements mineurs ont été apportés.

Les employés de la DGSPNI de Santé Canada ont reçu un courriel du sous-traitant les informant au sujet de l'évaluation et des tâches à accomplir, et les avisant qu'ils seraient appelés à participer à une entrevue ou au sondage en ligne. Les employés ont eu le nom d'une personne-ressource à l'Unité de la mesure du rendement de la DGSPNI et au Bureau de l'évaluation de Santé Canada, à qui adresser leurs questions à propos de l'évaluation. On a ensuite communiqué avec les participants éventuels pour fixer la date de l'entrevue à un moment qui leur convenait. Les participants ont reçu le guide d'entrevue à l'avance, de sorte qu'ils puissent préparer une réponse réfléchie. Les répondants avaient la possibilité d'inclure plusieurs autres membres du personnel dans la conversation. Les entrevues duraient d'une heure à une heure et demie, et se faisaient par téléphone dans la langue officielle du choix de répondant. Les entrevues étaient enregistrées sur support numérique avec la permission des participants, et ces derniers ont reçu des copies de leurs notes d'entrevue pour leurs dossiers et pour leur permettre d'y faire des modifications ou des ajouts.

Visites sur le terrain

Dix-sept collectivités inuites et des Premières Nations des régions de l'Atlantique, du Québec, de l'Ontario, du Manitoba, de la Saskatchewan et de l'Alberta de la DGSPNI ont fait l'objet de visites sur le terrain. La région du Nord n'a pas été visitée, puisque la DGSPNI n'y compte aucun accord de financement avec les collectivités; elle en a plutôt conclu avec les gouvernements territoriaux qui, eux, ont signé de tels accords avec leurs collectivités. Pour veiller à une sélection objective des collectivités, Santé Canada a demandé au sous-traitant de choisir les collectivités à visiter en se fondant sur les caractéristiques fournies à leur sujet. La sélection initiale des endroits reposait sur les critères suivants :

- Le nombre de sites par région était déterminé en proportion de la population inuite et des Premières Nations de la région, par rapport à la population totale des six régions.
- Au moins une collectivité par région devait disposer d'un modèle de financement ferme, et d'autres appliquaient des modèles de financement plus souples.
- Dans chaque région, les collectivités devaient être choisies de manière à inclure celles qui ne sont pas isolées, sont quelque peu isolées ou sont reculées ou isolées, dans la mesure du possible, tout dépendant du nombre d'endroits visités par région.

- Les collectivités devaient être choisies parmi celles offrant le plus grand nombre possible de programmes des groupes VS et DES.
- Les collectivités devaient être de diverses tailles.

Les endroits choisis ont ensuite été soumis à Santé Canada, puis quelques ajustements y ont été apportés à la lumière des commentaires obtenus dans les régions, et de plusieurs changements d'endroits suggérés, principalement pour les motifs suivants :

- Certaines collectivités suggérées n'étaient pas en mesure de participer à un projet de recherche, en raison de problèmes internes.
- Certaines collectivités participaient déjà à une étude de Santé Canada ou leur participation avait été sollicitée à de nombreuses études et, par conséquent, elles avaient besoin de répit.
- Des changements proposés pour le Québec visaient à faire participer une collectivité francophone et une collectivité inuite.

Parmi les 17 collectivités, 2 provenaient de l'Alberta, 4 de la Saskatchewan, 4 du Manitoba, 3 de l'Ontario, 2 du Québec et 2 de l'Atlantique. De plus, 13 collectivités n'étaient pas isolées, 1 était plus ou moins isolée, et 3 étaient isolées. Quant à la taille des collectivités, 3 comptaient moins de 1 000 habitants; 5 en abritaient de 1 000 à 2 500; 3 en réunissaient de 2 500 à 5 000; 3 en comptaient de 5 000 à 7 500; 3 en dénombraient de 7 500 à près de 10 000.

À chaque visite, des entrevues avec les intervenants clés étaient réalisées auprès de dirigeants communautaires et de directeurs de services de santé, et des employés affectés aux programmes et des participants ont pris part à des groupes de discussion ou répondu aux questionnaires. (Une collectivité a participé à distance par téléconférence, et aucune table ronde n'a eu lieu.) Dans l'ensemble, 13 directeurs de services de santé, 5 dirigeants communautaires, 3 autres représentants communautaires, 112 employés communautaires et 11 membres de la collectivité ont participé aux visites sur le terrain, pour un total de 244 participants dans les 17 collectivités.

Les guides d'entrevue à l'intention des directeurs des services de santé et des dirigeants communautaires, et les guides d'animation de chaque groupe de discussion formé d'employés et de participants ont été conçus de manière à répondre aux questions pertinentes de l'évaluation, en tenant compte des domaines de connaissances auxquels on s'attendait des groupes de participants. Par ailleurs, la mise au point de questionnaires secondaires destinés aux employés et aux participants aux programmes visait à recueillir des données quantitatives auprès des groupes de discussion. Comme pour les entrevues avec les intervenants clés, la Direction de l'évaluation, le groupe de travail sur l'évaluation, l'APN et ITK ont eu l'occasion de passer en revue et de commenter les guides et les questionnaires. Les quelques premières visites ont servi à mettre les guides à l'essai; aucun changement n'a été jugé nécessaire à la suite de cette mise à l'essai.

Dès que les collectivités acceptaient de participer, Santé Canada communiquait le nom des personnes-ressources au sous-traitant, et le consultant fournissait ensuite par téléphone d'autres détails, répondait aux questions et prenait rendez-vous. Les personnes-ressources dans les collectivités devaient nommer et inviter des membres du personnel affectés à l'exécution des programmes des groupes VS et DES à participer au groupe de discussion du personnel, et à coordonner la participation de membres de la collectivité s'étant prévalu de ces programmes aux groupes de discussion des participants. Pour ce dernier exercice, les collectivités devaient inviter des participants à chacun des programmes des groupes VS et DES, y compris des parents et des grands-parents dont les enfants avaient bénéficié d'un des programmes destinés aux enfants.

Les personnes-ressources ont reçu par courriel un résumé du processus et le guide d'entrevue auprès des directeurs des services de santé et des dirigeants communautaires, ainsi qu'une liste des sujets abordés par le groupe de discussion constitué d'employés; on leur a aussi dit que les groupes de discussion des participants porteraient principalement sur ce à quoi ils avaient participé, ce qu'ils en avaient appris, comment cela les avait aidés, eux ou leurs enfants, et les habitudes de vie saine qu'ils avaient pu adopter. Les participants aux groupes de discussion ont reçu un mot de remerciement accompagné d'honoraires pour leur participation.

Analyse des données

Les données ont été analysées par triangulation de l'information tirée des diverses sources et méthodes précitées, puis résumées dans des rapports sommaires abordant chacun une source de données.

- Tous les éléments contenus dans les examens de la documentation et des documents ont été compilés dans une bibliothèque Zotero afin d'en faire un examen et une analyse approfondis. Les documents ont été inclus et classés ou rejetés en fonction de leur pertinence à l'égard des questions contenues dans le cadre d'évaluation. Dans la mesure du possible, les données tirées des examens de la documentation et des documents ont fait l'objet d'une comparaison, au fil du temps, pour en dégager des tendances ou des habitudes.
- Des transcriptions ont été produites pour les entrevues avec les intervenants clés, y compris les entrevues et les groupes de discussion menés pendant les visites sur le terrain, et les réponses ont été codées et organisées en fonction des questions et des enjeux abordés par l'évaluation. Une analyse de toutes les réponses a permis de dégager les similitudes et les divergences d'opinions.
- Toutes les constatations tirées des examens de la documentation et des documents, des entrevues avec les intervenants clés et des visites sur le terrain ont été résumées dans des documents techniques distincts en fonction du cadre d'évaluation, de manière à associer les données pertinentes à chacun des indicateurs. Les principales constatations ont par la suite été résumées de manière à répondre directement à chacune des questions de l'évaluation à l'aide de chacune des sources de données.
- Les données provenant du sondage en ligne auprès du personnel et des questionnaires secondaires auxquels les groupes de discussion tenus pendant les visites sur le terrain ont répondu ont été compilées et analysées, dans le but de réaliser une analyse narrative des réponses à chacune des questions de l'évaluation. La fréquence des réponses aux questions fermées a été quantifiée à l'aide du logiciel SPSS. Un examen des réponses aux questions ouvertes a permis de relever des thèmes et des catégories, puis de les coder et de les soumettre à une quantification similaire. Les principales constatations ont par la suite été résumées pour chacune des questions de l'évaluation.

Pour le rapport final, on a comparé les principales constatations tirées de chaque source de données, afin de confirmer les conclusions et de relever toutes les anomalies ou les constatations solidaires.

Annexe 5 – Description du profil des programmes des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé²⁹

Vie saine (VS)

Le groupe VS aborde les aspects suivants :

- prévention et gestion des maladies chroniques;
- politique de prévention des blessures;
- dentothérapie.

Les activités et objectifs rattachés à chacun de ces aspects sont expliqués ci-après.

Prévention et gestion des maladies chroniques

La prévention et la gestion des maladies chroniques regroupent deux initiatives communautaires (Initiative sur le diabète chez les Autochtones et Initiative d'éducation en matière de nutrition – volet de Nutrition Nord Canada) et deux secteurs de politiques (politique sur la nutrition et politique sur la prévention des maladies chroniques).

Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) est la principale composante du groupe VS, et elle propose des programmes et des services communautaires à plus de 600 collectivités inuites et des Premières Nations. L'IDA a bénéficié d'une enveloppe de 55 millions de dollars en 2010-2011 et 2011-2012, et de 51,1 millions en 2012-2013. Créée en 1999, elle contribue à améliorer l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations au moyen de mesures axées sur la réduction de la prévalence (taux) et de l'incidence (nouveaux cas signalés) du diabète et de ses facteurs de risque.

L'objectif de l'IDA est de réduire le diabète de type 2 chez les Autochtones en finançant des activités et services de promotion de la santé et de prévention offerts par des travailleurs communautaires formés et spécialisés dans le diabète, et par des fournisseurs de soins de santé. L'actuelle période de financement (de 2010 à 2015) met l'accent sur quatre secteurs :

- initiatives à l'intention des enfants, des jeunes, des parents et des familles;
- diabète avant et pendant la grossesse;
- planification communautaire de la sécurité alimentaire afin d'améliorer l'accès à des aliments sains, y compris à des aliments traditionnels et vendus sur le marché;
- approfondissement de la formation dispensée aux professionnels de la santé sur les lignes directrices en matière de pratique clinique et sur les stratégies de gestion des maladies chroniques.

²⁹ La description des profils de programme est tirée du Cadre d'évaluation, Annexe A (DGSPNI, 2013h, p. 53 à 63).

Voici les objectifs de l'IDA :

- créer des milieux favorables et accroître l'adoption de saines habitudes de vie en élargissant l'accès à des aliments sains et en encourageant une saine alimentation, l'activité physique et un poids santé;
- mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque, ses complications et les moyens de prévenir la maladie et ses complications à tous les Autochtones;
- accroître la détection précoce des cas de diabète et le dépistage des complications dans les collectivités inuites et des Premières Nations;
- accroître la prise en charge par les collectivités des programmes consacrés au diabète et renforcer les capacités en vue de prévenir, de retarder et de gérer le diabète;
- renforcer l'acquisition et la mise en commun de connaissances afin d'étoffer les activités communautaires fondées sur des données probantes dans les collectivités autochtones;
- établir des partenariats en vue d'optimiser la portée et les retombées des activités de promotion de la santé et de prévention primaire.

L'atteinte de ces objectifs passe par les activités suivantes.

L'IDA atteint ses objectifs à l'aide d'activités associées à quatre secteurs de programmes :

1) **Promotion de la santé et prévention primaire à l'échelle communautaire**

Activités visant la promotion de la santé et la prévention des maladies, par la création de milieux favorables et l'adoption accrue de saines habitudes de vie. Cette réalisation repose sur l'augmentation de l'accès à des aliments sains; l'encouragement à manger sainement, à faire de l'activité physique et à conserver un poids santé; la sensibilisation au diabète. Ces activités sont proposées à plus de 600 collectivités inuites et des Premières Nations, et s'adressent aux enfants, aux jeunes, aux parents, aux adultes, aux aînés et aux familles.

2) **Dépistage et gestion**

Activités favorisant la détection précoce du diabète et de ses complications avant qu'ils ne deviennent apparents, et le maintien d'une bonne gestion dans le but d'améliorer les résultats pour la santé. Dans certaines régions (Alberta, Manitoba et Québec), le dépistage des complications du diabète (touchant les membres, les yeux, l'appareil cardiovasculaire ou les reins) s'appuie sur des initiatives de dépistage mobiles en milieux ruraux et reculés. Dans d'autres régions, il est assumé par des fournisseurs locaux de soins de santé. Certaines collectivités concluent des partenariats avec des services provinciaux de soins de santé des environs, afin d'accroître les activités de dépistage.

3) **Renforcement des capacités et formation**

Activités de renforcement de la capacité des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé de proposer des programmes efficaces de promotion de la santé et de prévention du diabète. L'IDA appuie le renforcement des capacités et la formation des travailleurs communautaires affectés à la prévention du diabète, car ils jouent un rôle déterminant dans les activités de prévention du diabète et travaillent en partenariat avec des professionnels de la santé et d'autres membres de leur collectivité. Plus de 350 travailleurs ont suivi des programmes d'études collégiaux. Les activités d'éducation permanente intensifient les compétences et les connaissances des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé dans une vaste série de domaines reliés à la prévention et à la gestion du diabète, dont les soins des pieds, la nutrition, la sécurité alimentaire, la compétence culturelle et les lignes directrices sur la pratique clinique. En outre, des équipes pluridisciplinaires régionales apportent leur expertise aux collectivités en matière de diabète, d'activité physique et de nutrition. L'IDA encourage la formation des personnes travaillant

avec les collectivités, dont les infirmières offrant des soins communautaires et à domicile, sur les lignes directrices en matière de pratique clinique et sur les stratégies de gestion des maladies chroniques.

4) **Mobilisation des connaissances**

Activités qui améliorent et encouragent la mise en commun des connaissances sur les mesures fructueuses en matière de promotion de la santé et de prévention du diabète, et sur les facteurs de risque qui s'y rapportent. La mobilisation des connaissances fournit des renseignements importants sur les mesures réussies de soutien aux collectivités, permet de renforcer les connaissances au sujet des questions émergentes, contribue à décrire les tendances et facilite la prise de décisions aux échelons communautaire, régional et national, en fournissant des données sur l'efficacité des interventions.

La mobilisation des connaissances repose sur des activités dans les domaines suivants :

- acquisition de connaissances (p. ex. soutien de la Stratégie d'innovation du Canada [poids santé] dirigée par l'ASPC; soutien de projets régionaux d'évaluation et d'innovation);
- application et mise en commun des connaissances (p. ex. soutien d'un centre de stockage des données sur la promotion de la santé et la prévention des maladies logé dans le site Web de l'Association nationale autochtone du diabète);
- évaluation et surveillance.

Initiative d'éducation en matière de nutrition – volet de Nutrition Nord Canada

Lancé le 1^{er} avril 2011, Nutrition Nord Canada (NNC) a remplacé le programme Aliments-poste. Le nouveau programme augmente l'accès des résidents du Nord à des aliments sains. Dans le cadre du programme, Affaires autochtones et Développement du Nord Canada accorde des subventions aux détaillants et aux fournisseurs afin de couvrir le coût d'envoi des aliments sains périssables vers les collectivités isolées du Nord. Grâce à NNC, Santé Canada reçoit du financement qui lui permet de soutenir des initiatives communautaires et commerciales de sensibilisation à une saine alimentation dans les collectivités inuites et des Premières Nations admissibles à une pleine contribution au commerce de détail. Depuis 2010-2011, Santé Canada soutient financièrement des activités de sensibilisation à une saine alimentation afin de compléter la contribution au commerce de détail d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, et ainsi d'influencer les collectivités isolées du Nord à adopter de saines habitudes alimentaires. Ces activités de sensibilisation à une saine alimentation visent à raffermir les connaissances au sujet d'une saine alimentation et l'aptitude à choisir et à préparer des aliments sains achetés et traditionnels ou locaux.

L'AC dirige les initiatives de sensibilisation à une saine alimentation de NNC en :

- fournissant de l'encadrement et des conseils relativement au programme en général, afin d'en soutenir la coordination et l'instauration;
- travaillant avec les bureaux régionaux de Santé Canada, les gouvernements territoriaux, l'Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami et des partenaires, dans le but de soutenir le déploiement et le renforcement des capacités à l'échelle communautaire;
- travaillant avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada à la mise en œuvre globale de NNC, y compris aux communications, à la promotion et au marketing, ainsi qu'au respect des exigences du programme en matière d'évaluation et de production de rapports;
- dispensant des conseils sur l'alimentation à Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

Secteurs de politiques

Les secteurs de politiques que touchent la prévention et la gestion des maladies chroniques diffèrent de ceux associés aux initiatives communautaires, puisqu'aucune activité n'est financée à l'échelle de la collectivité.

Les objectifs généraux de la politique sur la nutrition et de la politique de prévention des maladies chroniques sont l'acquisition et la mise en commun de connaissances, et la création et le maintien de partenariats afin d'étoffer les politiques et les programmes. Les objectifs poursuivis dans chaque secteur de politiques sont décrits ci-après. Il pourrait être utile de signaler que, par suite du nouveau plan stratégique de la Direction générale et des activités de planification stratégique qui s'annoncent, certaines priorités à l'intérieur des secteurs de politiques pourraient changer et évoluer.

Politique sur la nutrition et politique sur la sécurité alimentaire

Les politiques sur la nutrition et la sécurité alimentaire cherchent à améliorer la santé nutritionnelle des Inuits et des Premières Nations au moyen d'efforts déployés avec des partenaires de tous les secteurs dans les domaines prioritaires suivants : sécurité alimentaire; poids santé; qualité nutritionnelle; prévention des maladies chroniques.

Voici les objectifs de la politique sur la nutrition :

- collaborer avec des partenaires et des intervenants qui travaillent dans le domaine de la nutrition, de la sécurité alimentaire, de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, en mettant en commun de l'information et en procurant des occasions de faire valoir les points de vue des Inuits et des Premières Nations à l'égard des politiques et des programmes;
- cerner les besoins liés à la nutrition des Inuits et des Premières Nations (et, dans certains cas, des Autochtones en général) et, pour y répondre, élaborer ou raffermir des politiques, des stratégies, des programmes, des projets, des travaux de recherche et des initiatives de renforcement des capacités;
- acquérir des capacités et les raffermir, notamment en matière de ressources humaines, afin de s'appuyer sur des ressources, des outils, des mesures de soutien et de la formation pour dispenser des programmes et services de nutrition;
- favoriser la création de milieux favorables à une meilleure alimentation et à de saines habitudes de vie au sein des collectivités inuites et des Premières Nations, grâce aux efforts consentis aux politiques et aux programmes.

Les secteurs d'activités sont les suivants :

- soutenir les efforts en vue de concevoir une base de données sur la nutrition et la sécurité alimentaire (p. ex. Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement des Premières Nations), dans le but de cerner les conditions de base et d'éclairer l'élaboration de politiques et de programmes, la mesure du rendement et l'évaluation;
- adapter les lignes directrices nationales sur l'alimentation aux Autochtones (p. ex. Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières Nations, Inuit et Métis);
- collaborer avec des partenaires inuits et des Premières Nations et avec d'autres intervenants au règlement des problèmes liés à la nutrition et à la sécurité alimentaire (p.

- ex. Groupe de référence sur la sécurité alimentaire, Groupe fédéral/provincial/territorial en nutrition et Conseil consultatif de NNC);
- dispenser des conseils dans le cadre de l'élaboration de programmes et de politiques de promotion de la santé (p. ex. renforcement de l'importance que l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones accorde à la planification de la sécurité alimentaire dans les collectivités, élaboration de Nutrition Nord Canada).

Politique de prévention des maladies chroniques

La politique de prévention des maladies chroniques contribue à réduire l'incidence, la prévalence et les effets des maladies chroniques chez les Inuits et les Premières Nations, grâce à des efforts conjugués à ceux de partenaires inuits et des Premières Nations, d'organisations vouées aux maladies chroniques, de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et de la Direction des soins de santé primaires et de la santé publique de la DGSPNI, pour s'attaquer aux objectifs suivants :

- rehausser la sensibilisation à la prévention des maladies chroniques aux échelons national, régional et communautaire;
- favoriser l'acquisition, l'analyse et la mise en commun de connaissances, et étoffer les politiques, les stratégies, les programmes et les programmes de recherche sur la prévention des maladies chroniques;
- favoriser l'intégration et l'amélioration de la qualité des services communautaires affectés à la prévention et à la gestion des maladies chroniques.

La politique de prévention des maladies chroniques éclaire l'élaboration de politiques et de programmes sur des aspects particuliers de la prévention des maladies chroniques (comme le cancer, la santé cardiovasculaire, les accidents vasculaires cérébraux et la santé des poumons), et encourage l'application d'une approche intégrée à la prévention des maladies à l'échelle nationale, régionale et communautaire. Les principaux secteurs d'activités sont le soutien de l'acquisition, de l'application et de la mise en commun de connaissances sur des pratiques éprouvées de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les collectivités inuites et des Premières Nations; la formulation de commentaires sur les stratégies nationales de lutte contre les maladies chez les Inuits et les Premières Nations; le soutien de la participation des organisations nationales inuites et des Premières Nations à l'élaboration de politiques; le renforcement des capacités de concevoir et de réaliser des activités de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

Politique de prévention des blessures

Comme pour les deux secteurs de politiques évoqués plus tôt, la politique sur la prévention des blessures n'accorde aucun financement particulier aux activités communautaires. Elle cherche avant tout à réduire l'incidence et la gravité des blessures non intentionnelles (p. ex. à la suite d'un incendie, d'une chute, d'un accident de la route, d'une noyade et d'un empoisonnement) chez les Inuits et les Premières Nations, en travaillant avec des partenaires. Les travaux s'inscrivant dans la politique portent sur l'élaboration de politiques, l'acquisition, l'application et la mise en commun de connaissances, le renforcement des capacités, la collaboration et la formation de partenariats afin d'inclure la prévention des blessures dans d'autres programmes destinés aux Inuits et aux Premières Nations.

Dentothérapie³⁰

Services de dentothérapie

La dentothérapie vise à améliorer et, ultimement, à maintenir la santé buccodentaire des membres des Premières Nations établis dans une réserve et des Inuits vivant dans des collectivités, de sorte qu'ils obtiennent des résultats comparables à ceux d'autres Canadiens vivant dans des conditions similaires. La dentothérapie rend les soins plus accessibles aux collectivités inuites et des Premières Nations, surtout dans les endroits reculés et isolés, en offrant des soins cliniques de base et des services d'urgence et de prévention conformes au champ d'activité.

Les thérapeutes dentaires contribuent pour beaucoup à l'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants (ISBE), dans les collectivités où celle-ci est proposée. L'ISBE est un complément aux services déjà dispensés par les thérapeutes dentaires.

Les services de dentothérapie sont dispensés par des employés du gouvernement fédéral, ou au moyen de contrats ou d'accords de contribution conclus avec des organisations régionales ou locales de soins de santé des Premières Nations, ou encore avec des autorités provinciales ou territoriales de la santé. C'est le cas dans toutes les régions administratives de Santé Canada, sauf en Ontario et au Québec, où les lois provinciales font en sorte qu'il n'y a pas de thérapeutes dentaires. Sous la supervision générale d'un dentiste, les thérapeutes dentaires dispensent toute une gamme de services de base, dont des activités de promotion de la santé buccodentaire, des soins cliniques et des services d'urgence et de prévention. Ils dirigent les clients vers des dentistes lorsque les services débordent de leur champ de pratique. Les services de dentothérapie financés par Santé Canada sont offerts au sud du 60° parallèle. En collaboration avec le Nunavut, les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon, ces services sont dispensés dans des collectivités inuites et des Premières Nations du Nord, où travaillent des thérapeutes dentaires embauchés par les gouvernements territoriaux.

La dentothérapie vise à réduire et à prévenir les maladies buccodentaires au moyen de la prévention, de la sensibilisation et de la promotion de la santé buccodentaire, et à élargir l'accès à des services de santé buccodentaire. Les éléments suivants servent à l'atteinte des objectifs : prestation directe de services de santé buccodentaire, ISBE et aiguillage. Dans la plupart des régions administratives de la santé des Premières Nations et des Inuits, les thérapeutes dentaires servent tous les membres d'une collectivité. Dans les collectivités où les thérapeutes dentaires sont associés à l'ISBE, la clientèle cible se compose des enfants de 0 à 7 ans, de leurs parents et soignants, et des femmes enceintes.

Population cible du groupe Vie saine

La population ciblée par les activités du groupe VS se compose des membres des Premières Nations et des Inuits établis dans leurs collectivités traditionnelles. Cela dit, le groupe VS procure un certain soutien à tous les Autochtones.

Le groupe VS cible plus de 600 collectivités inuites et des Premières Nations au moyen de l'IDA. L'IDA atteint les populations urbaines métisses, inuites et des Premières Nations en finançant des projets de promotion de la santé et de prévention primaire du diabète par l'entremise d'un processus d'appel de demandes (AD). Un financement réparti sur 24 mois a été accordé à 21 projets en 2011. De plus, sept

³⁰ Tous les membres d'une collectivité peuvent se prévaloir des services de dentothérapie. Si la collectivité reçoit des fonds supplémentaires destinés à l'ISBE, la clientèle cible de cette initiative de promotion de la santé se compose des enfants de 0 à 7 ans, de leurs parents et soignants, et des femmes enceintes.

projets de démonstration³¹ ont été financés à l'issue d'une sollicitation ciblée. Les projets de démonstration s'emploient à renforcer la capacité des organisations urbaines métisses, inuites et des Premières Nations d'évaluer des pratiques prometteuses et de disséminer de nouvelles connaissances.

Les Initiatives d'éducation en matière de nutrition – volet Nutrition Nord Canada proposent des programmes aux collectivités inuites et des Premières Nations isolées qui sont admissibles à la pleine contribution au commerce de détail de NNC que verse Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.

Des thérapeutes dentaires dispensent des services de santé buccodentaire (ISBE et services de dentothérapie) dans plus de 200 collectivités inuites et des Premières Nations.

Le groupe VS cible directement ou indirectement toutes les populations autochtones à l'aide de diverses activités stratégiques, d'acquisition de connaissances et de consultation qui viennent appuyer les programmes et services de la Direction générale, du Ministère et du gouvernement. Les activités du groupe VS s'entendent de la création de données ou de connaissances; d'efforts de partenariat, de collaboration et de consultation avec des Premières Nations, des Inuits et des organisations vouées aux soins de santé; de la mise au point d'initiatives stratégiques et de la contribution à celles-ci; de l'élaboration de sources de données; du renforcement des capacités. Ces activités contribuent à étoffer les secteurs de programmes et de politiques du groupe VS, ainsi que les initiatives des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et locaux, et celles des organisations autochtones locales et nationales.

Contexte stratégique des programmes du groupe Vie saine

Un certain nombre de stratégies, d'initiatives et de contributions récemment annoncées appuient des activités du groupe VS qui s'inscrivent dans les priorités actuelles du gouvernement fédéral. En voici quelques exemples :

- **Réunion de haut niveau des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (Sommet des NU sur les MNT)** — En septembre 2011, le Sommet des NU sur les MNT a raffermi l'engagement mondial à déployer des efforts intégrés afin de réduire les risques de maladies chroniques. Le tabagisme et le manque d'activité physique, une mauvaise alimentation et l'alcoolisme sont les quatre principaux facteurs de risque. Le Canada a signé la déclaration des NU et s'est engagé à s'attaquer à ces risques pour la santé avec les secteurs public, privé et bénévole.
- **Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme** — Le budget fédéral annoncé en mars 2012 prévoyait le renouvellement de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), à raison de 25 millions de dollars sur 5 ans consacrés à des projets de lutte contre le tabagisme dans les collectivités inuites et des Premières Nations.
- **Renouvellement de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones** — Le budget de 2010 annonçait un engagement à maintenir des investissements en amont, comme ceux de l'IDA.
- **Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité** — En 2010, les ministres de la Santé au Canada ont appuyé cette déclaration qui expose une vision de la façon dont les

³¹ Un des sept projets de démonstration n'a pas été en mesure de mener à bien les activités du plan de travail associées à l'instauration de pratiques prometteuses. Par conséquent, l'organisation procède actuellement à un projet communautaire de prévention du diabète et de promotion de la santé, qui concorde avec les objectifs de tous les projets financés à l'issue du processus d'AD. C'est donc dire que 6 projets de démonstration et 22 projets sont actuellement (juin 2012) financés par suite du processus d'AD.

gouvernements travailleront ensemble, et avec d'autres organisations, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des incapacités et des blessures.

- **Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé** — En 2010, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont convenu de concentrer leurs efforts pour freiner l'obésité juvénile et faire la promotion du poids santé, comme première mesure essentielle à prendre afin d'aider les Canadiens à vivre plus vieux et en meilleure santé. En vertu de ce cadre, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux trouveront ensemble, et avec des intervenants, des mesures conjointes et complémentaires.
- **Mesures de suivi et orientations futures : Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids santé, le 25 novembre 2011** — En 2012, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux ont décidé de poursuivre leur collaboration pour freiner l'obésité juvénile.
- **Nutrition Nord Canada** — En 2010, les ministres d'Affaires indiennes et du Nord Canada (maintenant Affaires autochtones et Développement du Nord Canada) et de Santé Canada ont annoncé le lancement de ce nouveau programme. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada subventionne l'envoi d'aliments sains périssables vers des collectivités isolées du Nord pour les détaillants, et Santé Canada finance des activités de sensibilisation à une saine alimentation dans les collectivités inuites et des Premières Nations admissibles à la pleine contribution au commerce de détail de NNC. Nutrition Nord Canada a remplacé le programme Aliments-poste le 1^{er} avril 2011.

Développement des enfants en santé

Le groupe DES finance et appuie des programmes, services, initiatives et stratégies communautaires sensibles à la culture qui améliorent les résultats pour la santé des mères, des nourrissons, des enfants et des familles inuits et des Premières Nations. Les secteurs d'intérêt sont la santé prénatale; la nutrition; l'alphabétisme et l'apprentissage chez les jeunes enfants; la santé physique, émotionnelle et mentale; la santé buccodentaire des enfants. Les programmes ont pour objectif d'améliorer les résultats pour la santé des nourrissons, des enfants, des jeunes, des familles (y compris les femmes enceintes) et des collectivités des Inuits et des Premières Nations. Ces services s'inscrivent dans des programmes communautaires comme le Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, le Programme canadien de nutrition prénatale – volet Premières Nations et Inuits, le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, le Programme de services de santé maternelle et infantile et l'ISBE.

Le groupe DES se concentre sur trois secteurs principaux : grossesse en santé et petite enfance, développement de la petite enfance et ISBE. Chaque secteur de programmes comporte des objectifs uniques et vise des groupes de la population qui lui propres, malgré quelques recoupements.

Grossesse en santé et petite enfance

Les programmes réunis sous ce thème font la promotion des grossesses en santé et de la santé des nourrissons et des jeunes enfants, et se concentrent sur la nutrition prénatale, la santé maternelle et infantile, et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). Voici les objectifs premiers de ces secteurs de programmes du groupe DES :

Nutrition prénatale

- Favoriser l'amélioration de la santé des mères et des nourrissons. Les activités découlent de trois éléments clés : dépistage, sensibilisation et conseils en matière de nutrition; alimentation de la mère; promotion, sensibilisation et soutien accordés à l'allaitement.

Santé maternelle et infantile

- Instaurer des services de soutien, dont : dépistage et évaluation chez les femmes enceintes et les nouveaux parents dans le but de cerner les besoins de la famille; promotion de la santé reproductive et de la santé avant la conception; visites à domicile par des infirmières et des travailleurs communautaires, afin de faire un suivi, de l'aiguillage et de la gestion de cas, au besoin. Le volet de la prévention des soins de santé maternelle et infantile a été amélioré pour les familles qui attendent un enfant, par l'élargissement de la portée des services médicaux prénataux et postnataux, en intégrant les valeurs culturelles, les coutumes et les croyances à de nombreuses composantes des programmes.
- Permettre les visites à domicile afin d'aider les femmes enceintes et les familles comptant des nourrissons, et de les sensibiliser aux compétences et connaissances parentales, au développement en santé des enfants, à l'amélioration des habitudes de vie, à la santé avant la conception, à la santé reproductive améliorée des mères et à l'accès à des services de soutien social.
- Réduire et prévenir les maladies buccodentaires par la prévention, la sensibilisation et l'adoption d'une bonne hygiène dentaire.
- Intégrer les valeurs culturelles, les coutumes et les croyances à toutes les composantes des programmes.

Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF)

- Favoriser la mise au point de programmes de prévention et d'intervention précoce sensibles à la culture et éprouvés sur l'ETCAF.
- Appuyer le renforcement des capacités et la formation des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé; dresser des plans d'action; réaliser des activités de prévention et de sensibilisation.
- Instaurer des programmes de prévention fondés sur des projets de mentorat, en ayant recours à un modèle de visite à domicile éprouvé (p. ex. mentors aidant les femmes à cerner leurs forces et leurs difficultés et les aiguillant vers des services et des mesures de soutien adéquats qui peuvent contribuer à réduire leurs risques d'avoir un bébé affecté par l'ETCAF).
- Établir des programmes d'intervention reposant sur la gestion de cas et la coordination communautaire, afin de faciliter l'accès au diagnostic et de mettre les familles en contact avec des équipes pluridisciplinaires de diagnostic et d'autres services et mesures de soutien.

Développement des jeunes enfants

Le PAPAN finance des stratégies d'intervention auprès de la petite enfance qui répondent aux besoins en matière de santé et de développement des enfants des Premières Nations – depuis la naissance jusqu'à l'âge de six ans – et de leurs familles. L'objectif est de financer des programmes conçus et exécutés par des collectivités des Premières Nations, dans l'optique de répondre à leurs besoins uniques. Le PAPAN vise avant tout à :

- soutenir la croissance spirituelle, émotionnelle, intellectuelle et physique de chaque enfant;
- aider et encourager les enfants à apprendre leur vie durant;
- soutenir les parents, les tuteurs et les membres de la famille élargie en tant que premiers enseignants;
- encourager les parents et la collectivité des Premières Nations en général à participer à la planification;
- établir des liens avec d'autres programmes et services communautaires et assurer une coordination avec ceux-ci, dans l'optique d'accroître l'efficacité du programme;
- encourager une utilisation optimale des ressources communautaires destinées aux enfants et à leurs parents, familles et collectivités.

Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

L'ISBE est un programme qui s'emploie à améliorer et, ultimement, à maintenir la santé buccodentaire des membres des Premières Nations établis dans une réserve et des Inuits vivant dans des collectivités inuites, de sorte qu'ils obtiennent des résultats comparables à ceux d'autres Canadiens vivant dans des conditions similaires. Une formation dispensée aux membres de la collectivité leur permet de devenir des aides dans le cadre de l'ISBE, afin de proposer des services limités de santé buccodentaire dans certaines collectivités. Les activités de l'ISBE sont surtout offertes aux collectivités établies au sud du 60^e parallèle. En collaboration avec les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, elles sont réalisées dans certaines collectivités inuites et des Premières Nations du Nord, où travaillent des thérapeutes dentaires embauchés par les gouvernements territoriaux. La région du Nord reçoit des fonds affectés à l'exécution des projets de l'ISBE. Les services gérés et proposés par l'ISBE regroupent une vaste gamme de services de santé buccodentaire, notamment pour la prévention des maladies dentaires, la promotion de bonnes pratiques de santé buccodentaire et l'exécution de services cliniques de base (p. ex. dépistage, application topique de fluorure, application de scellants dentaires, autres traitements restaurateurs et aiguillage vers d'autres services). Les activités de prévention et de promotion consistent entre autres en des campagnes de sensibilisation et en des présentations (y compris sur la santé buccodentaire) destinées à des endroits particuliers, comme ceux visés par le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves, les garderies, les maternelles et les pouponnières, ainsi qu'à certains groupes, tels que les parents participants, les parents attendant un enfant, les cliniques d'immunisation et d'autres groupes communautaires. Les objectifs de l'ISBE consistent à réduire³² et à prévenir les maladies buccodentaires par la prévention, la sensibilisation et la promotion d'une bonne santé buccodentaire, et à élargir l'accès aux soins buccodentaires.

³² Il est à noter que d'autres facteurs influent sur la réussite avec laquelle les maladies dentaires sont réduites et prévenues. Même s'il n'est pas précisément exprimé, l'objectif ici consiste à favoriser ou à influencer l'atteinte de cet objectif au moyen de l'ISBE.

Population cible

Les populations avant tout visées par les programmes de grossesse en santé et petite enfance sont les femmes enceintes inuites et des Premières Nations, les mères et leurs nourrissons et jeunes enfants (0 à 6 ans) qui vivent dans une réserve ou dans une collectivité inuite, particulièrement ceux jugés à risque élevé. Le deuxième groupe cible englobe les femmes inuites et des Premières Nations en âge de procréer qui vivent dans une réserve ou habitent dans le Nord (au nord du 60^e parallèle). L'Initiative en santé buccodentaire pour les enfants s'adresse aux membres des Premières Nations établis dans une réserve et aux Inuits vivant dans des collectivités inuits, aux enfants âgés de 0 à 7 ans, à leurs parents et soignants, et aux femmes enceintes. Dans les réserves, le PAPAN procure des services et des mesures de soutien aux enfants âgés de 0 à 6 ans et à leurs familles.

Niveaux actuels de programmation

Grossesse en santé et petite enfance

- Chaque année, le volet Premières Nations et Inuits du Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) atteint environ 9 000 femmes inuites et des Premières Nations qui proviennent de plus de 600 collectivités.
- Le Programme des services de santé maternelle et infantile (PSSMI) propose des visites à domicile effectuées par des infirmières et des visiteurs familiaux à quelque 8 000 familles, tandis qu'environ 3 500 familles ont droit à des services de gestion de cas³³.
- Le Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) atteint plus de 600 femmes. En outre, les coordonnateurs communautaires aident les familles à accéder à des équipes pluridisciplinaires de diagnostic de l'ETCAF et aux services et mesures d'appui qui s'y rapportent.

Développement des jeunes enfants

- Le PAPAN dessert plus de 11 000 enfants vivant dans plus de 300 collectivités des Premières Nations du Canada.
- Avant 2005, les programmes se limitaient surtout à des endroits centraux (exécutés dans un espace ou un édifice réservé au PAPAN et souvent dans des locaux partagés avec d'autres programmes de garderie ou de santé). Depuis 2005, le PAPAN a été en mesure d'étendre sa portée à d'autres enfants et familles, grâce au modèle de sensibilisation et de visites à domicile. À l'heure actuelle, environ le tiers de tous les endroits au Canada ont recours à la sensibilisation et aux visites à domicile pour augmenter le nombre d'enfants qui bénéficient des services.
- Les programmes peuvent être regroupés dans un centre, exécutés dans le cadre de services de sensibilisation ou de visites à domicile, ou par la combinaison de ces deux méthodes.

L'Agence de la santé publique du Canada accorde des fonds aux programmes proposés à certaines collectivités inuites, par l'entremise du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones – Collectivités urbaines et nordiques (PAPACUN).

³³ Ce programme n'est pas offert aux collectivités inuites.

Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

- L'ISBE propose des services à environ 20 000 enfants du Canada. Habituellement dispensée par des thérapeutes dentaires et des hygiénistes dentaires, elle se concentre sur la prévention des maladies buccodentaires et la promotion de saines pratiques de santé buccodentaire. L'ISBE offre des mesures de prévention, comme les vernis au fluorure, les scellants et la stabilisation, aux enfants âgés de 0 à 7 ans, ainsi que des directives en matière de santé et des renseignements aux parents, aux soignants et aux femmes enceintes.