



Santé Canada et Agence de la
santé publique du Canada

Health Canada and the Public Health
Agency of Canada

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits 2010-2011 à 2014-2015

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

26 septembre 2016

Liste des sigles

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AAP	Architecture d'alignement des programmes
AC	Accord de contribution
APN	Assemblée des Premières Nations
CCS	Comité des chefs sur la santé
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
CHD	Comité de la haute direction
CMR	Cadre de mesure du rendement
DG	Directeur général
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EAPA	Enquête auprès des peuples autochtones
EDSC	Emploi et Développement social Canada
ERS	Enquête régionale sur la santé
GRC	Gendarmerie royale du Canada
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
OAN	Organisations autochtones nationales
OPRC	Outil de production de rapports communautaires
PE	Protocoles d'entente
PSGQ	Planification de la santé et gestion de la qualité
SGCC	Système de gestion des contrats et des contributions
SGISC	Système de gestion de l'information sur les subventions et contributions
SMA	Sous-ministre adjoint
SPGC	Système de planification et de gestion communautaire

Table des matières

Résumé	ii
Réponse et plan d'action de la direction (ou réponse de la direction)	vii
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	2
2.3 Description du programme	3
2.4 Harmonisation du programme et ressources	4
3.0 Description de l'évaluation	5
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	5
3.2 Limites et stratégies d'atténuation	6
4.0 Constatations	8
4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme	8
4.2 Pertinence : Élément 2 – Conformité avec les priorités du gouvernement	12
4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral ...	14
4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	16
4.5 Rendement : Élément 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité	33
5.0 Conclusion	38
5.1 Pertinence – conclusions	38
5.2 Conclusions relatives au rendement	39
6.0 Recommandations	41
Annexe 1 – Modèles de financement	43
Annexe 2 – Modèle logique	45
Annexe 3 – Description de l'évaluation	46
Annexe 4 – Dépenses réelles par activité de programme	50
Annexe 5 – Résumé des conclusions	51

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du programme – Dépenses réelles (\$)	5
Tableau 2 – Limites et stratégies d'atténuation	7
Tableau 3 : Modèles de financement pour les communautés des Premières Nations	23

Résumé

Le présent rapport d'évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité (PSGQ) porte sur les activités de programme qui se sont déroulées d'avril 2010 à mars 2015. L'évaluation a été réalisée afin de répondre aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur les résultats (2016) du Conseil du Trésor du Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation a pour but d'évaluer la pertinence et le rendement (efficacité, économie et efficience) du groupe d'activités de planification de la santé et de gestion de la qualité dans quatre secteurs : planification de la santé (gouvernance), agrément, consultation et liaison en matière de santé, et recherche en santé. Les résultats de l'évaluation appuieront la prise de décisions concernant les améliorations à apporter aux politiques et aux programmes.

Plusieurs autres secteurs de programme au sein de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) contribuent à accroître la capacité des programmes et des services de santé dans les communautés inuites et des Premières Nations; cependant, ces secteurs étaient hors de la portée de la présente évaluation, étant donné qu'ils ont récemment été évalués de manière distincte ou qu'ils le seront. De plus, les projets de la Colombie-Britannique ont été exclus en raison de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. A également été exclu le financement pour l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales en vertu de l'entente en matière de bien-être dans le Nord. L'évaluation englobait les Inuits seulement pour le volet de consultation et de liaison en matière de santé.

La méthode d'évaluation utilisée incluait des entrevues avec des informateurs clés, soit des membres du personnel de la DGSPNI à l'échelle nationale et régionale, des représentants d'organismes autochtones nationaux, des employés de ministères et d'organismes fédéraux dont les mandats sont apparentés, et des experts universitaires sur la question. Des sondages ont été réalisés auprès du personnel de la DGSPNI chargé de la liaison régionale et des responsables de la santé communautaire des Premières Nations. Les études de cas ont porté sur les activités de planification de la santé de cinq communautés des Premières Nations vivant dans des réserves. La collecte de données englobait également les études de la documentation et de la littérature, ainsi que des données issues d'examen financiers et sur le rendement.

L'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) ont été consultées lors de l'étape de l'établissement de la portée, ainsi que pour l'élaboration d'une méthodologie et d'outils d'évaluation, y compris les questionnaires de sondage et les guides d'entrevues avec les informateurs clés. On les a également consultées à propos des constatations préliminaires et de l'ébauche du rapport final.

Description du programme

Les responsables du programme de planification de la santé et de gestion de la qualité administrent des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes visant à soutenir le renforcement des capacités des communautés inuites et des Premières Nations. Ce programme est axé sur les services suivants : la conception et la prestation de programmes et de services de santé grâce à la planification et à la gestion de programme; l'amélioration continue du système de santé grâce à l'agrément; l'évaluation des programmes de santé et le soutien aux activités de développement des communautés.

L'objectif du programme est d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuits à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes et des services de santé.

Le groupe d'activités de PSGQ comprend les quatre volets suivants :

- Planification de la santé (gouvernance) – Aide les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves à prévoir et à mettre au point des modèles de prestation de services et d'exécution de programmes en santé.
- Agrément – Favorise et soutient l'agrément des services de santé dans les réserves en vue d'une amélioration continue du système de santé.
- Consultation et liaison en matière de santé – Intensifie les partenariats entre les organisations nationales des Premières Nations et des Inuits et les gouvernements afin d'améliorer les résultats en matière de santé.
- Recherche en santé – Permet d'améliorer les connaissances sur la santé des Premières Nations grâce au financement de projets de recherche.

Les seules activités abordant la capacité des Inuits faisaient partie du volet de consultation/liaison, même si les Inuits avaient accès à des outils de programmation.

Au cours de la période allant d'avril 2010 à mars 2015, les dépenses relatives à la PSGQ se sont élevées à environ 642 millions de dollars. De ce montant, environ 80 % ont été dépensés par l'entremise d'accords de contribution pour la planification de la santé (gouvernance) dans des communautés des Premières Nations dans des réserves, 4 % ont servi à des accords de contribution pour des activités d'agrément dans des communautés des Premières Nations dans des réserves, et environ 13 % ont représenté un montant combiné pour des contrats de recherche sur la santé et pour un accord de contribution avec l'APN et l'ITK pour la consultation/liaison en matière de santé.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Besoin continu

Il est nécessaire de poursuivre le renforcement des capacités afin de réduire les inégalités en matière de santé au sein des communautés des Premières Nations et inuites. Une responsabilité et un contrôle accrus sur les programmes et services de santé par les organisations et communautés inuites et des Premières Nations peuvent mener à l'amélioration des résultats relatifs à la santé. Une capacité et un contrôle accrus peuvent avoir un effet positif sur les programmes et services communautaires de santé des Premières Nations et des Inuits dans quatre domaines clés, ce qui en retour peut mener à l'amélioration des résultats en matière de santé. Ces quatre domaines sont les déterminants sociaux de la santé, la sécurité et le savoir-faire culturel, la décentralisation et la qualité des services.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les priorités de la PSGQ s'harmonisent avec les priorités et les résultats stratégiques actuels du gouvernement du Canada et du Ministère. Par l'entremise de divers engagements, le gouvernement du Canada appuie les programmes et services de santé en collaborant avec les communautés inuites et des Premières Nations, afin de s'assurer que les programmes et services de santé sont accessibles, fiables et de qualité. Les objectifs ministériels de Santé Canada et le plan stratégique de la DGSPNI appuient l'autodétermination, les interventions communautaires et le renforcement des capacités des Premières Nations et des Inuits, ainsi que l'établissement de liens forts avec les intervenants.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

Le travail effectué dans le secteur du renforcement des capacités des organisations et communautés inuites et des Premières Nations est conforme aux responsabilités de Santé Canada énoncées dans diverses politiques (p. ex. Politique sur la santé des Indiens, Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens) visant à augmenter le contrôle et la prise en charge de la prestation de services de santé par les communautés inuites et des Premières Nations. Il y a une complémentarité entre les ministères fédéraux et les programmes qui soutiennent le renforcement des capacités; cependant, il demeure possible d'améliorer la coordination des activités de planification communautaire.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les activités relatives à la consultation/liaison en matière de santé et à la recherche en santé ont mené à une prise en charge et à un contrôle accru des organisations inuites et des Premières Nations. Par l'entremise de contributions et d'ententes d'engagement avec l'APN et l'ITK, davantage de possibilités de participer à la conception et à l'élaboration des programmes et des politiques de santé ont été offertes aux organisations nationales et régionales inuites et des

Premières Nations. La DGSPNI a formé des partenariats stratégiques avec des organisations fédérales et des Premières Nations pour soutenir différentes initiatives de surveillance et de recherche liées à la santé des Premières Nations. La disponibilité et l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes ont été accrues. Cette information a servi à appuyer la prise de décisions au sein de la DGSPNI et des organisations des Premières Nations. Le bureau national de la DGSPNI et des informateurs clés parmi le personnel régional ont indiqué qu'un transfert de connaissances accru au sein de la DGSPNI pourrait augmenter l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes dans le cadre de la prise de décisions relatives aux politiques et aux programmes.

Les activités de PSGQ ont eu des effets positifs sur les capacités des communautés des Premières Nations, ce qui a rehaussé la qualité des programmes et des services offerts dans les communautés. Il y a eu de nombreuses occasions d'exercer et de renforcer une prise en charge et un contrôle communautaires. L'élaboration de plans de santé et du processus d'agrément a renforcé les capacités de façon efficace dans les communautés présentant des capacités organisationnelles et faisant preuve de leadership. Les communautés des Premières Nations présentant des niveaux de capacité variables nécessitent des approches différentes pour que soient maximisées leurs occasions d'exercer une prise en charge et un contrôle. Des processus et des outils renforcés sont nécessaires dans les communautés ayant des capacités initiales moindres – surtout les communautés éloignées et isolées, les petites communautés ainsi que les communautés en crise.

Démonstration d'économie et d'efficience

Certaines activités de PSGQ ont tiré efficacement parti de l'expertise et des capacités des organisations des Premières Nations afin d'améliorer la prise en charge et le contrôle, ce qui comprend la mise à profit des capacités existantes des communautés des Premières Nations pour entreprendre le processus d'agrément et la collaboration avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) pour soutenir les activités de l'Enquête régionale sur la santé. Un certain nombre de gains en efficacité ont été démontrés grâce à l'utilisation de formules de financement et au travail visant à améliorer le savoir-faire culturel de la DGSPNI.

D'autres gains en efficacité pourraient être réalisés grâce au renforcement de la collaboration à l'interne avec tous les programmes communautaires de la DGSPNI pour les Premières Nations et, dans une certaine mesure, avec d'autres ministères fédéraux. Il est possible d'améliorer les relations de travail avec les intervenants grâce à la diffusion des pratiques exemplaires, à une meilleure intégration des processus et des outils, et au soutien du savoir-faire culturel.

Une approche plus précise de la collecte de données sur le rendement permettrait d'améliorer la façon dont la DGSPNI mesure ces capacités et ce contrôle accrus, ainsi que la qualité des services livrés.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Évaluer et renforcer les processus et les outils afin d'améliorer les possibilités pour toutes les communautés des Premières Nations de développer leurs capacités de prise en charge et de contrôle, particulièrement pour les communautés ayant des capacités initiales moindres.

Les communautés des Premières Nations présentant des niveaux de capacité variables nécessitent des approches différentes pour que soient maximisées leurs occasions d'exercer une prise en charge et un contrôle. Des difficultés en matière de capacités sont plus susceptibles de se produire dans les communautés éloignées et isolées, les petites communautés ainsi que les communautés en crise. Parmi ces difficultés, notons une planification stratégique en cours limitée, un accès restreint à du financement pour la planification de la santé, ainsi qu'une difficulté à attirer et à maintenir en poste des ressources humaines dans plusieurs communautés éloignées et isolées. Parmi les mesures de soutien personnalisées pour répondre à ces besoins uniques en termes de capacité, mentionnons la formation et des outils additionnels, la mise à profit du réseautage (mentorat) et des pratiques exemplaires d'autres communautés, la formation de partenariats avec d'autres intervenants à l'échelle régionale, et un engagement communautaire continu avec le personnel de la DGSPNI chargé de la liaison régionale. Un guide de la planification de la santé a récemment été lancé par la DGSPNI afin d'aider les communautés qui bénéficieraient le plus d'une capacité accrue.

Recommandation 2

Améliorer l'échange d'information et la collaboration relativement aux activités de planification de la santé et de gestion de la qualité dans tous les programmes et les bureaux régionaux de la DGSPNI.

Une collaboration améliorée au sein de la DGSPNI mènerait à une approche davantage intégrée et adaptée à la culture à l'égard de la prestation de services de santé pour les Premières Nations et les Inuits dans toutes les régions et tous les programmes communautaires. Par exemple, il est possible d'intégrer les normes d'agrément à d'autres documents d'orientation qui soutiennent le renforcement des capacités dans les programmes communautaires, comme le bien-être mental et un mode de vie sain; de procéder à la diffusion des pratiques exemplaires à l'égard du renforcement des capacités dans toute la Direction générale, surtout au niveau opérationnel et dans tous les bureaux régionaux, et de continuer à améliorer le savoir-faire culturel du personnel dans divers rôles de renforcement des capacités.

Recommandation 3

Actualiser la stratégie de mesure du rendement de la DGSPNI afin d'élaborer des méthodes pour mesurer la capacité accrue, le contrôle et la qualité du service offert.

Une stratégie de mesure du rendement à jour est nécessaire pour établir des méthodes permettant de mesurer les capacités accrues et le contrôle, ainsi que la qualité des services offerts. Sont également requises des stratégies pour suivre et analyser les indicateurs de résultats immédiats et intermédiaires (surtout ceux ayant trait à la prise en charge et au contrôle ainsi qu'à la qualité des programmes et des services de santé).

Réponse et plan d'action de la direction (ou réponse de la direction)

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits 2010-2011 à 2014-2015

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris l'origine des ressources (nouvelle source ou budget existant)
Renforcer les processus et les outils afin d'améliorer les possibilités pour toutes les communautés des Premières Nations de développer leurs capacités de prise en charge et de contrôle, particulièrement pour les communautés ayant des capacités initiales moindres.	La direction approuve la recommandation et continue de collaborer avec les Premières Nations afin d'élaborer des outils visant à développer les capacités des communautés des Premières Nations et inuites à concevoir, gérer et exécuter des programmes et des services de santé. Le guide de planification de la santé est un outil de développement des capacités crucial qui s'adresse aux Premières Nations, aux conseils tribaux et à d'autres organisations des	Santé Canada travaillera avec des partenaires des Premières Nations afin de revoir et de mettre à jour le guide de planification de la santé actuel.	Guide de planification de la santé révisé.	Avril 2018	Paula Hadden-Jokiel, directrice exécutive, DCII	Aucune ressource additionnelle n'est requise.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris l'origine des ressources (nouvelle source ou budget existant)
	<p>Premières Nations et inuites, et aide les communautés des Premières Nations à entreprendre un processus de planification de la santé ou à réviser un plan déjà en place.</p> <p>La DGSPNI a financé l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations afin de créer une trousse sur l'agrément des services de santé. La trousse a été achevée en juin 2016 et s'adresse plus particulièrement aux organismes de services de santé et aux postes infirmiers de capacités faibles à moyennes, pour les aider à renforcer ces capacités, à améliorer la qualité de leurs services et finalement, à suivre toutes les étapes du processus d'agrément.</p>	La DGSPNI (AC) travaillera avec les régions pour identifier 15 à 20 organismes de services de santé et postes infirmiers qui bénéficieraient d'un renforcement de leurs capacités et d'une participation au processus d'agrément, et leur fournira la trousse sur l'agrément des services de santé.	Trousses remises à 15 à 20 organismes des Premières Nations.	Distribuer aux organismes communautaires d'ici mars 2017.	Robin Buckland, Directrice exécutive	Le coût de cet élément sera absorbé dans le budget actuel.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris l'origine des ressources (nouvelle source ou budget existant)
Améliorer l'échange d'information et la collaboration relativement aux activités de planification de la santé et de gestion de la qualité dans tous les programmes et les bureaux régionaux de la DGSPNI.	La direction accepte les recommandations et continue de favoriser l'échange d'information et la collaboration afin de mieux soutenir la planification communautaire tenant compte de l'ensemble des programmes et services de la DGSPNI. Pour soutenir cet objectif, la révision du guide de planification de la santé sera effectuée dans le cadre d'un processus collaboratif avec des partenaires des Premières Nations, des employés régionaux de la DGSPNI et tous les secteurs de programme de la DGSPNI.	Mobiliser les partenaires régionaux, inuits et des Premières Nations autour du projet de révision du guide de planification de la santé.	Tous les mandats, les procès-verbaux et comptes rendus des réunions seront inclus, jusqu'en décembre 2017. Le nouveau guide contiendra des documents d'orientation concernant les programmes et régions et les intervenants des Premières Nations.	Décembre 2017 Avril 2018	Paula Hadden-Jokiel, directrice exécutive, DCII	Pas de ressources supplémentaires nécessaires.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité	Ressources
Recommandation formulée dans le rapport d'évaluation	Indiquer si la direction du programme approuve la recommandation, l'approuve sous certaines conditions, ou la désapprouve, et préciser la raison	Indiquer les mesures qui seront prises par la direction du programme pour donner suite à la recommandation	Déterminer les produits livrables	Indiquer la date limite de mise en œuvre de chaque produit livrable	Indiquer le cadre supérieur et le cadre de direction (niveau DG et SMA) qui devront rendre compte de la réalisation de chacun des produits livrables	Décrire les ressources humaines et financières nécessaires pour donner suite à la recommandation, y compris l'origine des ressources (nouvelle source ou budget existant)
Mettre à jour la stratégie de mesure du rendement de la PSGQ afin d'instaurer des méthodes permettant de mesurer les capacités et le contrôle accrus, et la qualité des services fournis.	La direction est d'accord avec cette recommandation et s'emploie à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de données de grande qualité à l'appui de la prise de décisions fondées sur des données probantes dans les domaines de l'élaboration des politiques, de la gestion des dépenses et de l'amélioration des programmes.	La DPPAS, en partenariat avec des représentants de la PSGQ, travaillera en collaboration avec le responsable de la mesure du rendement et le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada afin de créer un profil de l'information sur le rendement.	Profil de l'information sur le rendement terminé.	Mars 2017	Mary Kappelus, directrice générale, DPPAS	Pas de ressources supplémentaires nécessaires.

1.0 But de l'évaluation

Le but de l'évaluation est de mesurer la pertinence et le rendement des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité (PSGQ) de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), incluant les secteurs suivants : planification de la santé (gouvernance), agrément, consultation et liaison en matière de santé, et recherche en santé. Elle porte sur la période d'avril 2010 à mars 2015.

L'évaluation a été réalisée afin de répondre aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur les résultats (2016) du Conseil du Trésor du Canada, et a été menée par le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada et de l'Agence de santé publique du Canada (l'Agence) conformément au *plan d'évaluation quinquennal 2015-2016 à 2019-2020*. L'évaluation alimentera les décisions du sous-ministre et de la haute direction de Santé Canada en ce qui a trait à l'amélioration des programmes et des politiques.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

Au cours des trente dernières années, les politiques et les programmes du gouvernement fédéral ont favorisé l'accroissement de la responsabilité et du contrôle des communautés des Premières Nations et des Inuits à l'égard de leurs soins de santé. En 1979, le gouvernement du Canada a adopté la Politique sur la santé des Indiens dans le but précis « d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes ». Près d'une décennie plus tard, en 1988, l'Autorisation de transfert des services de santé « ...facilitait le transfert des ressources de programmes pour les Indiens situés au sud du 60^e parallèle au contrôle autochtone ».

Les autorisations de financement de la DGSPNI ont été regroupées en 2005, et à nouveau en 2011, pour tenir compte de la complémentarité des programmes vers l'atteinte d'objectifs communs (comme l'illustre la nouvelle architecture d'alignement des programmes de la DGSPNI, ou AAP) et pour obtenir plus de latitude afin de mieux adapter la prestation de programmes et de services de santé à la réalité des Premières Nations et des Inuits. Ces autorisations de financement renouvelées comprenaient l'ajout de nouveaux modèles de financement pour permettre à la DGSPNI de réduire le fardeau pour les bénéficiaires et d'harmoniser les accords de contribution avec la capacité du bénéficiaire à concevoir, à gérer et à surveiller ses programmes et services pour répondre aux besoins de la population cible. (Voir annexe 1 pour plus de détails sur les modèles de financement).

Une évaluation a été effectuée en mars 2012 couvrant les activités de planification de la santé (gouvernance) menée entre avril 2005 et mars 2010. L'évaluation de synthèse a permis de conclure que, de façon générale, les activités des composantes de programme contribuent à la capacité des communautés des Premières Nations à gérer et à offrir des programmes et des services de santé.

2.2 Profil du programme

Le programme de planification de la santé et de gestion de la qualité administre des accords de contribution et des dépenses ministérielles directes visant à soutenir le renforcement des capacités des communautés inuites et des Premières Nations. Ce programme est axé sur les services suivants : la conception et la prestation de programmes et de services de santé grâce à la planification et à la gestion de programme; l'amélioration continue du système de santé grâce à l'agrément; l'évaluation des programmes de santé et le soutien aux activités de développement des communautés. L'objectif du programme est d'accroître la capacité des Premières Nations et des Inuits à concevoir, à gérer, à évaluer et à offrir des programmes et des services de santé.

Les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI sont administrées par trois directions, ainsi que par le bureau du sous-ministre adjoint principal (consultation en santé/liaison). Ces directions sont les suivantes : Capacité, infrastructure et imputabilité, qui relève du sous-ministre adjoint des Opérations régionales (planification de la santé), Soins de santé primaires, qui relève du sous-ministre adjoint principal (agrément) et Politique, planification et analyse stratégiques, qui relève du sous-ministre adjoint principal (recherche en santé).

En étroite collaboration avec les Opérations régionales, le Bureau national à Ottawa supervise toutes les composantes du programme de PSGQ. Le Bureau national n'administre que la prestation des composantes sur la recherche en santé et sur les consultations ou la liaison en matière de santé. Il y a six bureaux régionaux (Atlantique, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta) responsables de verser le financement nécessaire aux activités de planification et d'agrément, par le truchement d'accords de contribution avec des organismes communautaires des Premières Nations. Chaque bureau régional adapte son approche en fonction des particularités de chaque région.

On présente ci-dessous un bref aperçu des quatre composantes de programme et des publics cibles des activités de renforcement des activités.

Planification de la santé (gouvernance)

La composante de planification de la santé (gouvernance) aide les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves à prévoir et à mettre au point des modèles de prestation de services et d'exécution de programmes en santé. Cette composante permet aux bénéficiaires d'instaurer une infrastructure solide, efficace et durable encadrant la planification de la santé, l'administration (gouvernance) et la prestation au niveau communautaire. Pour accéder au modèle de financement global, qui confère une plus grande souplesse, les communautés des Premières Nations doivent impérativement se doter d'un plan et d'une infrastructure en matière de santé.

Agrément

Cette composante favorise et soutient l'agrément des programmes et services de santé des Premières Nations vivant dans les réserves en vue d'une amélioration continue du système de santé. Le versement de contributions aide les organismes des Premières Nations à entreprendre un processus d'agrément et repose sur des normes d'excellence liées à une gouvernance durable, à une organisation efficace, à l'excellence du service et à une expérience client satisfaisante. Le processus d'agrément favorise la participation pleine et entière de toutes les organisations de services des Premières Nations en soutenant le leadership communautaire et en faisant appel aux services éducatifs, aux services de santé provinciaux, aux professionnels de la santé et aux membres de la communauté. La DGSPNI n'agrée pas les services de santé, mais finance plutôt les organisations qui sont engagées dans le processus avec un organisme d'agrément.

Consultation et liaison en matière de santé

La composante consultation et liaison en matière de santé favorise les consultations et la formation de partenariats entre les organismes autochtones nationaux (OAN) et Santé Canada (SC) afin d'améliorer les résultats relatifs à la santé. Par des accords de contribution, conclus avec l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), et des protocoles d'engagement, on vise à instaurer et à entretenir des voies de communication productives et à favoriser la diffusion d'information sur les politiques, recherches, évaluations et programmes entre ces partenaires nationaux et des intervenants régionaux.

Recherche en santé

L'ancien programme des Projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones, qui a pris fin en 2011-2012, a permis d'améliorer les connaissances sur la santé des Premières Nations grâce au financement de projets de recherche. Depuis, en formant des partenariats avec d'autres intervenants, l'Unité de la surveillance, de la politique en matière d'information sur la santé et de la coordination a continué de lancer des projets de recherche. Ces activités visent à soutenir l'amélioration de la qualité et de la quantité de données et de recherches sur la santé des Premières Nations, l'élaboration, l'avancement, la distribution et l'application des connaissances sur la santé, et la capacité des Premières Nations et des Inuits à générer de l'information sur la santé des Autochtones et à y accéder.

2.3 Description du programme

Selon le cadre de mesure du rendement (CMR) de Santé Canada pour 2014-2015, les résultats attendus pour les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité sont les suivants : « accroître la capacité des Premières Nations et des Inuits à concevoir, gérer, évaluer et exécuter des programmes et des services en matière de santé ».

Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats attendus est illustré dans le modèle logique (annexe 2). Les secteurs d'activité, les extrants et les résultats immédiats et intermédiaires associés à l'obtention de ce résultat à long terme sont organisés en fonction des cinq thèmes

suivants : prestation de services; renforcement des capacités; participation et collaboration des intervenants; collecte de données; analyse et surveillance; élaboration de politiques et mise en commun des connaissances. Chaque thème est assorti d'extrants, et chaque extrant est censé toucher un public cible, ce qui doit ensuite générer des résultats immédiats. Aux fins de la présente évaluation, des résultats similaires ont été regroupés pour optimiser la pertinence des questions formant la grille d'évaluation.

Voici les résultats immédiats escomptés :

- Soutien d'approches stratégiques durables, harmonisées et concertées
- Amélioration de la collaboration pour la planification des programmes et des services
- Participation accrue des Premières Nations et des Inuits aux programmes et aux politiques, notamment à l'exercice d'une influence sur leur conception et leur élaboration
- Sensibilisation accrue des responsables en santé et des fournisseurs de soins aux activités de planification et de gestion de la qualité.

Les résultats intermédiaires suivants devraient ensuite découler des résultats immédiats :

- Information fondée sur des données probantes afin de soutenir les décisions liées aux programmes et aux politiques
- Exercice d'un contrôle accru par les Premières Nations et les Inuits sur les stratégies de planification de la santé et d'amélioration de la qualité en fonction de normes adaptées à la culture
- Amélioration de la qualité et de la prestation des programmes et des services.

L'amélioration de la capacité des Premières Nations et des Inuits à influencer sur les programmes et services de santé et à les administrer (conception, prestation et gestion) constitue le résultat à long terme escompté pour le programme.

L'évaluation portait sur l'obtention des résultats attendus et sur la présence d'éventuels obstacles nuisant à l'obtention de ces résultats pendant la période visée par l'évaluation.

2.4 Harmonisation du programme et ressources

Les activités de PSGQ de la DGSPNI relèvent du programme 3.3 de l'AAP : Soutien à l'infrastructure de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites, sous-activité 3.3.1 Capacité du système de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, sous-sous-activité 3.3.1.1. Planification de la santé et gestion de la qualité.

Les données financières relatives à ces composantes du programme pour les exercices 2010-2011 à 2014-2015 sont présentées ci-dessous (tableau 1). Globalement, les quatre composantes du programme représentent des dépenses réelles d'environ 641 817 566 \$ sur cinq ans.

Tableau 1 : Ressources du programme – Dépenses réelles (\$)

Année	S et C	F et E	Dépenses en immobilisation	Salaires	Totaux
2010-2011	127 979 189	1 737 805	201 956	4 355 375	134 274 325
2011-2012	141 693 662	1 150 495	0	3 403 955	146 248 112
2012-2013	123 952 609	1 046 764	0	3 319 214	128 318 587
2013-2014	116 511 640	450 712	770 704	2 472 537	120 205 593
2014-2015	107 025 350	789 994	198 031	4 757 574	112 770 949
Totaux	617 162 450	5 175 770	1 170 691	18 308 655	641 817 566

Source de données : Les données financières ont été fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation couvrait la période allant d'avril 2010 à mars 2015 et comprenait les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI. Compte tenu du caractère permanent et de l'importance particulière des programmes communautaires des Premières Nations, la priorité a été accordée à la composante de planification de la santé (gouvernance) et aux activités connexes de renforcement des capacités. L'évaluation comprenait également les activités connexes suivantes : agrément, consultation et liaison en matière de santé, et recherche sur la santé.

Plusieurs autres secteurs de programme au sein de la Direction générale contribuent à accroître la capacité des programmes et des services de santé dans les communautés inuites et des Premières Nations; cependant, ces secteurs étaient hors de la portée de la présente évaluation, étant donné qu'ils ont récemment été évalués de manière distincte ou qu'ils le seront. Il s'agit du Fonds d'intégration des services de santé, des Ressources humaines et de Cybersanté. De plus, les projets de la Colombie-Britannique ont été exclus en raison de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (1^{er} octobre 2013), qui seront évalués dans le cadre d'une initiative distincte.

L'évaluation englobait les Inuits seulement pour le volet de consultation et de liaison en matière de santé. Cette composante comprend le financement sous forme de contribution à l'ITK et l'entente sur l'approche d'ITK en matière de santé, conclue avec la DGSPNI. Les autres composantes (incluant la planification de la santé, l'agrément et la recherche sur la santé) ne prévoyaient pas le versement d'une aide financière aux organisations ou communautés inuites entre 2010 et 2015. En outre, le financement alloué à l'Entente en matière de bien-être dans le Nord, à l'autonomie gouvernementale et aux revendications territoriales a été exclu car il est difficile de déterminer le rôle du gouvernement fédéral compte tenu du leadership exercé par les gouvernements territoriaux et autochtones dans la gestion des ressources.

Les questions relatives à l'évaluation étaient harmonisées avec la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et tenaient compte des cinq éléments fondamentaux sous

les deux thèmes de la pertinence et du rendement, comme il est indiqué à l'annexe 3ⁱ. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

Une approche fondée sur les résultats a été utilisée afin d'évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés, de déterminer les conséquences inattendues, le cas échéant, et de déterminer les leçons retenues. La Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor (2009) a guidé la conception de l'évaluation et la détermination des méthodes de collecte de données, afin que l'évaluation satisfasse aux objectifs et aux exigences de la Politique. Le modèle non expérimental utilisé est inspiré du plan d'évaluation, qui présente de façon détaillée la stratégie d'évaluation adoptée pour les programmes et qui assure l'utilisation d'une procédure uniforme pour la collecte des données à l'appui de l'évaluation. Puisqu'elle repose sur un concept non expérimental, l'évaluation s'est appuyée sur la corrélation pour démontrer les effets et ne comprenait pas de lien de causalité. L'évaluation a donc été conçue pour démontrer les contributions possibles des programmes à l'atteinte des résultats prévus plutôt que des liens directs de causalité entre les programmes et les résultats.

L'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) ont été consultées lors de l'étape de l'établissement de la portée ainsi que pour l'élaboration d'une méthodologie et d'outils d'évaluation, ce qui comprend les questionnaires de sondage et les guides d'entrevues avec les informateurs clés. On les a également consultées à propos des constatations préliminaires et de l'ébauche du rapport final.

La collecte de données a commencé en avril 2015 et s'est terminée en novembre 2015. Les données pour l'évaluation ont été recueillies à l'aide de différentes méthodes, soit des entrevues avec des informateurs clés internes et externes, des sondages, des études de cas, une étude des documents, une revue de la littérature, un examen des données financières et des données sur le rendement. Les données sur la mesure du rendement recueillies dans le cadre du programme ont été analysées. L'annexe 3 contient plus de détails sur les méthodes de collecte et d'analyse des données. De plus, pour les besoins de l'analyse des données, nous avons procédé à la triangulation des renseignements recueillis à l'aide des diverses méthodes mentionnées ci-dessus. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart du temps, les évaluateurs font face à des contraintes susceptibles d'influer sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau ci-après décrit les limites auxquelles nous nous sommes heurtés pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour cette évaluation. Il y est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour s'assurer que les constatations de l'évaluation pourront être utilisées afin d'orienter la planification du programme et la prise de décision.

ⁱ L'établissement de la portée de l'évaluation et sa mise en œuvre relevaient de la Politique sur l'évaluation de 2009, même si la nouvelle Politique sur les résultats de 2016 était déjà en vigueur.

Tableau 2 – Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les entrevues avec les informateurs clés sont d'une nature rétrospective.	Les entrevues sont de nature rétrospective, fournissant une perspective récente sur des événements passés. Cela peut avoir une incidence sur la validité de l'évaluation des activités et des résultats.	Triangulation des autres sources de données pour confirmer ou fournir d'autres renseignements sur les données saisies lors des entrevues. L'examen de la documentation a permis d'obtenir des renseignements sur l'organisation.
La portée de la sélection des échantillons de cas ou de sites était limitée.	Incapacité à extrapoler des conclusions à l'égard de la population entière des organisations financées par les composantes de planification de la santé (gouvernance) et de l'agrément.	La sélection tenait compte de la représentation de diverses régions (Ouest, Nord, Ontario, Québec, Atlantique), de projets de différentes tailles (petits, moyens, grands), et des différentes régions du pays (p. ex. rurales, urbaines, nordiques, éloignées, isolées), et les conclusions ont été utilisées conjointement avec les renseignements provenant d'autres sources.
La structure des données financières n'est pas liée aux extraits ou aux résultats.	La capacité de quantifier l'efficacité et l'économie est limitée.	D'autres sources de données (y compris des entrevues avec des informateurs clés et des analyses documentaires) ont été utilisées afin de pouvoir quantifier l'efficacité et l'économie
Il y a des limites dans les données sur le rendement pour évaluer l'incidence sur les participants au fil du temps, notamment en raison de la difficulté de dégager les incidences à long terme d'autres facteurs d'influence.	Nous n'avons pas été en mesure de déterminer l'influence sur les participants aux programmes par rapport aux non-participants.	L'évaluation portait sur l'évaluation de la plausibilité de l'incidence sur les participants par l'entremise d'une « contribution » plutôt que d'une attribution. Les renseignements existants sur le rendement ont fourni des indications de réussite dans l'atteinte des résultats. En l'absence de renseignements, la triangulation des données provenant de l'examen de la documentation, de la recension des écrits, des enquêtes et des informateurs clés a permis d'évaluer les constatations et de fournir d'autres données probantes sur l'atteinte des résultats.
Au moment de l'évaluation, le modèle logique de la PSGQ n'avait pas été mis à jour depuis 2010.	Il n'était pas pratique d'élaborer une grille d'évaluation couvrant tous les résultats, dans l'ordre dans lequel ils se présentaient dans le modèle logique.	Pour protéger l'intégrité du programme, nous avons travaillé avec ses responsables afin d'élaborer des questions d'évaluation couvrant l'ensemble des résultats du programme de façon à favoriser des analyses utiles aux fins de l'évaluation.
Compte tenu de la portée limitée de cette évaluation, aucune consultation n'a eu lieu avec les représentants provinciaux et territoriaux.	Nous n'avons pas été en mesure de recueillir les opinions particulières de nos intervenants provinciaux et territoriaux pour effectuer nos analyses.	L'examen des documents, ainsi que les autres entrevues et sondages menés auprès d'un éventail d'intervenants clés de partout au Canada, comprenant les représentants régionaux, ont servi à

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
		triangler les constatations issues des liens avec les intervenants provinciaux et territoriaux. Toutes les observations liées aux activités provinciales et territoriales ont été modérées pour refléter les données limitées dont nous disposons.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme

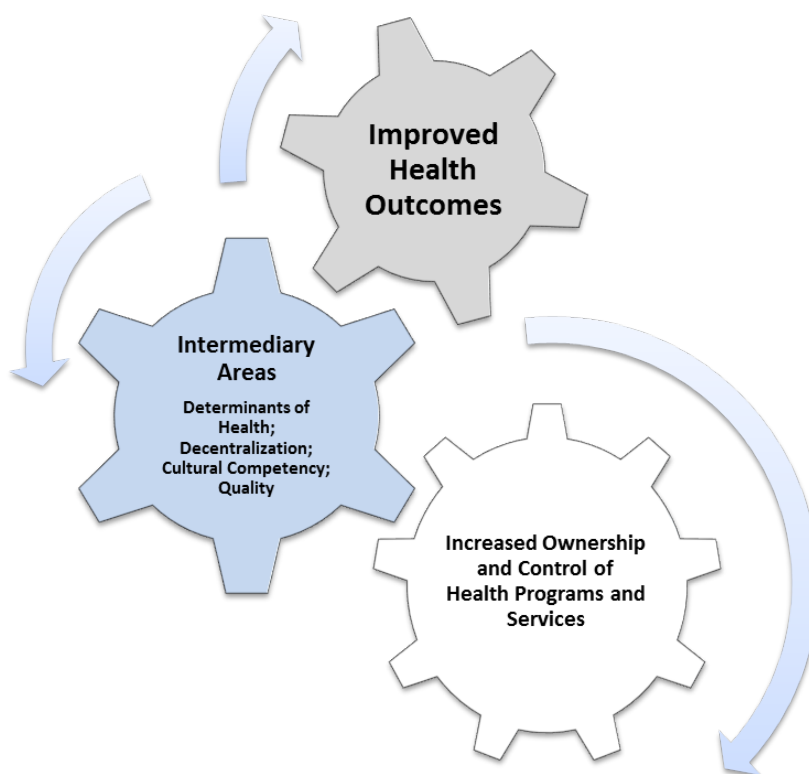
Afin d'améliorer les résultats relatifs à la santé, il faut renforcer les capacités et le contrôle des Premières Nations et des Inuits quant à l'exécution et la prestation de programmes et de services de santé dans leurs communautés.

L'état de santé de nombreux membres des Premières Nations et Inuits du Canada est pire que celui de la population canadienne en général. Le taux d'obésité au Canada est plus élevé chez les populations autochtones que chez les populations non autochtones¹. En 2011, le taux d'incidence de tuberculose active rapporté pour la population autochtone née au Canada était 34 fois supérieur à celui de la population non autochtone née au Canada². Les populations autochtones habitant dans les réserves ont des taux plus élevés de maladies chroniques (asthme, arthrite, diabète, hypertension artérielle ou conditions chroniques multiples) que la population canadienne en général, de l'ordre 2 % à 14 %³.

Ces disparités sur le plan de la santé sont liées à la capacité des Premières Nations et des Inuits de concevoir et d'offrir leurs programmes et services de santé. La littérature laisse entendre qu'il serait possible de renforcer les capacités afin d'améliorer les programmes et services de santé, et qu'un soutien serait nécessaire à cet égard⁴. La recherche a révélé que les initiatives dirigées, élaborées et gérées par les Premières Nations et les Inuits ont les meilleures perspectives de succès et sont les plus efficaces pour améliorer la qualité des systèmes de soins de santé⁵. Alors que les Premières Nations et les Inuits prennent la responsabilité de leurs programmes et services de santé, il importe que les gouvernements continuent de jouer un rôle pour faciliter et renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à bâtir leurs programmes et services de santé et à en maintenir la qualité⁶.

La relation entre l'amélioration des résultats relatifs à la santé par une capacité et un contrôle accrus des Premières Nations et des Inuits est complexe. De nombreuses considérations peuvent influencer la capacité des Premières Nations et des Inuits à offrir des programmes et services de santé de qualité, qui auront à leur tour une incidence sur leurs résultats en matière de santé. Les considérations géographiques, culturelles et sociales présentent des défis uniques pour ces programmes et services, qui requièrent des solutions culturellement adaptées, élaborées et mises en place par les Premières Nations et les Inuits⁷.

Tableau 1. Relation entre le contrôle/la prise en charge et les résultats relatifs à la santé



De nombreuses sources de données, incluant une étude de la littérature sur la prise en charge et le contrôle menant à de meilleurs résultats relatifs à la santé, laissent entendre que des capacités et un contrôle accrus des Premières Nations et des Inuits peuvent avoir une incidence positive sur les programmes et services de santé communautaires dans quatre secteurs intermédiaires (ou conditions) clés, menant ainsi à de meilleurs résultats en matière de santé. Tel qu'illustré à la figure 1, les secteurs intermédiaires essentiels à l'amélioration de ces résultats sont : les déterminants sociaux de la santé, la sécurité et le savoir-faire culturel, la décentralisation et la qualité des services. Il s'agit des principaux secteurs qui, selon la littérature, seraient concernés par une amélioration de l'autodétermination des Premières Nations et des Inuits en ce qui a trait à leurs programmes et services de santé. À divers degrés, les composantes de la PSGQ examinées pour cette évaluation visent à améliorer les résultats relatifs à la santé en renforçant la capacité des Premières Nations et des Inuits à prendre en charge et à contrôler leurs programmes et services de santé dans chacun de ces quatre secteurs intermédiaires.

Déterminants sociaux de la santé

Les recherches sur la santé montrent que de piètres résultats en matière de santé sont en partie attribuables aux disparités entre la population générale et les Premières Nations et les Inuits, généralement affectés par de plus faibles déterminants sociaux de la santé au sein de leurs communautés. Les disparités sur le plan de la santé peuvent être associées aux iniquités sociales,

économiques, culturelles et politiques, qui se répercutent sur les résidents, les communautés et les populations⁸. Entre autres, les disparités observées quant à la taille des communautés, à leur éloignement, à leur stabilité socioéconomique, à leurs infrastructures, aux logements surpeuplés et insalubres, aux problèmes d'élimination des eaux usées et d'accès à l'eau potable, à l'accès à l'Internet, aux pénuries de nourriture et à l'absence de possibilités d'emploi, ont toutes une incidence sur la qualité des services de santé. Tel que mentionné dans le Cadre de développement communautaire et de renforcement des capacités, élaboré conjointement par Santé Canada et Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC), pour les communautés en crise, il faut mettre l'accent sur la collaboration avec d'autres partenaires afin de stabiliser les services essentiels et de renforcer les capacités individuelles, sans alourdir les processus administratifs⁹.

Les composantes de planification de la santé et d'agrément des activités de PSGQ visent plus particulièrement les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, grâce à la souplesse des modèles de financement et à l'obligation de verser des contributions pour la planification de la santé, il est possible d'ajuster l'approche de renforcement des capacités aux besoins des communautés des Premières Nations. Les responsables des composantes de planification de la santé et d'agrément cherchent à développer des approches permettant de mieux répondre aux besoins des communautés des Premières Nations, pour l'ensemble des capacités, en mettant surtout l'accent sur l'étoffement des forces des communautés étant à l'origine moins bien pourvues à cet égard.

Savoir-faire culturel et sécurité

Au Canada, les définitions des soins de santé sécuritaires et culturellement adaptés varient en fonction des caractéristiques propres à chaque communauté et des groupes de Premières Nations et Inuits particuliers. En général, la littérature indique que la connaissance de la langue traditionnelle constitue un indice solide de continuité culturelle et de capacité. Par exemple, de meilleures connaissances linguistiques au sein des communautés des Premières Nations et inuites du Canada sont associées à des taux de suicide inférieurs¹⁰, ainsi qu'à une plus faible prévalence du diabète¹¹. Des expériences antérieures négatives associées à la discrimination ou au racisme, une langue et une culture inconnues, ainsi que des obstacles de nature géographique, financière et autre peuvent diminuer le recours des Premières Nations et des Inuits aux programmes et services de santé. Par conséquent, le savoir-faire culturel et la sécurité doivent être reliés à l'amélioration des taux d'utilisation¹² et de l'efficacité des programmes et services de santé¹³.

En ce qui a trait aux activités de PSGQ, le savoir-faire culturel fait partie intégrante de la conception des diverses composantes du programme. Par exemple, le programme de recherche de la DGSPNI appuie l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS). Cette enquête nationale repose sur les principes de PCAP des Premières Nations (propriété, contrôle, accès et possession), ce qui signifie que les Premières Nations contrôlent les processus de collecte de données dans leurs communautés. Le Cadre culturel de l'ERS permet d'instaurer un « processus d'interprétation pertinent sur le plan culturel qui peut être présenté aux communautés d'une manière compréhensible et qui leur permet d'effectuer une meilleure analyse, d'établir une corrélation entre les éléments, de s'informer et d'ajuster les comportements¹⁴ ».

Décentralisation

La décentralisation consiste à transférer le contrôle des soins de santé à la communauté, en accordant davantage de souplesse et de contrôle aux bureaux régionaux de Santé Canada¹⁵. La décentralisation permet aux organisations et communautés des Premières Nations et inuites de s'assurer que leurs priorités sont reflétées dans les décisions prises en matière de santé¹⁶. Ce concept fait partie intégrante des objectifs de toutes les composantes de la PSGQ. Les entrevues menées auprès des informateurs clés, soit le personnel du bureau national et des bureaux régionaux de la DGSPNI, ont révélé que les politiques fédérales de transfert en santé ont aidé certaines communautés et organisations des Premières Nations et inuites à concevoir des programmes de santé, à instaurer des services et à allouer des fonds aux priorités de la communauté en matière de santé. Les entrevues menées auprès des informateurs clés, soit le personnel de la DGSPNI, et les sondages d'évaluation (personnel de liaison régional de la DGSPNI, responsables des services de santé des communautés des Premières Nations) révèlent également qu'il existe des écarts quant au niveau de contrôle exercé par les communautés des Premières Nations et inuites au Canada, selon le niveau de capacité communautaire.

La qualité des soins de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites peut être affectée par la capacité et la stabilité du leadership et du personnel de la santé au sein de ces communautés. Un des principes du Cadre de développement communautaire et de renforcement des capacités est la direction à l'échelle communautaire. En effet, on y précise que le rôle des chefs est de bâtir un avenir meilleur et qu'ils sont essentiels pour guider le développement communautaire¹⁷. Les entrevues auprès des informateurs clés et les sondages menés pour cette évaluation (auprès du personnel de liaison régional de la DGSPNI et des chefs des communautés des Premières Nations) laissent entendre qu'un leadership en matière de santé stable et compétent au sein des communautés des Premières Nations et inuites constitue un facteur essentiel au développement des capacités en matière de services et de programmes de santé. On ajoute que le taux de roulement élevé des membres de la direction et du personnel et l'isolement des communautés des Premières Nations et inuites empêchent parfois d'attirer des employés compétents et de les maintenir en poste.

Qualité des services

Dans les communautés éloignées des Premières Nations et inuites, l'accès aux soins de première ligne est un enjeu de taille qui a une incidence sur la santé des résidents, plus particulièrement dans les communautés rurales ou isolées¹⁸. Par exemple, les coûts des déplacements pour obtenir des services de base et les coûts d'expédition des fournitures médicales demeurent des obstacles qui nuisent à la prestation de services de santé de qualité dans ces communautés. Les entrevues menées auprès des informateurs clés, soit le personnel du bureau national de la DGSPNI, révèlent que les politiques et programmes de transfert en santé ont tenté de remédier à ces problèmes en renforçant les capacités des communautés des Premières Nations et inuites à embaucher des travailleurs de la santé au sein même de la communauté, ainsi qu'à améliorer l'équité salariale de ces travailleurs pour faciliter leur recrutement et leur maintien en poste.

La continuité des soins constitue une autre norme importante en matière de soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits. La continuité des soins désigne la mesure dans laquelle les

fournisseurs de soins à différents niveaux (primaire, secondaire, tertiaire) communiquent entre eux au sujet de patients communs. L'éloignement de bon nombre des communautés des Premières Nations et inuites brise la continuité des soins puisqu'il n'est pas possible d'obtenir les services d'un même médecin de façon constante et que les spécialistes sont souvent trop loin. Cette situation entraîne des problèmes de suivi entre les fournisseurs de soins, et d'accessibilité. Même si la télémédecine et la médecine électronique ont contribué à améliorer la continuité des soins dans les régions rurales, certains problèmes demeurent. Le lien entre un manque d'accès aux fournisseurs de soins et la continuité entre les systèmes de soins de santé primaires et tertiaires peut mener à de piètres résultats quant aux soins à prodiguer aux malades chroniques¹⁹.

À la continuité des soins il importe d'associer une meilleure intégration des programmes et services de santé des Premières Nations et des Inuits aux systèmes de soins de santé provinciaux et territoriaux, ce qui ne pourrait qu'améliorer l'accès et la continuité des soins reçus par les membres de ces communautés²⁰. Les entrevues auprès des intervenants clés internes et externes et les sondages d'évaluation (personnel de liaison régional de la DGSPNI, responsables de la santé des communautés des Premières Nations) laissent entendre que le niveau de mobilisation et de coordination des autres partenaires des Premières Nations varie à l'échelle du pays et a une incidence sur la capacité des communautés et la qualité des programmes et services de santé. On observe des différences entre les régions du Canada en ce qui a trait au niveau de mobilisation et aux capacités des partenaires régionaux. Le nombre d'organisations des Premières Nations varie entre les régions et leurs capacités inégales ont une incidence sur le niveau et la nature de leur mobilisation au sein des communautés en ce qui a trait au renforcement des capacités en matière de santé et, par conséquent, à l'amélioration des résultats relatifs à la santé.

L'amélioration de la qualité des programmes et services de santé est un des objectifs souhaités de toutes les composantes de la PSGQ. Les activités de planification de la santé et d'agrément ont comme objectif direct d'améliorer la qualité des programmes et services de santé communautaires des Premières Nations en intégrant des activités d'amélioration de la qualité aux programmes et services de santé. La qualité de ces programmes et services peut également être indirectement reliée aux activités de consultation et de liaison nationales et régionales (Inuits et Premières Nations), tout comme une plus grande accessibilité à de l'information reposant sur des données probantes issues des recherches sur la santé (Premières Nations).

4.2 Pertinence : Élément 2 – Conformité avec les priorités du gouvernement

Les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité sont conformes aux priorités et résultats stratégiques du gouvernement du Canada et du Ministère, qui consistent à renforcer les capacités des Premières Nations et des Inuits à administrer leurs programmes et services de santé, et à remédier aux inégalités qui affectent les résidents de leurs communautés en ce qui a trait à leur état de santé.

De nombreux discours du Trône des cinq dernières années ont souligné l'engagement du gouvernement du Canada à reconnaître les droits des Premières Nations et des Inuits et le développement et l'amélioration continus des communautés. Le discours du Trône de 2011 reconnaît que les Premières Nations et les Inuits jouent un rôle crucial dans l'histoire du Canada

et lance un appel à l'action pour éliminer les obstacles à leur participation à la vie sociale et économique du pays. Le discours de 2013 promet un dialogue continu sur les traités et les revendications territoriales, ainsi que la poursuite d'une collaboration avec les Premières Nations et les Inuits afin de bâtir des communautés saines, prospères et autonomes. Plus tard, le gouvernement actuel, par le truchement de la Lettre de mandat de la ministre de la Santé et du discours du Trône de 2015, s'est engagé à tisser une nouvelle relation, de nation à nation, avec les Premières Nations et les Inuits fondée sur les droits, le respect, la coopération et le partenariat.

Par l'entremise de ces divers discours du Trône, le gouvernement du Canada a également pris des engagements pour soutenir financièrement des programmes et services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites. Le gouvernement s'est engagé à développer les capacités de ces communautés grâce à un soutien financier. Le budget de 2010 prévoit le soutien aux communautés des Premières Nations et inuites, notamment pour les services à la famille et aux enfants. Le budget de 2011 évoque une révision des régimes de gestion des terres des Premières Nations de façon à permettre à ces dernières de devenir autonomes et de disposer de pouvoirs et de capacités de gestion accrus relativement aux terres de réserve. Dans le budget de 2013, le gouvernement s'engage à aider les communautés des Premières Nations et inuites à devenir plus autonomes et à offrir des services de santé plus accessibles, fiables et de meilleure qualité pour toutes les communautés et toutes les familles du Canada. Il promet également de favoriser la prospérité de ces communautés. Le budget de 2016 souligne que des familles et des communautés dynamiques sont essentielles à la réussite économique des peuples autochtones. Le gouvernement est déterminé à travailler en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits afin d'éliminer les obstacles qui, depuis trop longtemps, empêchent les personnes et les communautés de réaliser leur plein potentiel.

Les résultats relatifs à ce groupe d'activités de programme sont conformes au résultat stratégique n° 3 de Santé Canada, tel que décrit dans le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada pour 2015-2016 : « Les communautés des Premières Nations et inuites bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de façon à améliorer leur état de santé. »

Le renforcement des capacités pour les programmes et services de santé est conforme aux résultats stratégiques de Santé Canada tels qu'énoncés dans les récents rapports ministériels sur les plans et les priorités. Le Rapport sur les plans et les priorités de 2014-2015 énonce ce qui suit : « l'objectif de ce programme est d'améliorer la prestation des programmes et des services de santé offerts aux Inuits et aux Premières Nations en renforçant la capacité des Inuits et des Premières Nations à planifier et à gérer leurs programmes et leur infrastructure. » Le Rapport sur les plans et les priorités de 2011-2012 établit que ce groupe d'activités « appuie la vision à long terme d'un système de santé intégré davantage géré par les communautés inuites et celles des Premières Nations grâce à une amélioration de leur capacité de concevoir, de gérer, d'offrir et d'évaluer des programmes et des services de santé de qualité. »

Au niveau de la Direction générale, bon nombre des objectifs soulignés dans le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits (2012) se reflètent dans les activités de ces composantes de planification de la santé et de gestion de la qualité.

- Les activités de planification de la santé et d'agrément se reflètent dans l'objectif d'« appuyer les Premières Nations et les Inuits dans leur objectif qui consiste à influencer les programmes et services de santé qui le touchent, à les gérer ou à les contrôler ». Ces dernières activités répondent plus particulièrement à la nécessité de « promouvoir des modèles globaux de gouvernance des services de santé dirigés par les Premières Nations, avec une capacité suffisante pour appuyer des groupes de communautés dans la gestion et la prestation de programmes et de services ».
- Les activités de consultation et de liaison sur la santé sont reliées à l'objectif visant à « renforcer les mécanismes afin que les représentants des Premières Nations et des Inuits puissent influencer le processus décisionnel aux échelons des cadres supérieurs régionaux et nationaux. »
- Les activités de recherche sur la santé sont directement reliées à l'objectif de la DGSPNI d'« améliorer la disponibilité de données de grande qualité ainsi que l'accès à ces données afin d'améliorer la prise de décisions, depuis l'étape de la planification jusqu'au point de service. »

4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le rôle du gouvernement fédéral relativement au renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et inuites a été établi dans le cadre de multiples politiques, incluant la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens.

Au Canada, la prestation des soins de santé est une responsabilité partagée entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les provinces et territoires offrent des services de santé universels assurés (médecin et services hospitaliers) à tous les résidants, y compris les membres des Premières Nations. Le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la prestation de services de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits est fondé sur la politique gouvernementale et comprend des programmes et des services supplémentaires offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Même s'il n'existe pas de cadre obligatoire régissant la prestation des programmes et services de santé aux Premières Nations et aux Inuits par le gouvernement fédéral, les politiques suivantes décrivent les objectifs du gouvernement fédéral en ce qui a trait à la santé des Autochtones.

- Conformément à la Politique sur la santé des Indiens (1979), Santé Canada, par le biais de la DGSPNI, finance ou fournit aux Premières Nations et aux Inuits des programmes et des services de santé. Cette politique décrit la responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard du renforcement des capacités menant à la prise en charge et au contrôle des communautés des Premières Nations et inuites, dans le but « d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes ». Cet objectif est conforme au résultat à long terme escompté pour cette composante de programme, qui consiste à améliorer la capacité des Premières Nations et des Inuits à influencer et à contrôler la conception, l'exécution et la gestion de programmes et de services de santé de qualité.

- La Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1988) a « facilité le transfert des ressources de programmes de santé pour les Autochtones situés au sud du 60° parallèle au contrôle autochtone ». La Politique propose un cadre pour la prise de contrôle par les Premières Nations et les Inuits des programmes et services de santé, ainsi qu'une approche expérimentale du transfert du financement de la santé axée sur le concept d'autodétermination dans le domaine de la santé. Elle reflète la responsabilité du gouvernement fédéral de renforcer les capacités communautaires pour soutenir les communautés des Premières Nations et inuites dans tous les aspects des programmes et services de santé, incluant la planification, la prise de décisions, la prestation et le contrôle éventuels des programmes et services. Les autorisations de financement subséquentes (2005, 2011) comprenaient l'introduction de nouveaux modèles de financement pour permettre à la DGSPNI d'alléger les obligations de production de rapports imposées aux bénéficiaires, et d'harmoniser les accords de contribution avec la capacité des bénéficiaires de concevoir, de gérer et de contrôler leurs programmes et services pour répondre aux besoins de leurs propres communautés.

Bien qu'il n'y ait pas de dédoublement, la coordination et l'intégration au niveau fédéral pourraient être améliorées.

Au niveau fédéral, les rôles du gouvernement du Canada et des ministères qui appuient le renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et inuites se complètent.

- AANC s'intéresse aux déterminants sociaux de la santé, dans les réserves et hors réserves, en lien avec le développement de la communauté au sens large, ce qui comprend l'aménagement du territoire pour favoriser le développement économique, l'élaboration de plans communautaires, le soutien aux institutions financières autochtones (IFA) pour le développement commercial, la planification communautaire et l'amélioration des infrastructures. AANC dirige également l'Enquête auprès des peuples autochtones (EPA) en collaboration avec ses partenaires. Il existe des ententes et des protocoles d'entente entre Santé Canada et AANC aux niveaux du ministre, du sous-ministre adjoint et du directeur général qui décrivent la nature de cette collaboration entre ces deux ministères.
- Sécurité publique Canada soutient la planification d'urgence pour protéger les communautés de façon à ce que les autres éléments de promotion de la santé (p. ex. planification de la santé, améliorations à la qualité et à la prestation des services de santé) en bénéficient. Le rôle de sécurité publique assuré par la Gendarmerie royale du Canada (GRC) est similaire au chapitre de la prestation de services de police directs, plus particulièrement dans les communautés des Premières Nations et inuites éloignées, et de ses fonctions d'intervention en cas de crise (prévention du suicide).
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont le mandat de soutenir des travaux de recherche sur la santé adaptés à la culture des peuples autochtones. Santé Canada appuie les IRSC, notamment en offrant des conseils et une orientation relativement au projet Voies de l'équité en santé pour les Autochtones. Ce projet a pour but d'expliquer comment mettre en place des interventions à multiples niveaux et évolutives afin de supprimer les inégalités qui touchent les peuples autochtones en matière de santé.
- D'autres ministères jouent un rôle d'appoint à celui de Santé Canada, notamment : la Société canadienne d'hypothèques et de logement (logement), Emploi et Développement social

Canada (emploi et formation) et Statistique Canada (données d'enquête et analyses, plus particulièrement la Division de la statistique sociale et autochtone).

Bien que les mandats des ministères fédéraux et leurs programmes sont distincts, les ministères se doivent toujours d'adopter une approche plus globale afin de soutenir le renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et inuites. Les entrevues auprès des informateurs clés, soit le gouvernement fédéral et les OAN, ainsi que les répondants aux sondages (personnel de liaison régional de la DGSPNI, responsables des services de santé communautaires des Premières Nations) indiquent qu'il faudrait améliorer les communications, la coordination et la collaboration entre les ministères fédéraux.

4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure une information fondée sur des données probantes a-t-elle été proposée pour faciliter les décisions relatives aux programmes et aux politiques?

L'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et coordination de la DGSPNI a contribué à la diffusion et à l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes sur la santé des Premières Nations.

L'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et coordination (USPISC) est au cœur des activités de développement et de diffusion d'information fondée sur des données probantes au sein de la DGSPNI. Même si l'unité ne mène pas de projets de recherche primaire à l'interne, surtout depuis la fin du financement des projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones en 2011-2012, elle contribue à générer cette information en optimisant les plans et initiatives de recherche d'autres organisations fédérales, en exerçant une influence à cet égard et en formant des partenariats avec des organisations des Premières Nations.

- En ce qui a trait à la collaboration avec d'autres organismes fédéraux, l'Unité travaille étroitement avec les IRSC, notamment avec l'Institut de santé des Autochtones. Elle participe aux réunions consultatives concernant le projet Voies de l'équité en santé pour les Autochtones, qui vise à expliquer comment mettre en place des interventions à multiples niveaux et évolutives destinées aux Autochtones. Ces interventions s'attaquent à des problèmes comme la tuberculose, le diabète, la santé mentale et le suicide, et la santé buccale des enfants. Elle repose également sur une collaboration avec l'Agence de la santé publique du Canada et appuie son travail de surveillance des maladies transmissibles dans les réserves. L'Unité a également tissé des liens avec AANC et Statistique Canada en ce qui a trait au supplément sur la santé de l'Enquête auprès des peuples autochtones et à la collecte de données dans les réserves.
- Un important partenariat axé sur la recherche a été formé au cours des dernières années avec le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Par le

truchement de ce partenariat, l'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et coordination a joué le rôle de principal bailleur de fonds, de conseiller et de promoteur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERSPN), la seule enquête nationale sur la santé orchestrée par les Premières Nations. Le CGIPN, constitué en société en 2012, a pour mission de renforcer les capacités des Premières Nations et de fournir des informations crédibles et pertinentes sur ces dernières en faisant appel aux pratiques de recherche les plus rigoureuses, tout en respectant les droits des Premières Nations à l'autodétermination pour ce qui est de la gestion de leurs projets de recherche et de l'information en découlant. L'ERSPN recueille de l'information sur les communautés des Premières Nations dans les réserves et du Nord en fonction d'une perspective à la fois occidentale et traditionnelle de la santé et du bien-être.

La recherche et les analyses reposant sur des données probantes menées ou optimisées grâce à l'intervention de l'Unité alimentent la prise des décisions et la production des rapports au sein de la DGSPNI. Les entrevues avec les intervenants clés internes de la DGSPNI indiquent que l'Unité fournit une information fondée sur des données probantes pour les séances d'information aux membres de la haute direction et les présentations de la DGSPNI, ce qui comprend l'information générée par l'ERS, afin d'étayer la gestion des programmes (incluant le suivi des résultats), la planification ministérielle et la production de rapports, et le renouvellement du financement des programmes.

Grâce à la DGSPNI, le soutien à l'Enquête régionale sur la santé s'est amélioré.

L'Assemblée des Chefs des Premières Nations, le Comité des chefs sur la santé (CCS) et les régions des Premières Nations du pays ont confié au CGIPN le mandat de surveiller et de guider l'ERS au niveau national. Ce travail comprend la production de rapports, la conservation des données et la formation de partenariats. Dix partenaires régionaux indépendants coordonnent l'ERS dans leur région respective. Le CGIPN et ses partenaires régionaux collaborent à des dossiers communs, et échangent des idées et des connaissances. Le CGIPN a le mandat de rendre des rapports sur des statistiques de portée nationale, alors que chaque partenaire régional demeure complètement indépendant et responsable de ses propres bases de données et processus de production de rapports régionaux. Le CGIPN et ses partenaires régionaux ont publié des rapports nationaux et régionaux pour les deux premières phases de l'ERS (2002-2003, 2008-2010). La collecte de données pour la troisième phase a débuté en mars 2015.

Le processus de l'ERS a contribué à la création des principes de PCAP des Premières Nations (propriété, contrôle, accès et possession). Cette approche est différente de toutes les autres approches adoptées au Canada pour les travaux d'enquête et de recherche puisque les données générées par l'ERS appartiennent aux Premières Nations. L'ERS permet aux Premières Nations d'exercer un contrôle sur leurs données de recherche et constitue la première enquête nationale menée de manière à respecter explicitement les principes de PCAP des Premières Nations. L'ERS suit également un code d'éthique de recherche spécial et un cadre culturel qui permet de respecter les perspectives des Premières Nations tout au long du processus. Les informateurs clés internes et externes ont indiqué que ces principes ont aidé à établir une relation de confiance avec

les communautés des Premières Nations et à favoriser une plus grande acceptation des processus globaux de recherche et de collecte de données.

L'information issue de l'ERS est utilisée tant au niveau national que régional. Les informateurs clés externes ont mentionné qu'au niveau national, l'Assemblée des Premières Nations se sert des données de l'ERS pour adopter des résolutions, essentielles à l'établissement du programme de l'organisation. Le CGIPN communique régulièrement avec l'APN sur des besoins communs en données et en recherches. L'information de l'ERS permet également de compléter les travaux régionaux de collecte de données, dans le but de broser un tableau plus exhaustif sur la santé des Premières Nations dans les régions. Cette information a permis de soutenir des centres de données régionaux administrés par les Premières Nations, centres où ces données sont conservées et où les rapports sont produits. Par exemple, au Québec, la Commission de la Santé et des Services Sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador héberge l'information de l'ERS et publie le rapport de l'ERS pour le Québec. Selon les entrevues des informateurs clés, soit le personnel régional du Québec de la DGSPNI, ce travail a contribué à renforcer les capacités d'analyse de données et de diffusion de connaissances au niveau régional des organisations des Premières Nations du Québec.

Une meilleure application des connaissances permettrait d'intensifier l'usage de ces données au sein de la DGSPNI, mais également à l'externe, au niveau des régions et des communautés.

Les informateurs clés, soit le personnel du bureau national et le personnel régional de la DGSPNI, ont indiqué qu'un transfert de connaissances accru au sein de la DGSPNI pourrait augmenter l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes dans le cadre de la prise de décisions relatives aux politiques et aux programmesⁱⁱ. Ce transfert accru des connaissances favoriserait également la production de rapports au niveau du Ministère, la capacité d'alimenter et de cibler les programmes, la capacité d'alimenter et de valider les interventions, ainsi que la publication des travaux. Le niveau et la qualité d'utilisation des données pourraient être améliorés en allouant plus de ressources à leur analyse aux fins d'élaboration de politiques.

Le bureau national de la DGSPNI et le personnel régional, et les représentants des OAN, incluant le CGIPN, rapportent que les capacités régionales, en ce qui a trait à la collecte d'information, à leur analyse et à leur diffusion, diffèrent grandement d'un centre régional à un autre. Les résultats des deux sondages (personnel de liaison régional de la DGSPNI et responsables des services de santé communautaires des Premières Nations) laissent entendre qu'aux niveaux régional et communautaire, les connaissances sont inégales quant à la disponibilité et à l'accessibilité des données et de l'information générées. Les répondants ajoutent que la majorité des communautés des Premières Nations ne savent pas que des études publiées sont disponibles ou que des données et des statistiques ont été recueillies pour jeter un éclairage plus précis sur les besoins en santé. Divers informateurs clés ont mentionné que même lorsqu'elles disposent de

ⁱⁱ Par transfert des connaissances, on entend un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la diffusion, l'échange et l'application éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, et qui renforce notre capacité à exploiter cette information reposant sur des données probantes de façon à influencer sur le système de santé.

cette information, très peu de communautés des Premières Nations sont capables de l'appliquer elles-mêmes de façon concrète à leurs plans ou leurs programmes de santé.

4.4.2 Les Premières Nations et les Inuits ont-ils eu la possibilité de participer aux programmes et aux politiques et d'exercer une influence sur leur conception ou leur élaboration? De quelles façons?

Des progrès ont été réalisés en ce qui a trait au renforcement des mécanismes mis à la disposition des représentants des Premières Nations et des Inuits pour influencer la prise des décisions au niveau de la haute direction nationale et régionale.

Des accords de contribution avec l'APN et l'ITK ont été conclus afin d'offrir aux Premières Nations et aux Inuits davantage d'occasions de participer à l'élaboration des politiques nationales sur la santé, des systèmes de santé et des programmes et services, dans tous les secteurs connexes à la santé, et d'exercer une influence sur ce travail de développement. Les rapports annuels et d'évaluation produits par les deux organisations autochtones nationales confirment que ces ententes ont réellement accru leurs capacités de planifier et de mener des travaux reflétant les priorités en santé propres aux Premières Nations et aux Inuits au cours des cinq dernières années. La nature souple et pluriannuelle de ces accords de contribution a donné lieu à de nombreuses améliorations, incluant la capacité de donner suite à des priorités régionales, d'entamer une planification à long terme, de former des partenariats à long terme et de répondre à des priorités émergentes. Par exemple, le rapport annuel d'ITK pour 2014-2015 établit que les représentants de la DGSPNI ont fait un immense travail pour décrire les priorités en matière de données sur la santé, ainsi que pour communiquer et coordonner ces priorités de façon à les harmoniser avec les intérêts d'ITK, dans la mesure du possible.

Un important développement est survenu en 2014, lorsque la haute direction de la DGSPNI et deux organisations nationales représentant les Premières Nations et les Inuits ont officiellement conclu des protocoles d'engagement.

- La première de ces ententes est le protocole d'engagement conclu avec l'Assemblée des Premières Nations. Ce protocole a été créé pour solidifier la collaboration entre l'APN et la DGSPNI et représente le fruit de plusieurs années de travail visant à instaurer une culture axée sur la transparence et l'imputabilité réciproque. Le protocole d'engagement décrit comment l'APN et la DGSPNI collaboreront aux niveaux national et régional et la façon dont les deux groupes travailleront de concert pour veiller à ce que les représentants régionaux et les communautés des Premières Nations participent à l'avancement du Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits. Le protocole a également pour objectif de décrire comment le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits et le plan fondateur sur la santé des Premières Nations de l'APN se compléteront; de respecter les mécanismes de collaboration actuels et permanents au niveau national, régional et communautaire et de fournir un plan encadrant le processus d'engagement de la DGSPNI avec l'APN, ainsi qu'avec d'autres partenaires partageant les mêmes intérêts.

- La seconde entente est l'approche de la santé d'Inuit Tapirit Kanatami. L'approche de la santé traduit l'engagement de la DGSPNI à travailler avec l'ITK pour élaborer un mécanisme relatif à la santé des Inuits qui permet d'alimenter la planification des programmes de Santé Canada. Elle vise à trouver des points de compatibilité entre le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits et le cadre stratégique du Comité inuit national de la santé. Les objectifs particuliers de cette approche de la santé sont les suivants : faire connaître à tous les employés de la DGSPNI les caractéristiques uniques de la santé des Inuits et les contextes des quatre régions inuites, et veiller à ce que l'approche de la santé des Inuits devienne un des piliers de la politique et des cadres de programmes de la DG; préciser le processus d'engagement approprié de la DGSPNI avec les Inuits aux niveaux national et régional; et s'assurer que la DGSPNI respecte les principes et processus établis dans les accords de revendications territoriales dans sa relation avec les Inuits.

En ce qui a trait aux possibilités d'influencer la prise des décisions au niveau national, le protocole d'engagement et l'approche de la santé prévoient que des représentants des Premières Nations et des Inuits soient présents à la table du Comité de la haute direction national de la DGSPNI. Le mandat du CHD consiste à donner une orientation stratégique globale à la DG, conforme aux objectifs et aux principes du Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits, à suivre et à orienter la mise en œuvre du plan, incluant la collaboration et les initiatives de partenariat; à examiner, approuver et orienter les enjeux stratégiques et les approches, et à examiner et approuver les propositions visant à moderniser les politiques et les programmes. En outre, le protocole d'engagement et l'approche de la santé assurent aux représentants des Premières Nations et des Inuits un siège au sein du sous-comité de la planification et des politiques du CHD de la DGSPNI. Le mandat de ce sous-comité comprend, entre autres, l'élaboration d'une approche d'engagement, incluant tous les partenaires concernés, et la définition de la portée initiale d'une nouvelle proposition ou d'un nouveau mandat pour l'élaboration ou la modernisation des programmes et politiques.

La représentation au sein des comités de la haute direction internes de la DGSPNI vise à favoriser un engagement et une participation de qualité et à offrir à ces organisations de nouvelles possibilités d'influencer le processus décisionnel au niveau national. Les informateurs clés interviewés, soit le personnel régional et du bureau national de la DGSPNI et les représentants des OAN, ont mentionné que l'APN et l'ITK se sont engagés à l'échelle nationale grâce au protocole d'engagement et à l'approche de la santé. Même s'il est encore trop tôt pour déterminer si les représentants des Premières Nations et des Inuits ont été en mesure de véritablement influencer le processus décisionnel grâce à ces protocoles d'engagement, la création de ces deux ententes témoigne des progrès réalisés dans le renforcement des mécanismes mis à la disposition des Premières Nations et des Inuits pour influencer les futures décisions de portée nationale.

4.4.3 La collaboration (consultation et partenariats) des Premières Nations et des Inuits avec des partenaires et d'autres intervenants s'est-elle accrue en matière de planification de programmes et de services? De quelles façons?

Davantage de possibilités ont été offertes aux organisations nationales et régionales inuites et des Premières Nations pour participer à la conception et à l'élaboration de programmes et de politiques aux niveaux national, régional et communautaire.

Plusieurs sources de données (p. ex. entrevues des informateurs clés, sondages, études de cas et étude de la documentation) ont permis de déterminer que les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité ont ouvert la voie à de nouvelles possibilités de consultation et de partenariats à divers niveaux pour les représentants des Premières Nations et des Inuits, leur donnant ainsi davantage d'occasions de participer à la conception et à l'élaboration des programmes et services.

Tel que mentionné plus haut, le protocole d'engagement de l'APN et l'approche de la santé d'ITK sont des mécanismes officiels qui offrent aux représentants des Premières Nations et des Inuits davantage d'occasions d'influencer le processus décisionnel au niveau national. Le protocole d'engagement précise que les bureaux régionaux de la DGSPNI doivent maintenir une collaboration directe avec les communautés des Premières Nations sur les questions qui les concernent, ainsi qu'avec d'autres partenaires ayant des intérêts similaires. De la même façon, l'approche de la santé précise que la DGSPNI doit faire équipe avec les gouvernements inuits, territoriaux et provinciaux, et d'autres partenaires fédéraux, pour élaborer une approche de la santé des Inuits qui permet d'alimenter la planification des programmes de Santé Canada. L'examen de la documentation et les entrevues auprès des informateurs clés (personnel régional et du bureau national de la DGSPNI et représentants des OAN) révèlent que le protocole d'engagement et l'approche de la santé ont favorisé une collaboration accrue des représentants des Premières Nations et des Inuits avec des intervenants des différents niveaux (national, régional, communautaire) afin d'influencer la conception des programmes et l'élaboration des services. À l'échelle régionale, les bureaux régionaux de la DGSPNI collaborent directement avec les organisations des Premières Nations relativement à leurs plans de santé régionaux et à d'autres dossiers de portée régionale.

Au-delà de ces mécanismes officiels, ces informateurs clés ont également mentionné qu'on observe une tendance vers une plus grande collaboration régionale de la DGSPNI avec les représentants des Premières Nations et des Inuits. Les cadres régionaux de la DGSPNI et d'autres représentants de la DGSPNI ont participé à plusieurs tables trilatérales où des représentants des Premières Nations ont pris part à la conception des programmes ou des politiques aux côtés de représentants des gouvernements provinciaux; ils ont également établi des liens avec des organismes-cadres des Premières Nations, collaboré avec des chefs et participé à la formation de groupes de travail avec des conseils tribaux. Le personnel chargé des liaisons régionales de la DGSPNI et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations ont indiqué que les consultations sont plus fréquentes entre la DGSPNI et les représentants des gouvernements provinciaux sur des questions liées aux programmes et services des Premières Nations et des Inuits. Ces exemples de collaboration accrue ont en effet le

potentiel de garantir une voix aux représentants des Premières Nations et des Inuits dans les processus de conception et d'élaboration des programmes et des services.

En ce qui a trait aux activités de planification de la santé et d'agrément dans les communautés des Premières Nations, les répondants des sondages auprès du personnel de liaison régional de la DGSPNI et des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations, ainsi que les études de cas, révèlent que ces activités appuient la consultation et la collaboration aux niveaux régional et communautaire, ce qui produit un effet direct sur les décisions prises par les communautés des Premières Nations relativement à leurs programmes de santé. La planification de la santé et l'agrément ont permis de faire comprendre aux communautés des Premières Nations l'importance des partenariats et de la collaboration à tous les niveaux. Les répondants ont également mentionné que les accords de contribution à plus long terme ont donné aux représentants des Premières Nations davantage d'occasions de collaborer avec des partenaires pour la planification des programmes et des services. Les accords de contribution à plus long terme, plus souples, donnent à ces représentants plus de temps pour former des partenariats constructifs à tous les niveaux.

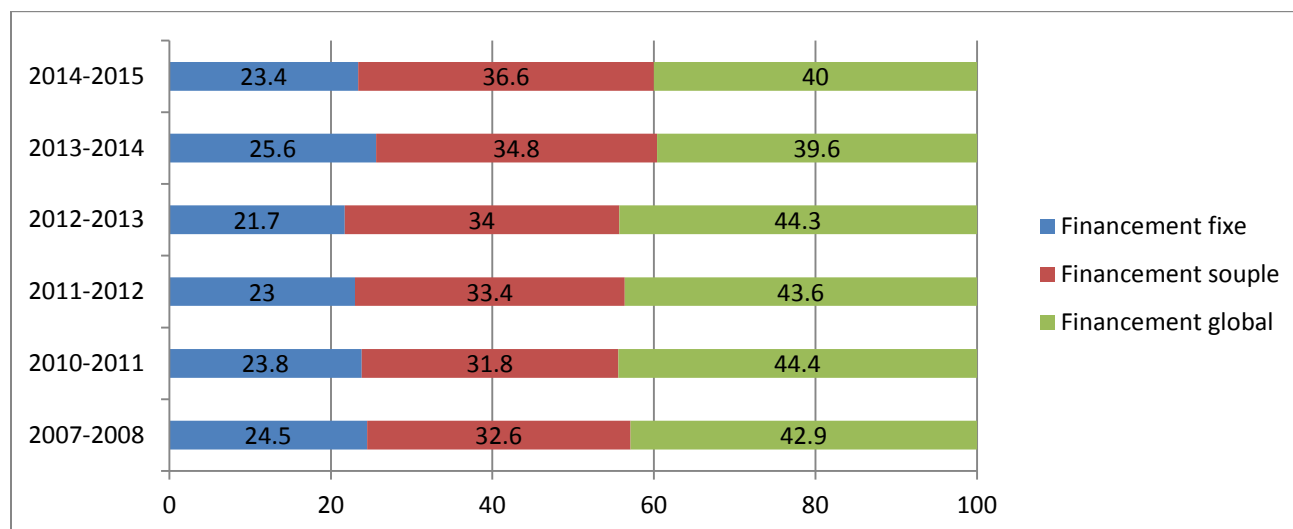
4.4.4 Quels types de mesures de soutien ou d'activités facilitent la transition vers l'adoption de modèles de financement plus souples? Quels sont les difficultés ou les défis à relever?

Les modèles de financement reflètent dans l'ensemble les capacités des communautés des Premières Nations à prendre en charge et à contrôler la prestation et la gestion des programmes de santé dans les réserves.

La répartition des accords de contribution conclus avec les communautés des Premières Nations selon des modèles de financement fixes, souples et globaux n'a pas beaucoup changé depuis 2010 (voir tableau 3). Les données du Système de gestion des contrats et des contributions (SGCC) indiquent qu'au 31 mars 2015, la majeure partie des communautés avaient signé des accords de contribution selon un modèle de financement souple (37 %) ou global (40 %); 23 % des communautés avaient adopté un modèle de financement fixeⁱⁱⁱ.

ⁱⁱⁱ Voir l'annexe 1 pour une description des modèles de financement.

Tableau 3 : Modèles de financement pour les communautés des Premières Nations



Source : Données fournies par le programme et tirées du SGCC au 31 mars 2015.

Remarque : En 2013-2014 et 2014-2015, les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique ont été supprimées de la liste en raison d'une entente intervenue avec la First Nations Health Authority (FNHA).

Les entrevues générales avec le personnel du bureau national de la DGSPNI et les sondages menés auprès du personnel de liaison régional de la DGSPNI et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations révèlent que le modèle de financement fixe, qui prévoit moins de souplesse et de contrôle, s'applique essentiellement aux communautés où les capacités de gérer et d'exécuter des programmes et des services de santé sont plus faibles. Ces informateurs clés ont indiqué que les modèles de financement souple et global, qui accordent plus de latitude et de responsabilités aux communautés, s'appliquent généralement aux accords de contribution conclus avec des communautés des Premières Nations mieux en mesure de gérer et d'exécuter des programmes et des services de santé.

Cependant, le personnel du bureau national (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondages) de la DGSPNI ont également mentionné que le modèle de financement ne correspond pas toujours aux capacités d'une communauté à gérer et à exécuter des programmes et services de santé. Les informateurs clés ont indiqué que certaines communautés présentant de solides capacités reçoivent actuellement un financement dans le cadre d'accords de contribution moins souples (fixe ou souple), alors que d'autres aux capacités plus faibles bénéficient de modèles de financement plus souples (global).

Dans certains cas, les communautés des Premières Nations bénéficiaires choisissent de prendre en charge la prestation des services de santé en maintenant un accord de contribution suivant un modèle de financement fixe ou souple, plutôt qu'un modèle de financement global.

- Les problèmes de gouvernance au niveau communautaire peuvent inciter les administrateurs des services de santé à conserver un modèle de financement par contribution stable.
- La clause relative aux médicaments du Traité n° 6 a contribué à la décision de certaines communautés de conserver des modèles de financement moins souples, même si elles étaient

capables de respecter les exigences d'un modèle de financement plus souple. Selon l'interprétation que font de cette clause certaines communautés des Premières Nations, le gouvernement fédéral est tenu d'assurer des services de santé, quelle que soit leur forme.

- Prestation de soins aux Premières Nations sur une base permanente.
- Les déterminants sociaux de la santé, incluant l'environnement, et les facteurs sociaux et liés à la santé qui ont une incidence sur la capacité des communautés des Premières Nations de prendre en charge la prestation de leurs services de santé, sont interreliés et propres à chaque communauté. Dans certains cas, des facteurs extérieurs à la santé contribuent à la décision d'une communauté de ne pas passer à un modèle de financement par contribution plus souple, même si elle possède les capacités requises.
- Certaines communautés des Premières Nations décident de ne pas changer de modèle de financement, mais mettent plutôt l'accent sur le renforcement des capacités et l'autodétermination dans d'autres domaines que la prestation des services de santé.

Certaines des études de cas ont montré que la capacité des communautés fluctue au fil du temps et n'évolue pas forcément dans la même direction. Par exemple, dans le cas d'un accord de contribution global, un relâchement des capacités attribuable à des problèmes de gouvernance a donné suite à une période de plus grande stabilité et à un retour des capacités de la communauté à exécuter des programmes et des services de santé. Cette évolution est survenue sur plusieurs années mais dans le cadre d'un seul accord de contribution.

Le personnel du bureau national de la DGSPNI a indiqué qu'il peut exister un synchronisme régional dans l'administration des modèles de financement en ce qui a trait aux définitions et mesures qu'appliquent les administrateurs régionaux à la capacité de gérer et d'exécuter des programmes et des services de santé. Le personnel de liaison régional de la DGSPNI (sondage) a indiqué qu'il fait appel à divers outils pour évaluer la capacité d'une communauté à exécuter ces programmes. Ces outils comprennent des modèles de gestion du risque, des évaluations générales et des évaluations du niveau de capacité. Le niveau de capacité requis pour conclure et maintenir une entente de financement par contribution souple ou globale dans une région peut différer du niveau requis dans une autre région.

Parmi les éléments qui facilitent la transition vers les différents modèles de financement, on trouve l'engagement continu du personnel de liaison régional de la DGSPNI avec les communautés des Premières Nations, et un leadership efficace en matière de santé communautaire.

La transition d'un modèle de financement à un autre prend généralement plusieurs années et repose sur une planification stratégique de la santé avec le soutien du personnel de liaison régional de la DGSPNI, dans le but d'élaborer un plan de travail pluriannuel (dans le cas d'une entente souple) ou d'un plan de santé (dans le cas d'une entente globale). Les informateurs clés, ainsi que les études de cas, ont permis de souligner plusieurs éléments qui contribuent à une transition efficace vers un autre modèle de financement.

- Le personnel du bureau national de la DGSPNI (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondage), et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations (sondage), ont souligné que *l'engagement précoce et continu* du personnel

régional de la DGSPNI auprès des communautés des Premières Nations est essentiel pour établir un lien de confiance avec les communautés ainsi que les fondements nécessaires à l'établissement de relations constructives. Le personnel de liaison régional de la DGSPNI a également souligné l'importance de la relation entre les responsables des services de santé de la communauté des Premières Nations (souvent les gestionnaires ou directeurs des services de santé) et leurs homologues régionaux de la DGSPNI, souvent qualifiés d'agents de liaison communautaire, pour faciliter une transition vers un autre modèle de financement.

- Les bureaux régionaux de la DGSPNI offrent des *activités de formation* pour favoriser le renforcement des capacités dans les communautés des Premières Nations, notamment des ateliers sur la planification de la santé pour les directeurs des services de santé ainsi que des activités de formation individuelle au sein de la communauté.
- Le *leadership en matière de santé au sein de la communauté* constitue un autre élément facilitant la transition vers des modèles de financement plus souples. Le personnel du bureau national de la DGSPNI et le personnel de liaison régional de la DG, les intervenants externes et les responsables de la santé des communautés des Premières Nations ont indiqué que la réussite d'une telle transition repose sur la mobilisation efficace des directeurs de la santé ou d'autres responsables de la santé au sein de la communauté, qui appuieront cette transition et la mèneront à bon port.
- Selon le personnel de liaison régional de la DGSPNI et les responsables des services de santé des communautés des Premières Nations, le *financement de la planification de la santé*, versé aux communautés des Premières Nations dans le cadre de modèles de financement souples ou globaux, constitue un facteur important pour renforcer la capacité d'une communauté à planifier ses services de santé, notamment en lui permettant d'engager un directeur des services de santé à temps plein.
- Le personnel du bureau national et le personnel régional de la DGSPNI ont indiqué que la participation au processus d'agrément aide grandement une communauté à se préparer à la transition vers un modèle de financement plus souple, et facilite d'autant cette transition.
- En outre, les responsables des services de santé des communautés des Premières Nations mentionnent que la collaboration avec d'autres communautés afin d'échanger des *pratiques exemplaires* constitue une autre source de soutien à cette transition vers un nouveau modèle de financement.

4.4.5 Le contrôle et la prise en charge des Premières Nations et des Inuits à l'égard de la planification de la santé et des stratégies d'amélioration de la qualité se sont-ils améliorés?

Les communautés des Premières Nations participent davantage aux activités de planification de la santé et d'agrément.

Le personnel du bureau national (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondages) de la DGSPNI rapportent un intérêt et un engagement accru des communautés des Premières Nations à l'égard de la planification de la santé depuis les cinq dernières années. Certains des informateurs clés ont mentionné que la majorité des communautés des Premières Nations reconnaît la valeur de la planification de la santé. Ils ajoutent que ces communautés accueillent favorablement le processus de planification de la santé et la souplesse que ce processus leur procure pour répondre à leurs priorités changeantes. Ces communautés constatent les résultats

des initiatives de planification antérieures. Certaines d'entre elles prennent le processus très au sérieux et s'efforcent de répondre aux besoins cernés dans leur communauté. Certains informateurs clés soulignent l'utilité d'un plan de santé pour étayer leur travail.

La participation au processus d'agrément des organisations des Premières Nations offrant des services de santé a augmenté de façon marquée depuis 2010. Les données sur la mesure du rendement indiquent que le nombre de centres de santé communautaire et de postes infirmiers prenant part à un processus d'agrément, avec le soutien de la DGSPNI, a augmenté de 61 % de 2010 à 2015. En 2015, 75 centres de santé communautaire et postes infirmiers, desservant 152 communautés des Premières Nations, étaient engagés dans un processus d'agrément ou avaient déjà reçu leur agrément. En 2015, 60 centres de santé communautaire servant 132 communautés, et un poste infirmier servant une communauté, étaient accrédités. (Suite au rapport du Bureau du vérificateur général de 2015 sur la nécessité d'assurer un meilleur accès aux services de santé dans les communautés des Premières Nations éloignées²¹, Santé Canada a fait de l'agrément d'un plus grand nombre de postes infirmiers une priorité pour les années à venir).

La DGSPNI n'agrée pas les services de santé, mais finance plutôt les organisations qui sont engagées dans le processus avec un organisme d'agrément. L'agrément est un processus de gestion continue de la qualité que les organismes de santé communautaire utilisent pour évaluer et améliorer la qualité de leurs services de santé. Les centres de santé communautaire choisissent de participer à un processus d'agrément. Ils doivent établir et entretenir une bonne relation de travail avec l'organisme d'agrément tout au long du processus, entreprendre des démarches avec un organisme d'agrément, élaborer et mettre en œuvre un plan d'agrément qui reflète le processus connexe et respecter les normes établies pour obtenir leur agrément. Le simple fait de suivre toutes les étapes du processus d'agrément contribue à renforcer les capacités des organisations participantes.

La planification de la santé et les activités d'agrément ont contribué à renforcer la capacité des communautés à prendre en charge et à contrôler la prestation des services de santé et les stratégies d'amélioration de la qualité.

Le fait d'entreprendre les processus requis pour élaborer des plans de santé et répondre aux exigences de l'agrément contribue au développement des capacités des communautés des Premières Nations à prendre en charge et à contrôler leurs programmes et services de santé en renforçant les capacités des organismes communautaires requises pour gérer et exécuter des programmes et services de santé.

Le personnel du bureau national (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondage) de la DGSPNI, et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations (sondage), ont rapporté que la planification de la santé a contribué à améliorer les capacités organisationnelles des responsables des services de santé communautaires à planifier, exécuter et évaluer les programmes de santé, et à rendre des comptes à leurs bailleurs de fonds. La planification de la santé a permis aux communautés de mobiliser leurs membres afin de formuler une vision de la santé pour l'avenir, et encouragé les organisations à mettre l'accent sur des résultats mesurables. Elle a également permis de définir les rôles et les responsabilités des

travailleurs de la santé à tous les niveaux de l'organisation. En outre, certains chefs des communautés des Premières Nations ont rapporté que la planification de la santé a servi au développement d'un esprit d'équipe, menant à un renforcement des capacités des membres sur une base individuelle, ainsi qu'à une plus grande cohésion au sein du personnel de l'organisation.

Il apparaît évident (selon les entrevues des informateurs clés, les sondages et les études de cas) que le processus d'agrément améliore les capacités au niveau communautaire en permettant aux organisations de mener une planification stratégique de la santé, d'établir des priorités, de planifier leurs besoins financiers, de rendre des comptes et de cerner les lacunes quant aux processus de prestation des services et à leur planification. Un sondage mené par les responsables du programme auprès des organisations en instance d'agrément a révélé qu'une vaste majorité (86 %) des organisations attribuent l'amélioration de leurs capacités de gestion de la santé à leur participation au processus d'agrément.

La planification de la santé et l'agrément mènent également à de meilleurs partenariats. Le personnel de liaison régional de la DGSPNI a rapporté que les activités de planification de la santé ont eu comme résultat inattendu de renforcer la capacité des organisations de services de santé communautaires des Premières Nations à former des partenariats. Dans plusieurs études de cas, on a constaté que la planification de la santé favorisait la collaboration entre les communautés et les conseils tribaux. Selon les entrevues des informateurs clés, les sondages et les études de cas, il apparaît clairement que l'agrément a aidé les organisations de services de santé communautaires à former des partenariats stratégiques avec des organisations à vocation similaire dans d'autres communautés des Premières Nations en facilitant et en encourageant l'échange de pratiques exemplaires.

Grâce aux activités de planification de la santé et d'agrément, les communautés ont pris en charge leurs programmes et services de santé et en tirent une grande fierté. Le personnel de liaison régional de la DGSPNI et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations rapportent que, dans certains cas, la planification de la santé a donné lieu à une appropriation des programmes de santé communautaire et à une plus grande mobilisation de la communauté, grâce à une participation active de ses membres au processus de planification. Les entrevues des informateurs clés et les résultats du sondage révèlent que l'agrément était perçu comme un symbole de réussite pour les communautés des Premières Nations à l'égard de leurs programmes et services de santé, et que le processus d'agrément a redonné aux membres de ces communautés une raison d'être fiers et le sentiment de pouvoir exercer un contrôle réel sur leurs propres programmes et services de santé.

Les activités de planification de la santé et d'agrément reposaient sur les forces des communautés des Premières Nations.

La planification de la santé et l'agrément reposaient sur la capacité des communautés à prendre en charge et à contrôler les forces organisationnelles déjà présentes dans ces communautés, mais contribuaient également à renforcer ces capacités. Les investissements consentis dans ces deux secteurs ont permis d'optimiser les forces des communautés ayant déjà de solides capacités à exécuter des programmes et services de santé.

De multiples sources (entrevues des informateurs clés, sondages, études de cas) ont indiqué que la réussite des activités de planification de la santé et d'agrément est plus plausible dans les organisations bénéficiant d'une direction et d'effectifs stables. Le personnel de liaison régionale de la DGSPNI et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations (sondages) ont indiqué que la planification de la santé et l'agrément ont contribué à la stabilité de la gouvernance au sein de la communauté en établissant une structure et en donnant une orientation, mais également en précisant les rôles des acteurs politiques en ce qui a trait à la gestion des programmes et services de santé communautaires. L'efficacité des directeurs des services de santé constituait, selon le personnel du bureau national et le personnel de liaison régional de la DGSPNI, ainsi que les intervenants externes, un facteur clé du succès des activités de planification de la santé et d'agrément. Les études de cas, en particulier, étayaient cette constatation. Les communautés des Premières Nations ayant des pratiques de gouvernance stables et qui ont précisé le rôle des acteurs politiques et des responsables de la santé, sont plus susceptibles de mener à bien le processus de planification de la santé et d'agrément.

Les informateurs clés ont indiqué que la prise en charge à l'échelle communautaire est essentielle au succès du processus de planification de la santé et constitue une condition préalable au processus d'agrément (qui est un processus volontaire auquel les centres de santé communautaire peuvent choisir ou non d'adhérer). Le personnel du bureau national de la DGSPNI (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondage) ont souligné que les plans de santé sont plus utiles (et par conséquent plus efficaces) lorsqu'ils sont élaborés par les membres de la communauté et les directeurs des services de santé eux-mêmes, plutôt que par des consultants externes. Un sondage mené par les responsables du programme auprès des organisations en instance d'agrément a révélé que la majorité (77 %) des répondants affirmait que l'agrément avait raffermi l'engagement de leur organisation envers l'amélioration de la qualité.

La participation aux activités de planification de la santé et d'agrément présente des difficultés pour certaines communautés des Premières Nations.

L'harmonisation du soutien avec les besoins de la communauté est un principe fondateur de l'engagement et de la gestion communautaires. L'approche de la DGSPNI relative au renforcement des capacités est plus efficace lorsqu'elle peut être adaptée aux capacités réelles de la communauté.

Le personnel du bureau national (entrevues) et le personnel régional (entrevues et sondage), et des intervenants externes incluant des représentants des OAN (entrevues), ainsi que des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations (sondages), ont

rapporté que certaines communautés des Premières Nations éprouvent de la difficulté à participer aux activités de planification de la santé et d'agrément et, par conséquent, ne bénéficient pas des retombées de ces activités, soit une plus grande prise en charge et un meilleur contrôle. Des informateurs clés ont rapporté que ces difficultés sont plus susceptibles de se produire dans les communautés éloignées et isolées, les petites communautés ainsi que les communautés en crise.

En outre, les besoins uniques associés à l'exercice d'un contrôle et à une meilleure prise en charge sont souvent liés aux capacités communautaires et organisationnelles. Parmi ces difficultés, notons une planification stratégique limitée en cours, un taux de roulement plus élevé aux postes de direction, un accès limité à du financement pour la planification de la santé dans les communautés des Premières Nations dont le modèle de financement est moins souple (modèles de financement fixe), ainsi qu'une difficulté à attirer et à maintenir en poste des ressources humaines dans plusieurs communautés éloignées et isolées. Il importe de noter qu'un guide de planification de la santé a récemment été lancé par la DGSPNI afin d'aider les communautés qui bénéficieraient le plus de capacités accrues.

Les communautés des Premières Nations présentant des niveaux de capacité variables nécessitent des approches différentes pour que soient maximisées leurs occasions d'exercer une prise en charge et un contrôle.

La plupart des employés du bureau national et des régions de la DGSPNI rapportent que les communautés des Premières Nations ayant des capacités inférieures ont besoin d'une aide et de possibilités adaptées à leurs besoins uniques. Par exemple, les communautés où il n'y a pas encore de directeur des services de santé ou celles qui n'ont pas encore alloué de fonds à la planification de la santé (comme dans de nombreuses communautés visées par un modèle de financement fixe) peuvent avoir besoin d'une aide supplémentaire prenant la forme de ressources additionnelles (formation ou outils) adaptées à leurs besoins. Les informateurs clés internes et externes suggèrent également d'aider les communautés des Premières Nations à renforcer leurs capacités en optimisant les réseaux (encadrement) et les pratiques exemplaires des autres communautés, en formant des partenariats avec d'autres intervenants régionaux et en obtenant du personnel de liaison régional de la DGSPNI qu'il consacre plus de temps et de ressources à l'engagement communautaire.

Certains agents de liaison régionaux de la DGSPNI (sondage) ont indiqué que la charge de travail de la DGSPNI est un obstacle qui les empêche d'aider toutes les communautés des Premières Nations à mener ces activités et à renforcer leurs capacités. Ils proposent d'allouer plus de ressources au sein des équipes de liaison communautaire de la DGSPNI, ainsi que de normaliser les opérations des bureaux régionaux afin de pouvoir mesurer le renforcement des capacités des bénéficiaires. Certains agents de liaison régionaux de la DGSPNI ont également souligné l'importance de leur accorder plus de souplesse afin qu'ils puissent travailler avec les communautés des Premières Nations ayant des capacités plus faibles, et créer d'autres occasions de superviser ces communautés grâce à des rapports et à des mises à jour du programme. D'autres communautés des Premières Nations qui font preuve d'une capacité organisationnelle avérée pour gérer et offrir des programmes et des services de santé peuvent nécessiter un renforcement des capacités moins direct et profiter de l'occasion pour se pencher sur la gestion

des programmes avec un minimum d'intervention de la part du personnel de liaison régional de la DGSPNI et des exigences moins rigoureuses en matière de production de rapports.

4.4.6 La qualité et la prestation de programmes et de services se sont-elles améliorées?

Les activités de planification de la santé et d'agrément ont eu des effets positifs sur la qualité des programmes et des services offerts dans les communautés des Premières Nations.

Le Cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité (AQ) de la DGSPNI pour 2012 est une initiative menée à l'échelle de la DG qui s'applique à toutes les fonctions de la DGSPNI et qui soutient la vision de la DG en ce qui a trait à la santé des Premières Nations, des Inuits, des familles et des communautés. Le cadre définit la qualité selon les six critères suivants : accessibilité, souci du client, savoir-faire culturel, efficacité, efficience et sécurité.

Les sondages (personnel de liaison régional de la DGSPNI et responsables des services de santé communautaires de Premières Nations), ainsi que le sondage de 2015 mené par les responsables du programme auprès des organismes d'agrément, indiquent que la qualité des programmes et des services de santé offerts dans les réserves s'est améliorée pour les six critères de qualité du cadre. Ces améliorations ont été surtout observées dans les communautés des Premières Nations qui ont mis en œuvre des activités d'agrément ou de planification de la santé.

Accessibilité

La meilleure coordination entre les programmes et les services (intégration) est un des principaux éléments associés à l'accessibilité, un des critères du cadre. Les répondants au sondage auprès du personnel de liaison local de la DGSPNI ont indiqué que la planification de la santé contribue à l'intégration des services de santé en favorisant des pratiques qui améliorent l'intégration des services de santé, comme les approches holistiques de la santé, le décloisonnement, la priorisation des partenariats avec la communauté et avec des intervenants externes. Ils ont également mentionné que la planification de la santé a aidé les communautés des Premières Nations à former des liens permanents avec d'autres organisations des Premières Nations, le gouvernement provincial et les autorités régionales de la santé. Les répondants ont indiqué que la planification de la santé a motivé les communautés à collaborer avec d'autres organisations en ce qui a trait à l'accès aux soins, aux services de sage-femmerie, au soutien en santé mentale et aux programmes d'aide aux victimes.

Le critère d'accessibilité repose aussi sur la prestation de programmes et de services de santé appropriés. Dans le sondage mené par les responsables du programme auprès des organismes d'agrément, la vaste majorité (92 %) des répondants a indiqué que l'agrément a donné lieu à des soins plus appropriés et 86 % des répondants ont rapporté que l'agrément avait permis aux intervenants concernés de mieux comprendre comment les soins sont coordonnés.

Souci du client

Les services axés sur le client, selon le cadre, reposent sur une participation active des personnes, des familles et des communautés, et respectent leurs besoins et préférences. Les études de cas nous ont permis de comprendre que la planification de la santé mène à une participation accrue des membres de la communauté, ce qui contribue à accroître la qualité des programmes et services de santé. La majorité des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations sondés ont indiqué que la planification de la santé a permis d'axer les soins sur les besoins du client. Également, le personnel de liaison régional de la DGSPNI sondé a indiqué que la planification de la santé a contribué à sensibiliser le personnel soignant aux besoins des clients lors des étapes de planification et d'exécution des programmes et services de santé communautaires. Ces employés ont cependant souligné que cette observation s'applique surtout aux communautés des Premières Nations dont les plans de santé n'ont pas été élaborés par des consultants. Un sondage mené auprès des organismes d'agrément a révélé qu'une vaste majorité de répondants (88 %) juge que l'agrément a contribué à axer les soins sur les besoins des clients.

Savoir-faire culturel

Le cadre indique que les soins reposant sur le savoir-faire culturel intègrent les connaissances sur les personnes, les familles et les communautés des Premières nations et inuites à des normes, des politiques, des pratiques et des attitudes précises en matière de programmes et de services de santé. Dans le sondage, le personnel de liaison régional de la DGSPNI a souligné les améliorations réalisées relativement à la pertinence culturelle des programmes de santé, notant au passage que ces améliorations sont le fruit de consultations avec les membres de la communauté lors de la planification des programmes et de leur participation active. Certains responsables de services de santé communautaires des Premières Nations sondés ont rapporté que la planification de la santé a donné lieu à la prestation de soins communautaires mieux adaptés à la culture autochtone, donnant en exemple l'intégration des langues des Premières Nations aux programmes de santé. La majorité (69 %) des responsables des services de santé communautaires œuvrant au sein d'organisations ayant obtenu leur agrément ont indiqué que cette démarche les avait aidés à offrir des soins culturellement adaptés.

Efficacité

Tel que décrit dans le cadre, l'efficacité repose sur l'utilisation des données probantes les plus récentes en vue d'obtenir les meilleurs résultats qui soient pour la santé. Il faut à cet égard assurer un suivi continu des processus et des programmes. Certains agents de liaison régionaux de la DGSPNI ont rapporté que l'importance accordée à des résultats mesurables dans le cadre de la planification de la santé a permis d'améliorer l'efficacité des programmes et services de santé. Certains agents de liaison régionaux de la DGSPNI (sondage) ont ajouté que de nombreuses communautés des Premières Nations misent sur des résultats mesurables pour prouver qu'elles ont réussi à améliorer l'état de santé général des membres de leur communauté. Les répondants au sondage mené auprès des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations ont indiqué que la planification de la santé facilite la collecte continue de données et de renseignements; le personnel peut ainsi se tenir informé et à jour au moment

d'offrir des programmes de santé dans la communauté. Cette planification facilite également l'atteinte de buts et d'objectifs à long terme. L'évaluation des programmes permet de donner une orientation et de fixer des objectifs communs, en équipe, à partir des besoins de la population. Une vaste majorité (97 %) des organisations sondées bénéficiant d'un financement de la DGSPNI pour obtenir leur agrément ont indiqué que des politiques et processus ont été mis en place ou créés afin d'améliorer leur efficacité opérationnelle, suite à l'obtention de leur agrément.

Efficiences

L'efficacité, telle que définie dans le cadre, consiste à optimiser les ressources de façon rentable et judicieuse. Certains agents de liaison régionaux de la DGSPNI rapportent que la planification de la santé aide à améliorer la gouvernance des programmes et services de santé grâce à la formation d'équipes plus efficaces sur le plan du rendement, guidées par de saines politiques. Ces équipes sont ainsi mieux en mesure de concrétiser leur mission et leurs objectifs, d'une manière viable. Plusieurs agents de liaison régionaux de la DGSPNI ont rapporté que les plans de santé annuels sont révisés en fonction des normes d'agrément. La vaste majorité (90 %) des organisations sondées ayant participé à un processus d'agrément ont indiqué qu'elles font un meilleur usage de leurs ressources humaines depuis qu'elles ont pris part à un processus d'agrément. La majorité (77 %) de ces organisations ont également mentionné que grâce à l'agrément, elles avaient amélioré leurs capacités de gérer leurs finances, de coordonner leurs ressources humaines et de procéder à une planification stratégique.

Sécurité

La sécurité est caractérisée par une réduction du risque et des dangers, tel qu'indiqué dans le cadre. Cela signifie que les programmes et services de santé doivent promouvoir de saines pratiques et atténuer les effets néfastes. Certains agents de liaison de la DGSPNI rapportent que la planification de la santé a contribué à rendre les centres de soins de santé plus sécuritaires. Bon nombre des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations (73 %) indiquent que la planification de la santé a aidé leur communauté à garantir la sécurité de leurs clients. Toutes les organisations sondées (100 %) ayant obtenu leur agrément indiquent que ce processus a contribué à accroître la sécurité du personnel; une vaste majorité (97 %) a indiqué que l'agrément a amélioré la sécurité de leurs clients et une majorité (80 %) des répondants a indiqué que l'agrément avait permis de réduire l'occurrence d'effets néfastes.

Il demeure certaines difficultés quant à l'amélioration de la qualité de la prestation des programmes et services de santé dans les communautés des Premières Nations.

Toutes les sources d'information révèlent qu'il y a encore des difficultés quant à l'amélioration de la qualité dans les communautés des Premières Nations. Les problèmes associés à la planification de la santé et à l'agrément, soulignés par les agents de liaison régionaux de la DGSPNI et les responsables des services de santé communautaires des Premières Nations sondés sont les suivants : ressources humaines limitées dans les communautés (il faudrait compter davantage de professionnels de la santé sur le terrain, surtout dans le domaine de la santé mentale, des soins dentaires et des services de pharmacie) et ressources communautaires limitées

pour répondre à des besoins immédiats. On trouvera une description plus complète de ces difficultés à la section 4.4.5 – Prise en charge et contrôle.

4.5 Rendement : Élément 5 – Démonstration d'économie et d'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 à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés quant aux résultats escomptés. Cette évaluation est fondée sur le principe selon lequel tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des ressources, activités, extrants et résultats escomptés particuliers.

La structure de données de renseignements financiers détaillés du programme n'a pas permis de déterminer avec facilité si les extrants de programme étaient produits de façon efficace ou si les résultats escomptés avaient été atteints à peu de frais. En particulier, le manque de données sur les coûts spécifiques des extrants et des intrants a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. En ce qui concerne l'évaluation de l'économie, les difficultés concernant le suivi du financement au sein de l'enveloppe générale du programme ont limité l'évaluation. Compte tenu de ce qui précède, les responsables de l'évaluation ont produit des observations sur l'économie et l'efficacité en se basant sur la recension des écrits, les entretiens avec les informateurs clés et les données financières pertinentes disponibles. De plus, les constatations qui suivent fournissent des observations sur la pertinence et l'utilisation de l'information relative à la mesure du rendement appuyant l'évaluation et la prestation économique et efficiente du programme.

Observations sur l'efficacité

Un certain nombre de gains en efficacité ont été relevés dans divers secteurs de programme en ce qui a trait à la conception et à l'exécution des programmes. D'autres gains pourraient être réalisés en améliorant le savoir-faire culturel de la DGSPNI à l'interne, en procédant à un décloisonnement organisationnel (à la DGSPNI et au niveau fédéral) et en allégeant le fardeau imposé aux bénéficiaires en ce qui a trait à la production des rapports.

Programme d'agrément – formule de financement

Des gains en efficacité ont été relevés en ce qui a trait à la conception de la composante d'agrément. Cette composante fait appel à une formule de financement pour déterminer le montant versé à un organisme communautaire afin de lancer et de mettre en place des activités d'agrément. Cette formule de financement a été améliorée au fil du temps et résulte d'un engagement considérable de tous les intervenants. Les informateurs clés internes et externes ont indiqué que la formule de financement pour la composante d'agrément est systématique, objective et utile pour calculer le financement de façon équitable.

DGSPNI – intégration interne et savoir-faire culturel

Même s'il y a collaboration aux différents niveaux et entre les programmes de la DGSPNI, les répondants au sondage (personnel de liaison régional de la DGSPNI et responsables des services de santé communautaires des Premières Nations) ont formulé la nécessité d'adopter une approche mieux intégrée et adaptée au savoir-faire culturel des Premières Nations et des Inuits pour ce qui est de la prestation des services de santé dans toutes les régions et à l'échelle de tous les programmes communautaires.

- Certains informateurs clés indiquent que d'autres gains en efficience pourraient être réalisés si les normes du programme d'agrément étaient intégrées aux directives guidant les programmes de la DGSPNI. Ils ont souligné que la Trousse de ressources pour l'amélioration de la qualité du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (2012), qui favorise l'amélioration de la qualité et le recours à des évaluations du risque, constitue un outil pratique, pertinent et utile qui améliore l'aide fournie aux clients des soins à domicile et en milieu communautaire. Des informateurs clés internes et externes ont souligné la possibilité d'intégrer les normes d'agrément à d'autres documents d'orientation en appui aux programmes communautaires, notamment dans les domaines de la santé mentale et des saines habitudes de vie.
- Les informateurs clés de la DGSPNI ont noté des écarts importants entre les bureaux régionaux en ce qui a trait aux approches adoptées pour soutenir les activités de planification de la santé dans les communautés des Premières Nations, notamment en ce qui concerne les rôles des agents de liaison régionaux de la DGSPNI (priorité accordée à l'administration plutôt qu'à la liaison et à l'établissement de liens), les outils servant à faire un suivi des activités de planification de la santé, la collaboration avec d'autres programmes communautaires de la DGSPNI et les relations avec d'autres intervenants régionaux du secteur de la santé. Ils ont mentionné que l'on pourrait lancer un dialogue au niveau de la haute direction entre les bureaux régionaux et avec le bureau national, notamment dans le cadre des tables exécutives régionales, des équipes de transformation régionales, des tables de planification et de production de rapports de la DGSPNI et de la table de la haute direction (CHD). De nombreux informateurs internes clés de la DGSPNI du bureau national et des bureaux régionaux ont souligné qu'il serait possible de diffuser les pratiques exemplaires à l'échelle de la Direction générale, plus particulièrement au niveau fonctionnel et entre les bureaux régionaux.
- Le savoir-faire culturel favorise le développement des capacités. Des informateurs internes et externes ont indiqué qu'un engagement judicieux, un dialogue utile et l'établissement de liens avec les communautés des Premières Nations se sont révélés essentiels pour développer des plans de santé solides, favoriser la prise en charge au sein des communautés et soutenir les activités d'agrément. Les entrevues avec les informateurs clés, les sondages et les études de cas indiquent tous que la DGSPNI a amélioré et peut continuer d'améliorer le savoir-faire culturel des employés occupant différents rôles.

DGSPNI - collaboration avec d'autres ministères

De nombreux informateurs clés de la DGSPNI et d'autres ministères fédéraux ont indiqué qu'il est possible d'améliorer les relations de travail et les processus au sein de Santé Canada, d'Affaires autochtones et du Nord Canada, de Sécurité publique Canada, d'Emploi et Développement social Canada (EDSC) et d'autres ministères qui offrent des services complémentaires de renforcement des capacités et qui soutiennent les communautés et les organisations inuites et des Premières Nations.

- Santé Canada appuie le renforcement des capacités des responsables et du personnel des services de santé communautaires dans les réserves.
- AANC offre en vaste éventail de mesures de renforcement des capacités communautaires liées à la gouvernance, au développement des affaires, à l'éducation, aux systèmes de distribution d'eau et de gestion des eaux usées et de préparation aux situations d'urgence.
- Sécurité publique Canada supervise le renforcement des capacités communautaires afin de lutter contre la violence faite aux femmes et aux filles et de mettre sur pied des plans de sécurité communautaires.
- EDSC s'attache à accroître la participation des Autochtones au sein du marché du travail canadien et aide les organisations communautaires autochtones à offrir des services d'emploi et de formation.

Les organisations et les communautés des Premières Nations et inuites doivent répondre à une série d'obligations en matière de production de rapports de divers partenaires de financement fédéraux. On pourrait tenter de dégager des gains en efficacité quant aux rapports exigés par les ministères fédéraux. Par exemple, certains informateurs clés ont parlé d'un modèle de production de rapports simplifié et multiministériel mis en œuvre à titre de projet pilote dans la région du Québec et dont l'objectif est d'alléger le fardeau imposé à ces organismes communautaires.

Observations sur l'économie

Tel que souligné au tableau 1 : Ressources de programme, à la section 2.4 – Harmonisation du programme et ressources, au cours des cinq dernières années, le financement des activités combinées de planification de la santé et de gestion de la qualité est demeuré relativement stable, avec des dépenses annuelles entre 113 millions et 146 millions de dollars. On constate que les dépenses ont graduellement diminué au fil du temps, plus particulièrement en 2012-2013, où les dépenses ont diminué de 18 millions de dollars.

Environ 72 % à 83 % du total des dépenses a été alloué à la planification de la santé (gouvernance). La plus petite part a été allouée aux activités d'agrément (3 % à 5 %). La composante de recherche sur la santé comprenait le reste des dépenses de programme dans ce domaine; cette composante a également accusé les plus fortes fluctuations au cours des cinq dernières années – plus d'argent de 2010-2011 à 2011-2012 (20 % à 24 %) et moins entre 2012-2013 et 2014-2015 (13 %). On trouve à l'annexe 4 des tableaux détaillés par composante de programme.

Pour soutenir l'exécution des programmes de développement économique, certaines composantes de la PSGQ reposaient sur l'expertise et les capacités des organisations et communautés des Premières Nations.

Recherche sur la santé - Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations

Tel que décrit à la section 4.4.1, le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations est un organisme propre à ce groupe. Le Centre a pour mandat de renforcer les capacités des Premières Nations et de fournir une information pertinente à leur sujet reposant sur des méthodes de recherche rigoureuses, tout en respectant le droit à l'autodétermination des Premières Nations à l'égard de la recherche et de la gestion de l'information. L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations est administrée par le CGIPN, pour ainsi veiller à ce que les Premières Nations puissent exercer un contrôle sur leurs données en matière de santé. L'ERS a été un outil précurseur pour permettre aux Premières Nations d'assumer la responsabilité de leur propre information.

Les entrevues internes et externes, et les études de la documentation, ont indiqué que des investissements relativement limités de la DGSPNI au cours des vingt dernières années visant à soutenir le développement et la mise en œuvre des activités de l'ERS, ont aidé à créer une dynamique efficace relativement à la recherche sur la santé administrée par les Premières Nations, recherche dont les résultats leur appartiennent pleinement. Des informateurs clés ont indiqué que l'ERS est une « marque » reconnue et fiable dans les communautés des Premières Nations. Ils ont expliqué comment les investissements consacrés à cette enquête ont mené à la création de noyaux régionalisés qui répondent aux besoins stratégiques en recherche et en information des Premières Nations, besoins déterminés par chacune des régions participantes. Ils ont également mentionné que de nombreuses pratiques exemplaires ont été élaborées et mises en œuvre, incluant un cadre culturel, une éthique de recherche propre aux Premières Nations et les principes PCAP (propriété, contrôle, accès et possession).

Par le passé, les communautés des Premières Nations dans les réserves étaient souvent exclues des enquêtes sur la population nationale. Des informateurs clés internes et externes ont indiqué que le succès de l'ERS, et la collaboration entre Santé Canada et le CGIPN, ont permis à AANC de recueillir des données dans les réserves. Depuis 2011, AANC collabore avec le CGIPN afin de recueillir des données dans les réserves pour l'Enquête auprès des peuples autochtones, profitant ainsi des enseignements tirés par Santé Canada du processus de l'ERS. (Statistique Canada recueille les données de l'EPA pour les populations autochtones hors réserve). Cette entente novatrice a permis à AANC de recueillir des données dans les réserves au moyen des processus et des structures déjà établis pour l'ERS.

Agrément – Centres de santé communautaires

La DGSPNI soutient l'agrément volontaire des services de santé offerts dans les centres de santé communautaires des Premières Nations, de même que dans les postes de soins infirmiers de la DGSPNI. La DGSPNI fournit des fonds pour l'obtention et le maintien de l'agrément des services de santé, à même les budgets de fonctionnement des organisations ou dans le cadre du financement ciblé de l'agrément. Les fonds couvrent les frais d'agrément, qui comprennent les droits normalisés facturés par l'organisme en vue d'obtenir l'agrément, notamment les frais de

demande, les frais annuels, les frais d'enquête et d'examen, les manuels et les rapports requis, les certificats et les séances de formation obligatoires. Ils couvrent également les coûts liés au processus d'agrément, comme les honoraires, les frais de dotation, les coûts des visites de suivi ou intérimaires, et les coûts associés à la formation additionnelle et à l'élaboration des politiques.

Les entrevues des informateurs clés internes et externes, ainsi qu'un examen de la documentation, ont indiqué que la composante d'agrément, malgré des investissements limités, a réussi à optimiser l'expertise que possédaient déjà les communautés pour améliorer les programmes et services de santé. La DGSPNI maintient une relation sans lien de dépendance avec l'organisme d'agrément et le processus d'agrément, afin de préserver l'indépendance de cet organisme et des organisations des Premières Nations et inuites.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données relatives à la mesure du rendement

Pour la plupart des composantes de la PSGQ, des données sur la mesure du rendement ont été recueillies.

La DG a prouvé son engagement à l'égard de la mesure du rendement. Le personnel du bureau national de la DGSPNI (entrevues des informateurs clés) et le personnel de liaison régional (sondage), ainsi qu'un examen des outils de mesure du rendement existants, ont révélé que l'on a instauré des mesures du rendement permettant d'assurer un suivi des activités au niveau des projets, des dépenses et des résultats des projets financés d'agrément et de planification de la santé. Il existe plusieurs outils permettant de recueillir des données sur la mesure du rendement au niveau des projets. En voici des exemples :

- Les bases de données sur les subventions et les contributions suivent les activités de programme et les dépenses (incluant l'ancien SGCC et l'actuel SGISC).
- L'outil de production de rapports communautaires (OPRC) permet de recueillir des données sur les résultats obtenus, par secteur de programme.
- Le Système de gestion et de planification des communautés (SGPC) contient des données sur le profil et la population de toutes les communautés des Premières Nations, inuites et innus au sud du 60^e parallèle.
- Les données au niveau des projets sont également recueillies dans le cadre des rapports annuels d'accords de contribution (AC) remis par les bénéficiaires d'un financement.

En outre, les responsables de la composante d'agrément ont mené un sondage au printemps 2015 posant des questions aux organisations financées sur les résultats associés à leurs activités d'agrément, incluant : la qualité des soins, l'utilisation des ressources et le renforcement des capacités, les avantages de l'agrément et l'expérience de l'agrément. Les données de ce sondage ont été analysées et des observations ont été tirées de plusieurs résultats des programmes : améliorations quant à la qualité des soins, améliorations de la gouvernance, du leadership et de la gestion des finances et des ressources humaines; création et mise en place de politiques et de processus qui améliorent la santé des populations.

Une meilleure stratégie de collecte des données de rendement pourrait améliorer la façon dont la DGSPNI et les organismes financés recueillent et utilisent ces données dans l'avenir.

Il serait possible d'améliorer et d'étoffer les mesures d'imputabilité pour les composantes du programme relevant du groupe d'activités de PSGQ. Tel que mentionné à la section 2.3, le résultat escompté pour le groupe d'activités de PSGQ de l'AAP de Santé Canada (3.3.1.1) est : « Capacité accrue de fournir des programmes et des services de santé ». Pour un groupe de programmes, comme la planification de la santé et la gestion de la qualité, dont le résultat est lié au renforcement des capacités, il sera important de mettre à jour la stratégie de mesure du rendement de la PSGQ pour instaurer des méthodes permettant de mesurer l'amélioration de la qualité et du contrôle, et la qualité des services offerts. Voici quelques exemples des types d'indicateurs axés sur les résultats et associés au renforcement des capacités pour la planification de la santé et la gestion de la qualité : cohésion à l'échelle communautaire, structures de gouvernance, partenariats, et ressources humaines et administration viables.

5.0 Conclusion

5.1 Pertinence – conclusions

5.1.1 Besoin continu

Les gouvernements devront continuer de jouer un rôle afin de faciliter et de renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à bâtir leurs programmes et services de santé et à en assurer la qualité. Une étude de la littérature sur les résultats relatifs à la santé révèle que l'état de santé des Premières Nations et des Inuits du Canada est moins bon que celui de la population canadienne en général. La littérature sur le développement communautaire dans les communautés des Premières Nations et inuites laisse entendre qu'une capacité et un contrôle accrus peuvent avoir un effet positif sur les programmes et services communautaires de santé dans quatre domaines clés, ce qui en retour peut mener à l'amélioration des résultats en matière de santé. Ces quatre domaines sont les déterminants sociaux de la santé, la sécurité et le savoir-faire culturel, la décentralisation et la qualité des services. Les activités de renforcement des capacités de la DGSPNI axées sur la planification de la santé et la gestion de la qualité sont conçues pour avoir une incidence sur ces quatre domaines.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les priorités du programme de planification de la santé et de gestion de la qualité s'harmonisent avec les priorités et les résultats stratégiques actuels du gouvernement du Canada et du Ministère. Par l'entremise de divers engagements, le gouvernement du Canada appuie les programmes et services de santé en collaborant avec les communautés inuites et des Premières Nations, afin de s'assurer que les programmes et services de santé sont accessibles, fiables et de qualité. Dans ses récents discours du Trône, le gouvernement du Canada s'engageait à éliminer les obstacles associés à la participation à la vie sociale et économique que vivent les Premières Nations et les Inuits, et les budgets mettaient l'accent sur la prestation de meilleurs services et la réalisation d'investissements dans les infrastructures communautaires. Les objectifs ministériels

de Santé Canada et le plan stratégique de la DGSPNI appuient l'autodétermination, les interventions communautaires et le renforcement des capacités des Premières Nations et des Inuits, ainsi que l'établissement de liens forts avec les intervenants.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

Le rôle clé que doit jouer le gouvernement fédéral est inscrit dans les différentes politiques (p. ex. Politique sur la santé des Indiens, Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens), un rôle visant à accroître le contrôle et l'imputabilité des communautés des Premières Nations et inuites en ce qui a trait à la prestation des services de santé.

Il y a une complémentarité entre les ministères fédéraux pour ce qui est des programmes qui soutiennent le renforcement des capacités; cependant, il est possible d'améliorer la coordination des activités de planification communautaire (p. ex. préparation aux situations d'urgence, planification de la santé). En ce qui a trait à la prestation des services de santé, les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux jouent des rôles distincts et il y a également des possibilités d'intégration accrue (entre ces rôles) pour combler les lacunes observées quant à la continuité des soins (p.ex. préciser les rôles relativement au financement du transport pour raison médicale).

5.2 Conclusions relatives au rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

La disponibilité et l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes ont été accrues. Des activités de recherche collaborative et de surveillance ont été entreprises avec d'autres ministères gouvernementaux, incluant les IRSC, l'Agence de la santé publique du Canada et Statistique Canada. Un partenariat de recherche a été formé avec le CGIPN pour appuyer l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, le premier sondage national sur la santé dirigé par les Premières Nations qui recueille de l'information sur la santé des populations autochtones du Nord et dans les réserves. Cependant, il existe une demande et un besoin accrus à l'égard de renseignements reposant sur des données probantes, car ce type d'information n'est pas toujours disponible dans une forme facile à exploiter pour apporter des changements ou des améliorations aux politiques.

Davantage de possibilités ont été offertes aux organisations nationales et régionales inuites et des Premières Nations de participer à la conception et à l'élaboration des programmes et des politiques de la DGSPNI. Finalisés en 2014, le protocole d'engagement de l'Assemblée des Premières Nations et l'approche de la santé d'Inuit Tapirit Kanatami ont été conçus pour intensifier les possibilités de collaboration et pour permettre aux représentants des Premières Nations et des Inuits d'influencer la prise des décisions aux niveaux de la haute direction nationale et régionale de la DGSPNI. Au niveau national, ces mécanismes garantissent la pleine participation de ces groupes aux tables de la haute direction de la DGSPNI. Au niveau régional, ces ententes officielles ont permis aux représentants des Premières Nations et des Inuits de collaborer à la conception et au développement des programmes en aidant les bureaux régionaux

de la DGSPNI à travailler directement avec les organisations des Premières Nations à leurs plans de santé régionaux et à d'autres dossiers régionaux dans le cadre de partenariats.

Certaines composantes de la PSGQ ont eu des effets positifs sur les capacités des communautés, ce qui a rehaussé la qualité des programmes et des services offerts dans les communautés des Premières Nations. La qualité des services s'est améliorée dans les communautés qui ont pris en charge la prestation et la gestion de leurs services de santé grâce à une planification de la santé ou à des activités d'agrément. Les avantages de la planification de la santé comprennent entre autres : une meilleure accessibilité aux services des programmes de santé, une meilleure connaissance des besoins des clients, une plus grande pertinence culturelle des programmes et des services de santé, une efficacité accrue des programmes grâce à la priorité accordée à des résultats mesurables et une plus grande sécurité des centres de santé communautaires. L'agrément a mené à la prestation de soins plus appropriés et plus opportuns aux patients, à la prestation de soins davantage axés sur les besoins du client et mieux adaptés culturellement, à une plus grande sécurité des patients et à une réduction du nombre d'événements indésirables. Cependant, on a constaté que les communautés ayant des capacités moins développées et bénéficiant de modèles de financement fixe n'ont pas facilement accès à une aide ou à un financement pour la planification de la santé et l'agrément.

En outre, les modèles de financement reflètent dans l'ensemble les capacités des communautés des Premières Nations à prendre en charge et à contrôler la prestation et la gestion de programmes de santé dans les réserves, mais il y a des exceptions. Dans certains cas, les communautés des Premières Nations bénéficiaires choisissent de prendre en charge la prestation des services de santé en maintenant un accord de contribution dans le cadre d'un modèle de financement moins souple (c.-à-d. rester dans le cadre d'un modèle de financement fixe ou souple, plutôt que de choisir un modèle de financement global). Parmi les éléments qui facilitent les transitions vers d'autres modèles de financement, on trouve un leadership efficace en matière de santé de la part des communautés des Premières Nations ainsi qu'une liaison permanente du personnel régional de la DGSPNI avec les communautés des Premières Nations.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Certaines activités de planification de la santé et de gestion de la qualité ont tiré efficacement parti de l'expertise et des capacités des organisations des Premières Nations afin d'améliorer la prise en charge et le contrôle communautaires, notamment des investissements limités dans le CGIPN pour soutenir les activités de l'ERS et enclencher la dynamique nécessaire à des projets de recherche sur la santé dirigés par les Premières Nations et leur appartenant à part entière. Également, la composante d'agrément, qui repose sur des investissements limités, reposait sur les ressources et l'expertise des communautés afin d'améliorer les programmes et services de santé.

D'autres gains en efficacité pourraient être réalisés en améliorant l'échange d'information et la collaboration relativement aux activités de PSGQ entre les programmes et les bureaux régionaux de la DGSPNI. Même si cette collaboration existe à divers degrés, il faudrait adopter une approche davantage intégrée à l'égard de la prestation de services de santé pour les Premières Nations et les Inuits à l'échelle des programmes communautaires.

6.0 Recommandations

Recommandation 1

Évaluer et renforcer les processus et les outils afin d'améliorer les possibilités pour toutes les communautés des Premières Nations de développer leurs capacités de prise en charge et de contrôle, particulièrement pour les communautés ayant des capacités initiales moindres.

Les communautés des Premières Nations présentant des niveaux de capacité variables nécessitent des approches différentes pour que soient maximisées leurs occasions d'exercer une prise en charge et un contrôle. Des difficultés en matière de capacités sont plus susceptibles de se produire dans les communautés éloignées et isolées, les petites communautés ainsi que les communautés en crise. Parmi ces difficultés, notons une planification stratégique limitée en cours, un accès limité à du financement pour la planification de la santé, ainsi qu'une difficulté à attirer et à maintenir en poste des ressources humaines dans plusieurs communautés éloignées et isolées. Parmi les mesures de soutien personnalisées pour répondre à ces besoins uniques en termes de capacité, mentionnons de la formation et des outils additionnels, la mise à profit du réseautage (mentorat) et des meilleures pratiques des autres communautés, la formation de partenariats avec d'autres intervenants à l'échelle régionale, et un engagement communautaire continu avec le personnel de la DGSPNI chargé de la liaison régionale. Un guide de la planification de la santé a récemment été lancé par la DGSPNI afin d'aider les communautés qui bénéficieraient le plus d'une capacité accrue.

Recommandation 2

Améliorer l'échange d'information et la collaboration relativement aux activités de planification de la santé et de gestion de la qualité dans tous les programmes et les bureaux régionaux de la DGSPNI.

Une collaboration améliorée au sein de la DGSPNI mènerait à une approche davantage intégrée et adaptée à la culture à l'égard de la prestation de services de santé pour les Premières Nations et les Inuits dans toutes les régions et tous les programmes communautaires. Par exemple, il est possible d'intégrer les normes d'agrément à d'autres documents d'orientation qui soutiennent le renforcement des capacités dans les programmes communautaires, comme le bien-être mental et un mode de vie sain; de procéder au partage des meilleures pratiques à l'égard du renforcement des capacités dans toute la Direction générale, surtout au niveau opérationnel et dans tous les bureaux régionaux, et de continuer à améliorer le savoir-faire culturel du personnel dans divers rôles de renforcement des capacités.

Recommandation 3

Actualiser la stratégie de mesure du rendement de la DGSPNI requise afin de mieux mesurer les résultats.

Une stratégie de mesure du rendement à jour est nécessaire pour établir des méthodes permettant de mesurer les capacités accrues et le contrôle, ainsi que la qualité des services offerts. Voici quelques exemples des types d'indicateurs axés sur les résultats et associés au renforcement des capacités pour la planification de la santé et la gestion de la qualité : cohésion à l'échelle communautaire, structures de gouvernance, partenariats, et ressources humaines et administration viables.

Annexe 1 – Modèles de financement

- La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a divers accords de contribution qui servent de véhicules pour l'administration et la gestion des programmes et des services de santé des communautés des Premières nations et inuites. Cela s'inscrit dans l'orientation stratégique de la DGSPNI, qui consiste à transférer l'autonomie et la prise en charge des programmes à ces communautés conformément à un calendrier établi en consultation avec celles-ci.
- Ces accords diffèrent en fonction du degré de prise en charge, de leur souplesse, de l'autorisation, des exigences en matière de rapports ainsi que de la reddition de comptes, et se classent par modèle de financement. Les communautés des Premières nations et inuites qui veulent avoir plus de contrôle sur leurs services de santé peuvent choisir parmi différents modèles de financement, compte tenu de leur admissibilité, de leurs intérêts, de leurs besoins et de leur capacité.
- En 2011, les autorisations de financement renouvelées (regroupement des autorisations – Programme de contributions relatives à la santé des Premières Nations et des Inuits) comprenaient l'introduction de nouveaux modèles de financement pour permettre à la DGSPNI de réduire le fardeau des bénéficiaires en matière de production de rapports et d'harmoniser les accords de contribution avec la capacité des bénéficiaires de concevoir, de gérer et de contrôler leurs programmes et services pour répondre aux besoins des populations cibles.

Un aperçu des modèles de financement est donné ci-après.

1. **Modèle de financement fixe**

- La DGSPNI conçoit les programmes.
- Les bénéficiaires peuvent réorienter les activités au sein d'une même sous-sous-activité (avec l'approbation écrite de la ministre).
- Des rapports préliminaires et de fin d'exercice doivent être soumis.
- La durée des accords peut aller jusqu'à trois (3) ans.

2. **Modèle de financement souple**

- Les bénéficiaires doivent établir un plan de travail pluriannuel, notamment une structure de gestion de la santé.
- Les bénéficiaires peuvent réaffecter les fonds liés à une même autorisation de programme ainsi que reporter des fonds (avec l'approbation écrite de la ministre) afin de les réinvestir au cours de l'exercice suivant pour la même autorisation de programme.
- Des rapports annuels, y compris des rapports de vérification de fin d'exercice, doivent être soumis.
- La durée des accords peut être de deux (2) à cinq (5) ans.

3. Modèle de financement global

- Les bénéficiaires définissent leurs priorités en matière de santé, élaborent un plan de santé en conséquence et établissent leur structure de gestion de la santé.
- Les bénéficiaires peuvent réaffecter les fonds entre toutes les autorisations et conserver les fonds excédentaires pour les réinvestir en fonction des priorités (qui figurent dans le plan de santé approuvé).
- Des rapports annuels et des rapports de vérification de fin d'exercice doivent être soumis ainsi qu'un rapport d'évaluation tous les cinq (5) ans.
- La durée des accords peut être de cinq (5) à dix (10) ans.

Annexe 2 – Modèle logique

MODÈLE LOGIQUE DES SOUS-SOUS ACTIVITÉS DE PLANIFICATION DE LA SANTÉ ET DE GESTION DE LA QUALITÉ					
Objectif	Renforcer la capacité à concevoir, à gérer, à offrir et à évaluer des programmes et des services de santé de qualité grâce à la planification, à la gestion et à l'infrastructure, ainsi qu'à favoriser la recherche, l'information et le savoir sur la santé (en plus d'en faciliter l'accès) pour orienter tous les aspects des programmes et des services de santé.				
Groupe cible	Tous les bénéficiaires admissibles				
Thèmes	Prestation de services	Renforcement des capacités	Collaboration et participation des intervenants	Collecte, analyse et surveillance des données	Élaboration de politiques et partage des connaissances
Extrants	Agréments	Gestion et planification en santé Séances de formation Activités de planification Soutien de réseaux	Activités de consultation et de liaison en matière de santé/processus collaboratifs Réseaux Comités consultatifs et groupes de travail	Rapports des bénéficiaires Recherche et collecte de données, analyses et production de rapports Données sur les tendances d'agrément Outils et rapports d'évaluation	Documents (politiques, normes, cadres de travail, rapports) Processus de collaboration
Résultats immédiats	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien d'approches stratégiques durables, harmonisées et concertées. • Amélioration de la collaboration à la planification des programmes et des services. • Participation accrue des Premières Nations et des Inuits aux programmes et aux politiques, notamment à l'exercice d'une influence sur leur conception et leur élaboration. • Sensibilisation accrue des responsables en santé et des fournisseurs de soins aux activités de planification et de gestion de la qualité. 				
Résultats intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> • Information fondée sur des données probantes afin de soutenir les décisions liées aux programmes et aux politiques. • Exercice d'un contrôle accru par les Premières Nations et les Inuits sur les stratégies de planification de la santé et d'amélioration de la qualité en fonction de normes adaptées à la culture. • Amélioration de la qualité et de la prestation des programmes et des services. 				
Résultats à long terme	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la capacité des Premières Nations et des Inuits d'influer sur les programmes et les services de santé et de les administrer (conception, prestation et gestion). 				

Source : Regroupement des autorisations – Programme de contributions relatives à la santé des Premières Nations et des Inuits – Annexe 7 : Renseignements supplémentaires sur l'autorisation relative au soutien de l'infrastructure de la santé, 2011

Annexe 3 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

Cette évaluation couvrait la période d'avril 2010 à mars 2015 et comprenait les quatre composantes des activités de la DGSPNI, soit la planification de la santé (gouvernance), l'agrément, la consultation et la liaison en matière de santé, et la recherche en santé.

Elle excluait les autres activités de la DG, soit le Fonds d'intégration des services de santé, Ressources humaines et Cybersanté. L'Entente sur le mieux-être dans le Nord, l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales ont été exclues car il est difficile de déterminer le rôle du gouvernement fédéral compte tenu du leadership exercé par les gouvernements territoriaux dans la gestion des ressources. En outre, les communautés inuites n'ont été incluses que dans le volet consultation et liaison en matière de santé.

Questions d'évaluation

Les questions d'intérêt visées par l'évaluation s'harmonisaient avec les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor. Ces questions se trouvent dans le tableau qui suit. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément 1 Besoin continu du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le besoin, actuel et prévu, en ce qui a trait au renforcement de la capacité des communautés des Premières Nations et des Inuits du point de vue de la conception, de la gestion, de l'évaluation et de la prestation de programmes et de services de santé au Canada? • Quel est le lien entre l'amélioration de la capacité et du contrôle des communautés (notamment l'adoption de modèles de financement plus souples en santé) et l'amélioration des résultats en matière de santé?
Élément 2 Harmonisation avec les priorités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral en ce qui a trait au renforcement de la capacité en vue d'améliorer les programmes et les services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites? • Quelles sont les priorités de Santé Canada à l'égard du renforcement de la capacité en vue d'améliorer les programmes et les services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites?
Élément 3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none"> • Quel est le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait au renforcement de la capacité en vue d'améliorer les programmes et les services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites? Les activités en cours correspondent-elles à ce rôle? • Ce rôle vient-il chevaucher ou compléter le rôle d'autres intervenants? Y a-t-il des lacunes ou des chevauchements?
Rendement (efficacité, économie et efficience)	
Élément 4 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure l'information fondée sur des données probantes a-t-elle été rendue plus accessible pour faciliter les décisions relatives aux programmes et aux politiques?

	<ul style="list-style-type: none"> • La collaboration (consultation et partenariats) des Premières Nations et des Inuits avec des partenaires et autres intervenants s'est-elle accrue en matière de planification de programmes et de services? De quelles façons? • Les Premières Nations et les Inuits ont-ils eu davantage de possibilités de participer aux programmes et aux politiques et d'exercer une influence sur leur conception ou leur élaboration? De quelles façons? • La qualité et la prestation de programmes et de services se sont-elles améliorées? • Quels types de mesures de soutien ou d'activités facilitent la transition vers l'adoption de modèles de financement plus souples? Quelles sont les difficultés à relever? • Le contrôle et la responsabilité des Premières Nations et des Inuits à l'égard de la planification de la santé et des stratégies d'amélioration de la qualité se sont-ils améliorés?
Élément 5 Démonstration d'économie et d'efficience	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités de PSGQ ont-elles été menées de façon efficace? • Le programme a-t-il produit ses extrants et atteint ses résultats de la manière la plus économique possible? Comment pourrait-on améliorer cet aspect en particulier? • Comment le processus de mesure du rendement est-il appliqué?

Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de différentes sources. Les sources d'information suivantes ont été utilisées dans le cadre de la présente évaluation :

Analyse documentaire

- Une recherche dans la littérature canadienne et internationale des cinq dernières années au moyen des termes suivants : « autodétermination », « souplesse », « contrôle local », « renforcement des capacités », « services de santé », « programmes de santé », « résultats relatifs à la santé », « besoins locaux », « financement de la santé », « modèles de financement », « Premières Nations », « Inuits », « Autochtones », « Indiens ».
- Après avoir analysé les documents pour s'assurer de leur pertinence, 35 articles ont été examinés.

Examen des documents et des dossiers, ainsi que des évaluations précédentes

- L'objectif principal d'un examen de la documentation est de permettre une meilleure compréhension de la théorie sous-jacente des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité au sein de la DGSPNI, de la prestation des activités et des résultats au cours de la période quinquennale couverte par la présente évaluation.
- Environ 180 documents applicables aux activités de planification de la santé et de gestion de la qualité détenus par la DGSPNI, ainsi que de la documentation externe.
- Examen d'une évaluation antérieure couvrant la période allant d'avril 2005 à mars 2010.

Examen des données financières

- Une analyse des données financières aide à répondre aux questions relatives à l'efficacité, à l'efficience et à l'économie.
- Un examen des données financières de 2010-2011 à 2014-2015 a été effectué, axé sur les dépenses réelles.

Entrevues avec des informateurs clés

- Des entrevues ont été réalisées auprès de 43 intervenants : Santé Canada, direction et personnel de la DGSPNI (n=28), autres ministères ou organismes fédéraux (n=6), autres représentants non gouvernementaux (n=7) et experts externes (n=2).
- Les questionnaires d'entrevue ont été conçus et légèrement modifiés afin d'être mieux adaptés à chaque groupe d'intervenants en particulier. Les guides étaient fondés sur les enjeux et les questions de l'évaluation cernés dans la grille d'évaluation. Ils ont été conçus en utilisant un format semi-structuré, y compris des questions approfondies lorsque cela était utile. Les entrevues semi-structurées fondées sur plusieurs questions clés aident à définir les secteurs à explorer et permettent également à la personne dirigeant l'entrevue ou à l'informateur clé de s'éloigner du sujet afin d'approfondir une idée ou de répondre plus en détail. La souplesse de cette approche, particulièrement lorsqu'on la compare aux entrevues structurées ou aux groupes de consultation, permet aussi la découverte ou l'élaboration de renseignements qui sont importants pour les participants, mais qui n'étaient pas considérés comme étant pertinents par l'équipe de l'évaluation.
- Les entrevues ont été menées en personne (lorsque cela était possible) ou par téléphone.
- Elles ont été enregistrées, avec le consentement du participant, et retranscrites au besoin. Les données ont été codées et analysées avec l'aide du logiciel NVIVO.

Sondages

- Un sondage en ligne a été mené par le Bureau de la vérification et de l'évaluation auprès du personnel de liaison régional de la DGSPNI. Le sondage donnait à ces employés la possibilité de transmettre leurs connaissances et opinions sur la mise en œuvre des activités de planification de la santé (gouvernance) de la DGSPNI. Les commentaires recueillis, plus particulièrement sur le rôle de la DGSPNI et la mise en place ou l'incidence de ces activités, ont aidé à évaluer leur pertinence et leur efficacité. Le sondage a été lancé le 14 septembre 2015 et s'est terminé le 16 octobre 2015. Un rappel a été envoyé après deux semaines et un dernier rappel a été envoyé après trois semaines. Il a été soumis à 83 personnes-ressources proposées par la direction dans six bureaux régionaux de la DGSPNI (à l'exception des régions de la Colombie-Britannique et du Nord). On a compté 44 sondages entièrement ou partiellement remplis, pour un taux de réponse de 53 %. Il a fallu en moyenne 51 minutes à chacun des répondants pour remplir le sondage.
- Un sondage en ligne a été mené par le Bureau de la vérification et de l'évaluation auprès des responsables des services de santé communautaires des Premières Nations. Le sondage donnait à ces intervenants communautaires la possibilité de transmettre leurs connaissances et opinions sur la mise en œuvre des activités de planification de la santé (gouvernance) de la DGSPNI. Les commentaires recueillis, plus particulièrement sur le rôle de la DGSPNI et la mise en place ou l'incidence de ces activités communautaires, ont aidé à évaluer leur pertinence et leur efficacité. Le sondage a été lancé le 23 octobre 2015 et s'est terminé le 13 novembre 2015. Un rappel a été envoyé après deux semaines et un dernier rappel a été envoyé après trois semaines. Il a été soumis à 171 personnes-ressources proposées par le personnel de liaison régional des bureaux régionaux de la DGSPNI. On a compté 50 sondages entièrement ou partiellement remplis, pour un taux de réponse de 27 %. Il a fallu en moyenne 75 minutes à chacun des répondants pour remplir le sondage.

Études de cas

- Les études de cas visaient à recueillir des renseignements propres aux sites sur la mise en œuvre et l'incidence.
- Cinq études de cas sur la planification de la santé (gouvernance) ont été réalisées et chacune incluait un examen de la documentation, un questionnaire écrit et des entrevues de suivi avec le personnel de liaison régional de la DGSPNI.
- Les études de cas étaient stratifiées par région – à l'échelle du Canada (est, ouest, nord); par modèle de financement – global ou souple; par montants du financement – du financement le plus élevé au moins élevé; par durée de l'entente de financement – long terme à récente; et par éloignement – communautés très isolées à celles près des centres urbains. Également, selon le critère de l'autodétermination, l'évaluation se penchait sur les projets ayant toujours bénéficié d'un modèle de financement global; les projets qui ont migré d'un modèle de financement souple à global, et les projets qui ont conservé un modèle de financement souple.
- Les organisations et communautés des Premières Nations suivantes ont été identifiées par le personnel de liaison régional de la DGSPNI comme étant des communautés où l'on a dégagé des pratiques exemplaires et des enseignements qui méritent d'être examinés : Première Nation Waycobah (Atlantique), Bande des Montagnais de Pakua Shipi (Québec), Kingfisher Lake (Ontario), Première Nation Ojibway de Sandy Bay (Manitoba) et Première Nation Piapot (Saskatchewan).

Données sur la mesure du rendement (rendement des projets)

- Les analyses comprenaient un examen des données sur le rendement des activités de programmes recueillies par la DGSPNI entre 2010-2011 et 2014-2015, incluant les bases de données sur les subventions et contributions servant à suivre l'administration des données financières des programmes et les activités connexes (ancien SGCC et SGISC actuel); l'OPRC permet de recueillir des données sur les extraits des programmes; et le SGPC contient toutes les données sur le profil et la population de toutes les communautés des Premières Nations, innus et inuites au sud du 60^e parallèle.
- Les données sur les projets sont également recueillies dans le cadre des rapports annuels des accords de contribution (AC).

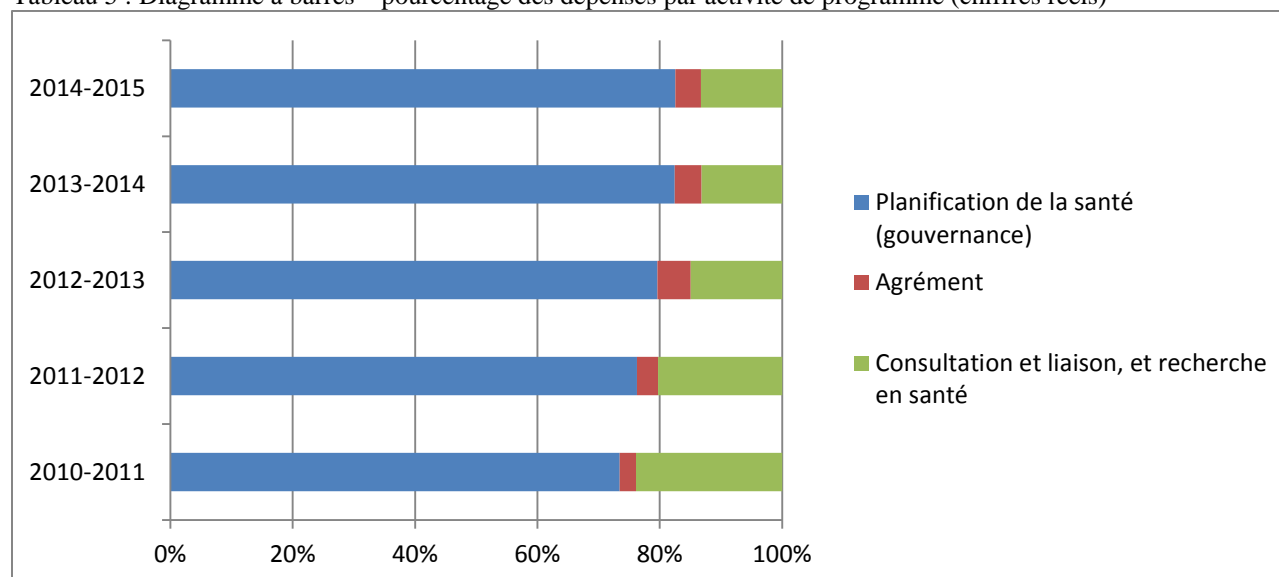
Les données, recueillies à partir des différentes sources et au moyen des diverses méthodes énumérées ci-dessus, ont été soumises à la triangulation. Cette analyse comprenait également une compilation systématique, un examen et une synthèse des données afin d'illustrer les principales constatations; une analyse thématique des données qualitatives; et une analyse comparative des données provenant de diverses sources afin de valider les constatations générales.

Annexe 4 – Dépenses réelles par activité de programme

Tableau 4 : Dépenses totales par activité de programme (chiffres réels)

	2010-2011		2011-2012		2012-2013		2013-2014		2014-2015	
	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%	\$	%
Planification de la santé (gouvernance)	98 756 884	73	111 834 994	76	104 960 326	72	99 196 910	82	93 277 310	83
Agrément	3 591 934	3	5 095 914	3	6 259 698	5	5 240 160	4	4 736 886	4
Consultation en matière de santé / liaison et recherche en santé	32 119 620	24	29 761 431	20	17 297 738	13	15 865 541	13	15 011 411	13
Total	134 468 438	100	146 692 339	100	128 517 762	100	120 302 611	100	113 025 607	100

Tableau 5 : Diagramme à barres – pourcentage des dépenses par activité de programme (chiffres réels)



Annexe 5 – Résumé des conclusions

Gradation des constatations

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

Symboles de gradation de la pertinence et signification

Un résumé des gradations de la pertinence est présenté dans le tableau 1 ci-dessous. Une description des symboles de gradation de la pertinence et de leur signification figure dans la légende.

Tableau 1 : Symboles de gradation de la pertinence et signification

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
Besoin continu du programme			
Quelle est la nature du lien entre l'amélioration de la capacité et du contrôle des communautés (notamment l'adoption de modèles de financement plus souples en santé) et l'amélioration des résultats en matière de santé?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves établissant des liens entre une souplesse accrue, le contrôle, les capacités et l'évolution des résultats en matière de santé. 	Élevé	Une capacité et un contrôle accrus peuvent avoir un effet positif sur les programmes et services communautaires de santé dans quatre domaines clés, ce qui en retour peut mener à l'amélioration des résultats en matière de santé. Ces quatre domaines sont les déterminants sociaux de la santé, la sécurité et le savoir-faire culturel, la décentralisation et la qualité des services (accès, continuité et intégration).
Quel est le besoin, actuel et prévu, en ce qui a trait au renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et des Inuits du point de vue de la conception, de la gestion, de l'évaluation et de la prestation de programmes et de services de santé au Canada visant à améliorer les résultats en matière de santé?	<ul style="list-style-type: none"> Preuves établissant les besoins actuels et prévus liés au renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et des Inuits du point de vue de la conception, de la gestion, de l'évaluation et de la prestation de programmes et de services de santé au Canada. Preuve d'activités du programme dont la portée est en lien avec les besoins actuels. Opinions des intervenants sur le lien entre le programme et les besoins. 	Élevé	<p>L'état de santé de nombreux peuples autochtones du Canada est moins bon que celui de la population canadienne en général. La recherche a révélé que les initiatives dirigées, élaborées et gérées par les Premières Nations et les Inuits ont les meilleures perspectives de succès et sont les plus efficaces pour améliorer la qualité des systèmes de soins de santé. Alors que les Premières Nations et les Inuits prennent la responsabilité de leurs programmes et services de santé, il importe que les gouvernements continuent de jouer un rôle pour faciliter et renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à bâtir leurs programmes et services de santé et à en maintenir la qualité.</p> <p>À divers degrés, les composantes de la PSGQ examinées pour cette évaluation visent à améliorer les résultats relatifs à la santé en renforçant la capacité des Premières Nations et des Inuits à prendre en charge et à contrôler leurs programmes et services de santé dans chacun de ces quatre secteurs intermédiaires.</p>

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Septembre 2016

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement			
Quel est le rôle du gouvernement fédéral en ce qui a trait au renforcement des capacités en vue d'améliorer les programmes et les services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites? Les activités de programme sont-elles harmonisées avec ce rôle?	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs du programme sont harmonisés avec ceux de l'administration fédérale. Les objectifs du programme cadrent avec le mandat et les rôles de l'organisation. 	Élevé	Le rôle du gouvernement fédéral relativement aux services de santé des Premières Nations et des Inuits a été décrit dans ces lois et politiques : <i>Loi sur les Indiens</i> (1876), Politique sur la santé des Indiens (1979) et Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1988). Ces documents officialisent l'engagement du gouvernement à s'assurer que les organisations et les communautés des Premières Nations et inuites puissent participer aux processus décisionnels concernant la planification et la prestation des services de santé.
Ce rôle vient-il chevaucher ou compléter le rôle d'autres intervenants? Y a-t-il des lacunes ou des chevauchements?	<ul style="list-style-type: none"> Existence/absence d'autres programmes qui complètent les objectifs du programme ou font double emploi avec ce dernier Points de vue sur les programmes qui complètent, chevauchent ou reproduisent la participation de Santé Canada. 	Élevé	Bien que les mandats des ministères fédéraux et leurs programmes soient distincts, il importe d'adopter une approche plus globale entre les ministères afin de soutenir le renforcement des capacités des communautés des Premières Nations et inuites à améliorer leurs programmes et services de santé. Il n'y a pas de rôle distinct entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux. Il serait possible d'améliorer l'intégration entre ces administrations pour combler les lacunes du continuum de soins qui risquent d'avoir des conséquences négatives sur la prestation de soins de santé aux membres des Premières Nations et aux Inuits.
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Quelles sont les priorités du gouvernement fédéral en ce qui a trait au renforcement de la capacité en vue de soutenir les programmes et les services de santé dans les communautés des Premières Nations et inuites?	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs du programme correspondent aux priorités fédérales récentes et actuelles 	Élevé	Les activités de planification de la santé et de gestion de la qualité sont conformes aux priorités et aux résultats stratégiques du gouvernement du Canada et du Ministère quant au renforcement des capacités des Premières Nations et des Inuits à gérer des services de santé et à remédier aux inégalités en matière de santé qui touchent les communautés des Premières Nations et inuites.
Quelles sont les priorités de Santé Canada à cet égard? Points d'évaluation et questions – Rendement	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs du programme sont harmonisés avec les résultats stratégiques du Ministère et y contribuent. 	Élevé	Les priorités du gouvernement fédéral se sont reflétées dans les discours du Trône et les budgets de 2010 à 2015. La priorité du Ministère, selon laquelle les Premières Nations et les Inuits doivent recevoir des soins de santé répondant à leurs besoins, est directement formulée dans l'architecture d'alignement des programmes de Santé Canada, les Rapports sur les plans et priorités au niveau de la Direction générale et dans le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits.

Symboles de gradation du rendement et signification :

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Septembre 2016

Un résumé des gradations du rendement est présenté dans le tableau 2 ci-dessous. Une description des symboles de gradation du rendement et de leur signification figure dans la légende.

Tableau 2 : Symboles de gradation du rendement et signification

Élément	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Dans quelle mesure une information fondée sur des données probantes a-t-elle été mise à la disposition des intervenants concernés pour faciliter la prise des décisions sur les programmes et les politiques?	<ul style="list-style-type: none"> Preuve (selon les données sur le rendement) établissant que de l'information tirée de recherches et des données sur la santé (politiques, normes, cadres, documents et rapports) ont été utilisées pour soutenir les programmes et les politiques. Preuve établissant que les fonctions de recherche ont évolué (adaptabilité) pour répondre aux attentes des communautés des Premières Nations et en fonction de leurs incidences. Opinions sur la prestation ou l'utilité de cette information et ses résultats ou incidences. 	Progrès réalisés; travail supplémentaire justifié	<p>La disponibilité et l'utilisation de l'information fondée sur des données probantes ont été accrues. La DGSPNI facilite la création de données probantes en optimisant et en influençant les programmes et initiatives de recherche d'autres organisations fédérales et en formant des partenariats avec des organisations des Premières Nations. Grâce à son soutien à l'Enquête régionale sur la santé, la prise en charge et le contrôle, par les Premières Nations, de l'information sur la santé se sont améliorés.</p> <p>Les recherches et analyses fondées sur des données probantes étayaient les décisions et la production des rapports au sein de la DGSPNI et de l'Assemblée des Premières Nations. Une application des connaissances plus soutenue entraînerait une utilisation accrue de cette information au sein de la DGSPNI et à l'externe, aux niveaux régional et communautaire. Les connaissances sont inégales quant à la disponibilité et l'accessibilité des données et de l'information générées, mais également en ce qui a trait à la capacité des régions et communautés à analyser et utiliser ces données.</p>
Le programme a-t-il amélioré les occasions pour les Premières Nations et les Inuits de participer à la conception et à l'élaboration des programmes et des politiques et d'influer sur le processus?	<ul style="list-style-type: none"> Preuve (selon les données sur le rendement) établissant de plus nombreuses occasions pour les Premières Nations et les Inuits de participer à la conception et à l'élaboration des programmes et des politiques et d'influer sur le processus. Opinions sur l'atteinte de ce résultat et l'utilité de la planification de la santé, ainsi que sur les obstacles à cet égard. Participation des organisations des Premières Nations et inuites aux processus de gouvernance de la santé. Preuve établissant que la planification et la prise des décisions sur les programmes et services reposaient sur des consultations et des partenariats avec des organisations des Premières Nations et inuites. 	Progrès réalisés (nous n'avons pas été en mesure de mesurer les résultats)	<p>Des progrès ont été réalisés en ce qui a trait au renforcement des mécanismes mis à la disposition des représentants des Premières Nations et des Inuits pour influencer la prise des décisions au niveau de la haute direction nationale et régionale. Finalisés en 2014, le protocole d'engagement de l'Assemblée des Premières Nations et l'approche de la santé de l'Inuit Tapirit Kanatami visaient à accroître les possibilités de collaboration et à permettre aux représentants des Premières Nations et des Inuits d'influencer le processus décisionnel de la haute direction de la DGSPNI aux niveaux national et régional, grâce à leur participation aux travaux des comités de la haute direction. Il est encore trop tôt pour déterminer si les représentants des Premières Nations et des Inuits ont réussi à influencer les processus décisionnels d'une manière constructive grâce à ces mécanismes.</p>

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Élément	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
La collaboration (consultation et partenariats) des Premières Nations et des Inuits avec des partenaires et autres intervenants s'est-elle accrue en matière de planification de programmes et de services?	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve (selon les données sur le rendement) établissant une collaboration et des partenariats accrus avec des intervenants clés (comprenant le nombre et la nature des partenariats existants). • Évolution des fonctions de consultation et de liaison au cours des cinq dernières années. • Opinions sur l'atteinte de ces résultats et leurs retombées ou incidences. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>Même si l'intensification de l'engagement demeure un objectif permanent, les représentants des Premières Nations et des Inuits ont davantage d'occasions de collaborer et de participer à la conception et au développement des programmes et des politiques aux niveaux national, régional et communautaire. Cet engagement plus soutenu peut donner aux représentants des Premières Nations et des Inuits l'occasion d'influencer la conception et l'élaboration des programmes et des services.</p> <p>Au-delà des mécanismes nationaux officiels et des protocoles, on observe une tendance vers une plus grande collaboration de la DGSPNI avec les représentants des Premières Nations et des Inuits (cadres régionaux de la DGSPNI et autres représentants de la DG). Les consultations sont plus fréquentes entre la DGSPNI et les représentants des gouvernements provinciaux sur des questions liées aux programmes et services de santé des Premières Nations et des Inuits. En outre, la planification de la santé et l'agrément ont permis de sensibiliser les communautés des Premières Nations à l'importance des partenariats et de la collaboration à tous les niveaux.</p>
Quels types de mesures de soutien ou d'activités sont les plus efficaces pour faciliter la transition vers des modèles de financement plus souples? Quelles sont les difficultés à relever?	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve établissant qu'une transition vers des modèles de financement plus souples reflète la prise en charge et le contrôle des programmes et services de santé par les Premières Nations et les Inuits, ou autres indicateurs reflétant cette prise en charge et ce contrôle. • Changement quant au nombre et au pourcentage de communautés par mécanisme de financement entre 2010 et 2015 (et avant, si possible). • Preuve (selon les données sur le rendement) des types de mesures de soutien ou d'activités qui sont les plus efficaces pour faciliter la transition vers des modèles de financement plus souples. • Opinions sur l'atteinte de ce résultat, y compris les défis et les obstacles. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>La répartition des modèles de financement (fixe, souple et global) n'a pas beaucoup changé depuis 2010. Même s'il existe des exceptions notables, les modèles de financement sont le reflet des capacités des communautés bénéficiaires à gérer et offrir des services de santé. Les exceptions sont liées à des décisions sur la gouvernance communautaire, à des difficultés qui vont au-delà des services de santé (déterminants de la santé) et à la décision d'exercer un contrôle et une prise en charge en vertu de la clause relative aux médicaments du Traité n° 6.</p> <p>La transition vers des modèles de financement plus souples peut prendre plusieurs années. Les éléments qui facilitent cette transition sont les suivants : engagement précoce et continu entre le personnel de liaison régional de la DGSPNI et les communautés, possibilités de formation pour les communautés, soutien communautaire offert, plus particulièrement, par le truchement d'un directeur de la santé efficace et compétent, financement de la planification de la santé, processus d'agrément et occasions pour les communautés de faire connaître leurs pratiques exemplaires et d'encadrer d'autres communautés.</p>
Le contrôle et la prise en charge des Premières Nations et des Inuits à l'égard de la planification de la santé et des stratégies d'amélioration de la qualité se sont-ils améliorés?	<ul style="list-style-type: none"> • Preuve (selon les données sur le rendement) établissant une intensification du contrôle et de la prise en charge de la planification de la santé et des stratégies d'amélioration de la 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>Les communautés des Premières Nations participent davantage aux activités d'agrément et de planification de la santé. Cette participation aux processus visant à élaborer des plans de santé et à répondre aux critères d'agrément aide les Premières Nations à</p>

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Septembre 2016

Élément	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
	<p>qualité par les Premières Nations et les Inuits.</p> <ul style="list-style-type: none"> Opinions sur l'atteinte de ce résultat, ainsi que sur les obstacles. 		<p>exercer un contrôle et à prendre en charge les services de santé en renforçant leurs capacités de gérer et d'offrir des services de santé au niveau de la communauté. Les programmes ont permis d'optimiser les forces des communautés ayant déjà de solides capacités en matière de prestation de programmes et services de santé.</p> <p>L'approche de la DGSPNI au renforcement des capacités communautaires est plus efficace lorsqu'elle s'adapte aux capacités existantes des communautés. Certaines communautés des Premières Nations éprouvent de la difficulté à participer aux activités de planification de la santé et d'agrément et ont besoin d'une forme de soutien et de possibilités adaptées pour répondre à leurs besoins particuliers. Parmi les mesures de soutien personnalisées, mentionnons la mise à profit du réseautage et la formation de partenariats avec d'autres intervenants à l'échelle régionale, et un soutien continu du personnel de liaison régional de la DGSPNI.</p>
La qualité et la prestation de programmes et de services se sont-elles améliorées?	<ul style="list-style-type: none"> Preuve établissant l'amélioration de la qualité des programmes et services : accessibilité, souci du client, savoir-faire culturel, efficacité, efficience, sécurité. Opinions sur l'atteinte de ce résultat, ainsi que sur les obstacles. Nombre et pourcentage de communautés accédant à des services de santé (agréés) 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>Même si l'amélioration de la qualité est un résultat à long terme permanent et qu'il y a encore des difficultés, la qualité des services de santé offerts dans les réserves s'est améliorée selon les six critères du Cadre stratégique pour l'amélioration de la qualité de la DGSPNI. Ces améliorations ont été surtout constatées dans les communautés des Premières Nations qui ont mis en place des activités de planification de la santé et d'agrément. (1) Accessibilité : meilleure intégration des services de santé et partenariats; (2) Souci du client : mobilisation accrue des membres de la communauté et connaissance des besoins du client; (3) Savoir-faire culturel : plus grande pertinence culturelle et uniformité des programmes; (4) Efficacité : recours accru à des résultats mesurables et preuves établissant les progrès accomplis; (5) Efficience : bonne gouvernance et utilisation efficace des ressources; (6) sécurité : réduction des effets néfastes et sécurité accrue pour les clients.</p>
Démonstration d'économie et d'efficience			
Les activités de PSGQ ont-elles été menées de la manière la plus efficace possible?	<ul style="list-style-type: none"> Développement et mise en œuvre d'une formule de financement révisée pour l'agrément. La planification et l'établissement des priorités reposent sur une planification et un processus décisionnel simplifiés, et le recours à la gestion du risque. Rapidité du versement du financement du 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>Un certain nombre de gains en efficacité ont été relevés relativement à la conception et à l'exécution des programmes. Par exemple, la formule de financement pour la composante d'agrément est systématique, objective et utile pour déterminer le financement de façon équitable.</p> <p>On pourrait réaliser d'autres gains en efficacité. Même si l'on observe une bonne collaboration aux divers niveaux et entre les</p>

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Septembre 2016

Élément	Indicateurs	Cote globale	Sommaire
	<p>programme de PSGQ.</p> <ul style="list-style-type: none"> Les bénéficiaires d'un financement pour la PSGQ ont accès aux outils et aux connaissances nécessaires pour être efficaces. 		<p>programmes de la DGSPNI, il faudrait adopter une approche davantage intégrée et adaptée à la culture à l'égard de la prestation de services de santé pour les Premières Nations et les Inuits dans toutes les régions et tous les programmes communautaires. Il importe d'alléger le fardeau associé à la production des rapports pour les bénéficiaires et de limiter les dédoublements. Il serait également possible de préciser les processus et outils comptables (gestion du risque, processus simplifiés, rapidité du financement), et de mieux les faire connaître aux bénéficiaires des accords de contribution. Cela suppose de meilleures relations de travail et de meilleurs processus avec d'autres ministères fédéraux.</p>
<p>Est-ce que Santé Canada a atteint les objectifs et les résultats attendus de la façon la plus économique possible? Quels étaient les obstacles qui ont freiné l'optimisation des ressources?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles, et conséquences. Nombre de ressources mises à profit. 	<p>Atteint</p>	<p>Certaines composantes du programme de planification de la santé et de gestion de la qualité ont tiré efficacement parti de l'expertise et des capacités des organisations des Premières Nations afin de soutenir une prestation de programme rentable. La composante d'agrément a permis d'optimiser l'expertise des communautés pour améliorer les programmes et services grâce à un investissement limité. La composante de recherche sur la santé, bénéficiant aussi d'investissements limités au cours des vingt dernières années pour soutenir le développement et la mise en œuvre des activités liées à l'Enquête régionale sur la santé, a contribué à créer une dynamique entourant la recherche sur la santé dirigée et détenue par les Premières Nations au Canada.</p>
<p>Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un cadre ou d'une stratégie de mesure du rendement. Processus adéquat de collecte de données sur le rendement. Utilisation de données sur le rendement dans la prise de décisions. 	<p>Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié</p>	<p>Pour la plupart des composantes de la PSGQ, certains indicateurs de rendement existent et des données ont été recueillies sur les activités de projet et leurs extrants. Cependant, les indicateurs de résultats et les données sur le renforcement des capacités demeurent insuffisants, notamment en ce qui a trait à la cohésion communautaire, à la gouvernance, aux partenariats, et à des ressources humaines stables et durables. De meilleures mesures des résultats aideront la Direction générale à établir des données de base sur les niveaux de capacité actuels des communautés des Premières Nations et inuites, à mieux comprendre les répercussions et les enseignements tirés des investissements actuels dans le renforcement des capacités, et à étayer et améliorer la planification des projets et leur mise en œuvre au fil du temps.</p>

Légende – Symbole de gradation du rendement et signification

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

Évaluation des activités de planification de la santé et de gestion de la qualité de la DGSPNI, de 2009-2010 à 2014-2015

Notes

- ¹ Agence de la santé publique du Canada (2011). Obésité au Canada. Prévalence de l'obésité au sein des populations autochtones Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/abo-aut-fra.php>.
- ² Agence de la santé publique du Canada (2011). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2013. Les maladies infectieuses — Une menace perpétuelle. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2013/tuber-fra.php>.
- ³ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012). Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations. Sur Internet : http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/rhs_phase_2_2008_2010_fr_final_0.pdf.
- ⁴ Wellesley Institute (2015). First Peoples, Second Class Treatment, The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Sur Internet : <http://www.wellesleyinstitute.com/publications/first-peoples-second-class-treatment/>
- ⁵ Santé Canada (2010). Building Quality Health Care.
- ⁶ Santé Canada (2012). Plan stratégique de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-fra.php>
- ⁷ Santé Canada (2010). Building Quality Health Care.
- ⁸ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2013). An Overview of Aboriginal Health in Canada. Sur Internet : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/101/abororiginal_health_web.pdf
- ⁹ Santé Canada et Affaires autochtones et du Nord Canada (2012). Cadre de développement communautaire et renforcement des capacités : Partenariats pour le bien-être des Autochtones.
- ¹⁰ Hallett, D., Chandler, M.J. et C.E. Lalonde (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22: 392-399.
- ¹¹ Oster, R.T., Grier, A., Lightning, R., Mayan, M.J., Toth, E.L. (2014). Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations: a mixed methods study. *International Journal for Equity in Health*, 13 92-103.
- ¹² Zhao, Y., Thomas, S.L., Guthridge, S.L., Wakerman, J. (2014). Better health outcomes at lower costs: the benefits of primary care utilization for chronic disease management in remote Indigenous communities in Australia's Northern Territory. *BMC Health Service Research*, 14:463.
- ¹³ Ong, K.S., Carter, R., Vos, T., Kelaher, M., Anderson, I. (2014). Cost-effectiveness of Interventions to Prevent Cardiovascular Disease in Australia's Indigenous Population *Heart, Lung and Circulation* 23, 414-421
- ¹⁴ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-2010 – Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations.
- ¹⁵ Potter, I. (2010). First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control.
- ¹⁶ Instituts de recherche en santé du Canada (2013). Aboriginal Community-Based Primary Health Care Research: Developing Community Driven Primary Health Care Research Priorities.

- ¹⁷ Santé Canada et Affaires autochtones et du Nord Canada (2012). Cadre de développement communautaire et renforcement des capacités : Partenariats pour le bien-être des Autochtones.
- ¹⁸ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011a). Access to Health Services as a Social Determinant of First Nations, Inuit and Métis Health.
- ¹⁹ Rohan, S. (2003). Opportunities for Cooperative Health Provision in Rural, Remote and Northern Aboriginal Communities. Government Affairs and Public Policy.
- ²⁰ Smith, Ross et Josee G. Lavoie. (2008). First Nations Health Networks: A Collaborative System Approach to Health Transfer. Politiques de santé, volume 4 (2).
- ²¹ Bureau du vérificateur général (2015). Rapports du Vérificateur général du Canada. Printemps 2015. Rapport 4 : L'accès aux services de santé pour les communautés éloignées des Premières Nations. Sur Internet : http://www.oag-bvg.gc.ca/internet/Francais/parl_oag_201504_04_f_40350.html.