



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la santé publique du Canada

Évaluation des programmes de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits de 2010-2011 à 2014-2015

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

Juillet 2016

Liste des sigles

AANC	Affaires autochtones et du Nord Canada
AAP	Architecture d'alignement des programmes
APN	Assemblée des Premières Nations
ASPN	Autorité sanitaire des Premières Nations
CCMEMPN	Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations
CCNAMO	Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EAMEC	Équipes d'amélioration du mieux-être communautaire
EMEM	Équipe de mieux-être mental
ERS	Enquête régionale sur la santé
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GE	Grandir ensemble
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MEM	Mieux-être mental
MRC	Modèle de rapport communautaire
PCBS	Pour des collectivités en bonne santé
PI	Pensionnat indien
PNLAADA	Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones
PNLASJ	Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes
PSS RQPI	Programme de soutien en santé — résolution des questions des pensionnats indiens
RSI	Rendement social des investissements
SGIT	Système de gestion de l'information sur les toxicomanies
SNPSJA	Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones
SMR	Stratégie de mesure du rendement
UMR	Unité de la mesure du rendement

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	viii
1.0 Objectif de l'évaluation	1
2.0 Description des programmes.....	1
2.1 Contexte des programmes	1
2.2 Profil des programmes	2
2.3 Modèle logique des programmes et exposé des faits	5
2.4 Harmonisation et ressources des programmes	6
3.0 Description de l'évaluation	8
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation.....	8
3.2 Limites et stratégies d'atténuation.....	9
4.0 Constatations.....	11
4.1 Pertinence : Élément 2 — Nécessité continue des programmes	11
4.2 Pertinence : Élément 2 — Harmonisation avec les priorités gouvernementales.....	16
4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	18
4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	19
4.5 Rendement : Élément 5 — Démonstration de l'économie et de l'efficacité.....	40
5.0 Conclusions.....	47
5.1 Conclusions sur la pertinence.....	47
5.2 Conclusions sur le rendement	48
6.0 Recommandations.....	50
Annexe 1 — Modèle logique.....	53
Annexe 2 — Résumé des constatations	55
Annexe 3 — Méthode d'évaluation.....	54
Annexe 4 — Bibliographie	2

Liste des tableaux

Tableau 1 — Dépenses des programmes de 2010-2011 à 2014-2015 (en millions de dollars).....	7
Tableau 2 — Limites et stratégies d'atténuation	10
Tableau 3 — Satisfaction des clients à l'égard des services du PSS RQPI.....	36
Tableau 4 — Résumé des dépenses réelles des programmes de MEM de 2010-2011 à 2014-2015	41

Sommaire

L'évaluation portait sur les programmes de mieux-être mental (MEM) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour la période allant d'avril 2010 à mars 2015. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

Objectif et portée de l'évaluation

L'évaluation avait pour objectif d'étudier la pertinence et le rendement des programmes de MEM (y compris les programmes Grandir ensemble [GE] et Pour des collectivités en bonne santé [PCBS], la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones [SNPSJA], le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones [PNLAADA], le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes [PNLASJ] et le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens [PSS RQPI]), ainsi que les activités des équipes responsables du mieux-être mental. Il convient de noter que d'autres stratégies et sources de financement font partie intégrante des programmes de MEM de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), mais ne s'inscrivent pas dans la portée de la présente évaluation. Aux fins du présent rapport, le terme « programmes de MEM » renvoie uniquement aux programmes visés par la portée de l'évaluation. La portée de l'évaluation comprenait toutes les activités de ces programmes de MEM, à l'exception de celles réalisées en Colombie-Britannique et dans le Nord du Canada (nord du 60^e parallèle).

Les méthodes utilisées dans le cadre de l'évaluation comprennent un examen des documents et des données administratives; un examen de la littérature; 40 entrevues auprès de répondants clés, dont des membres du personnel de Santé Canada, des coordonnateurs des équipes de mieux-être mental (EMEM), des responsables communautaires et des représentants d'autres organismes gouvernementaux et d'organisations inuites et des Premières Nations; un sondage en ligne mené auprès de 157 directeurs et employés des services de santé et de 13 leaders communautaires; en plus de visites sur les lieux dans 14 collectivités représentant six régions au Canada.

Description des programmes

Les programmes de MEM financent des programmes et des services communautaires qui cherchent à offrir un traitement, à réduire les facteurs de risque, à faire la promotion des facteurs de protection et à améliorer les résultats en matière de santé associés au MEM des Premières Nations et des Inuits. Ces programmes proposent un éventail de programmes et de services touchant la santé mentale et la toxicomanie adaptés à la culture qui respectent les priorités établies par les collectivités inuites et des Premières Nations.

En tout, on dénombre six programmes de MEM, à savoir les programmes Grandir ensemble (GE) et Pour des collectivités en bonne santé (PCBS), la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA), le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA), le Programme national de lutte contre

l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ) et le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI). Le budget total pour les programmes de MEM atteignait 1,4 milliard de dollars au cours de la période de cinq ans visée par la portée de l'évaluation. De ce montant, une somme globale de 407 millions de dollars a été versée au PNLAADA, tandis qu'on a consenti 266 millions de dollars au programme GE, 208 millions de dollars au programme PCBS, 96 millions de dollars au PNLASJ, 58 millions de dollars au SNPSJA et 285 millions de dollars au PSS RQPI. Conformément à la Convention de règlement relative aux PI, le PSS RQPI devrait se terminer en 2016, et on ne sait pas si d'autres programmes seront offerts pour répondre aux besoins particuliers des survivants des PI.

Le budget total, qui comprend toutes les stratégies connexes et les sources de financement supplémentaire qui soutiennent le financement des équipes de mieux-être mental (EMEM) était de 1,5 milliard de dollars au cours de la période de cinq ans couverte par la portée de l'évaluation.

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité continue à l'égard des programmes

Au Canada, il existe un certain nombre de facteurs de risque associés aux problèmes de mieux-être mental, y compris la consommation de drogues et le suicide. La prévalence du suicide, des toxicomanies et de l'alcoolisme, de la consommation de drogues et d'autres problèmes de santé mentale au sein des Premières Nations et chez les Inuits est supérieur, de manière disproportionnée, à celui de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, entre 2005 et 2007, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte proportion de membres des Premières Nations était 11 fois supérieur pour les garçons et 21 fois supérieur pour les filles par rapport à celui des jeunes qui vivaient dans des régions ayant une faible représentation des Premières Nations (Peters, Oliver et Kohen, 2013). Il existe des tendances semblables dans les populations inuites. Entre 2004 et 2008, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits (Inuit Nunangat) était, par rapport aux taux de suicide pour l'ensemble de la population canadienne, 35 fois supérieur chez les garçons et 28 fois supérieur chez les filles.

De nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations font face à des crises en ce qui a trait au suicide, à la consommation d'alcool et de drogues, aux maladies transmissibles et aux inquiétudes au sujet du bien-être des enfants. L'influence globale des traumatismes et des facteurs de stress historiques et actuels sur certaines personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations est un facteur qui contribue au degré élevé de crises à l'échelon individuel, familial et communautaire. Les activités mises en œuvre par les programmes de MEM visent à combler les besoins des Premières Nations et des Inuits et à réduire les taux élevés de toxicomanie, de suicide et de problèmes de santé mentale.

Les conclusions de la présente évaluation vont de pair avec les résultats de l'évaluation des programmes de MEM réalisée dans le Nord du Canada (nord du 60^e parallèle) pour la période de 2005 à 2010. Les deux évaluations ont révélé qu'il y a une nécessité continue de s'attaquer aux

taux élevés de suicide, de toxicomanie et d'alcoolisme et à d'autres problèmes touchant le mieux-être mental dans les collectivités inuites des Premières Nations.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Les objectifs et les activités des programmes de MEM, qui comprennent la promotion du mieux-être mental positif ainsi que le traitement des toxicomanies et de l'alcoolisme, sont harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du Ministère.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la prestation de soins de santé aux populations inuites et des Premières Nations. Au lieu de les chevaucher, les programmes de MEM semblent compléter les autres programmes fédéraux conçus pour aborder les questions de santé mentale et de toxicomanie dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les programmes de MEM sont uniques en ce qui a trait à leur portée élargie par rapport aux autres programmes fédéraux et à l'accent qu'ils mettent sur l'adaptation des services à la culture, aux traditions et aux modes de vie des Premières Nations et des Inuits.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Même s'il était difficile de mesurer avec exactitude le rendement des programmes en raison des données limitées sur la mesure du rendement, les données accessibles, jumelées aux conclusions des travaux sur le terrain, indiquent que les programmes de MEM ont fait des progrès pour obtenir les résultats attendus. Selon l'évaluation, les efforts déployés récemment par les programmes de MEM pour intégrer la culture et les traditions ont entraîné une hausse de l'adoption de comportements sains en raison d'une acceptation accrue des programmes et des services de MEM, et d'une participation accrue à ceux-ci. Les exemples de changements positifs de comportement des membres des Premières Nations et des Inuits cités le plus fréquemment étaient une réduction de la toxicomanie, une augmentation de l'estime de soi et de la confiance, un meilleur sentiment d'identité culturelle positive, des relations familiales et communautaires renforcées, et un comportement où l'on cherche davantage à obtenir de l'aide. L'intégration de la culture aux programmes de MEM a aussi permis une prise en charge communautaire accrue pour aborder les problèmes de santé mentale. Les équipes de MEM ont été particulièrement efficaces en ce qui concerne l'intégration de la culture aux programmes de mieux-être mental. Elles ont été en mesure d'obtenir d'importants résultats, y compris un meilleur accès à des services spécialisés et une prise en charge accrue parmi les membres des collectivités. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été essentiel pour offrir une orientation concernant l'intégration de la culture et des traditions aux programmes de mieux-être mental, en plus d'établir le continuum de services essentiels nécessaires pour combler les besoins des Premières nations.

Les programmes de MEM ont réussi à améliorer le continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations, en mettant davantage l'accent sur la

coordination des services parmi les fournisseurs de services fédéraux, provinciaux et communautaires, en augmentant le recours aux services de gestion de cas, en lançant de nouvelles initiatives, comme les équipes de mieux-être mental, et en créant un certain nombre de cadres, d'outils et de ressources. Cependant, il continue d'y avoir des lacunes associées à la détermination et à l'intervention précoces, à la planification de crises et à l'intervention, aux traitements en fonction des traumatismes, à l'accès aux services de désintoxication, à l'accès à des services spécialisés et professionnels, et aux services de suivi. Parmi les autres défis constants, il y a la capacité de joindre les personnes les plus vulnérables et celles qui ont le plus besoin des services. La capacité insuffisante d'offrir les programmes de MEM demeure un des problèmes les plus urgents dans nombre de collectivités. Même si les EMEM ont augmenté la capacité dans les collectivités qu'elles desservent, ces 11 équipes réparties à l'échelle du pays proposent actuellement des services à uniquement 12 % environ de l'ensemble des collectivités inuites et des Premières Nations visées par l'évaluation.

Démonstration d'économie et d'efficience

Les programmes de MEM ont permis un certain nombre de mesures d'optimisation des ressources pour accroître les économies et l'efficience de ces programmes. Cependant, plusieurs facteurs ont nui à l'efficience et à l'économie de ces programmes, y compris des défis sur le plan des ressources associés aux montants du financement qui sont demeurés relativement les mêmes au fil des ans, les cycles de financement à court terme, le taux de roulement élevé du personnel des programmes dans les collectivités, le manque d'intégration entre les programmes de MEM, la souplesse insuffisante du financement à l'échelon communautaire, ainsi que les données insuffisantes pour évaluer le rendement des programmes de MEM et affecter les ressources aux programmes de MEM les plus efficaces.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Mettre l'accent sur le fait de combler les lacunes en ce qui a trait au continuum des services essentiels, en collaboration avec les Premières Nations, à mesure que le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations est mis en œuvre.

Il existe actuellement des lacunes dans le continuum des services offerts dans les collectivités. Elles comprennent les lacunes associées à la détermination et à l'intervention précoces, à la planification de crise et à l'intervention, aux traitements en fonction des traumatismes, à l'accès aux services de désintoxication, à l'accès à des services spécialisés et professionnels, et aux services de suivi. Conformément au Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, il existe plusieurs façons de combler ces lacunes, y compris la collaboration avec les partenaires à l'échelle régionale, comme des fournisseurs de services provinciaux, des collectivités et des conseils tribaux, afin de régler les questions relatives aux délais d'attente, à l'accès et à la compétence culturelle des fournisseurs de services spécialisés. Dans certaines collectivités, le fait d'accroître leur capacité à offrir des soins spécialisés a été efficace. Cependant, pour des raisons de confidentialité, en raison de l'accès aux services et lors d'urgences, certains membres de la collectivité ont dû accéder aux services hors de leur

collectivité. Une meilleure coordination, comme des systèmes d'aiguillage, la gestion des cas et la planification des congés, y compris les services provinciaux et territoriaux et les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ, permettra d'offrir des services de santé communautaires aux personnes qui reviennent dans les collectivités, ainsi que de meilleurs services de suivi.

Recommandation 2

Accroître les efforts déployés à l'appui du renforcement des capacités communautaires pour offrir des services efficaces et de qualité pour traiter de la toxicomanie, du suicide et d'autres problèmes de santé mentale de même qu'accroître la résilience des collectivités.

Le manque de capacité des collectivités d'offrir des services efficaces est un des aspects les plus importants qui ont une incidence sur la réussite des programmes de MEM. Actuellement, un certain nombre de facteurs contribuent à ce problème, dont le taux de roulement élevé des employés des programmes communautaires, situation attribuable en partie à la disparité salariale; une supervision clinique et culturelle restreinte pour les employés en poste; des problèmes de communication avec le personnel dans les collectivités en ce qui a trait aux mises à jour des programmes et à l'échange des pratiques exemplaires. En outre, le degré de sensibilisation à l'égard du matériel et des activités de formation dans les collectivités est variable. De plus, on ne sait pas à quel point le matériel de formation correspond actuellement aux besoins des collectivités.

Pour les prochaines étapes, il faudra déployer davantage d'efforts pour échanger des renseignements concernant les programmes, dont les pratiques exemplaires, les données de référence et les leçons retenues dans le domaine du mieux-être mental, avec les collectivités, afin d'améliorer les efforts de renforcement de la capacité. De même, il faut veiller à ce que les ressources actuelles en matière de formation soient adaptées de manière à donner suite aux questions les plus urgentes et à ce qu'elles mettent l'accent sur les écarts critiques, comme les soins tenant compte des traumatismes subis. En aidant les collectivités à améliorer les politiques et procédures internes, ainsi que la capacité du personnel d'assurer la confidentialité et de protéger les renseignements personnels, on améliorerait l'efficacité des services dans son ensemble.

Afin d'accroître l'accès à des programmes et à des services de MEM de qualité, il est aussi nécessaire de déployer des efforts accrus pour intégrer la culture et les traditions à la conception et à la prestation des programmes de mieux-être mental, en appliquant des approches axées sur les Premières Nations en matière de mieux-être mental, tout en proposant des services occidentaux (p. ex. assurer la participation des guérisseurs traditionnels, des Aînés et d'autres praticiens culturels). Comme le précise le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, l'intégration des connaissances culturelles aux programmes servira de catalyseur pour la guérison des Autochtones et améliorera l'efficacité des programmes de MEM. L'évaluation a montré que la participation accrue aux programmes de MEM est attribuable principalement à l'intégration de la culture et des traditions des Premières Nations aux programmes de mieux-être mental. Les approches communautaires dont les collectivités se sont servies pour créer et mettre en œuvre des EMEM devraient être appliquées à plus grande échelle,

parce qu'elles ont été particulièrement efficaces en ce qui a trait à l'intégration de la culture aux programmes de MEM, ainsi qu'au renforcement de la capacité communautaire.

Recommandation 3

Continuer d'intégrer les programmes de mieux-être mental de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à l'échelle nationale et régionale au sein de Santé Canada, et officialiser les mécanismes visant à assurer l'intégration de chacun des programmes.

Même si, au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées à l'intégration, les programmes de MEM de la DGSPNI sont encore, en majorité, mis en œuvre d'une manière cloisonnée au sein de Santé Canada, à l'échelle autant nationale que régionale. En outre, les interactions entre les employés de différents programmes sont insuffisantes. L'évaluation a relevé des variations en ce qui a trait à la mesure dans laquelle le personnel de tous les programmes collabore et intègre les activités des programmes, à l'échelle régionale et nationale. En outre, il existe des variations sur le plan des mécanismes qui servent à veiller à ce que le personnel communique régulièrement et échange des pratiques exemplaires à l'échelle communautaire, régionale et nationale.

Une intégration accrue des programmes de MEM à tous les niveaux assurerait une coopération et une interaction supérieures parmi les employés des bureaux nationaux et régionaux, en plus d'accroître la coordination des activités de programmes à l'échelle communautaire, sous-régionale et régionale.

Recommandation 4

Élaborer une stratégie exhaustive de mesure du rendement afin d'orienter la collecte et l'utilisation des données sur la mesure du rendement.

Les conclusions de l'évaluation montrent des améliorations importantes quant à l'accès aux données sur le rendement des programmes de MEM et à leur qualité. Cependant, on pourrait améliorer l'uniformité des données de rendement à l'échelle des activités et au fil des ans en créant une stratégie de mesure du rendement complète qui renferme des renseignements détaillés sur les sources des données sur le rendement, désigne les responsables de la collecte de données et de la production de rapports sur celles-ci, en plus de décrire la fréquence et le moment de la collecte de données. Puisque les programmes de MEM comprennent des programmes complexes et visent un grand nombre de collectivités, des études spéciales (p. ex. des évaluations de l'EMEM et des études de cas du SNPSJA) s'avèrent efficaces pour fournir une évaluation plus approfondie des secteurs particuliers et déterminer les pratiques exemplaires.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation des programmes de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
Mettre l'accent sur le fait de combler les lacunes en ce qui a trait au continuum des services essentiels, en collaboration avec les Premières Nations, à mesure que le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations est mis en œuvre.	La direction est d'accord avec cette recommandation et s'emploie à corriger les lacunes dans le continuum de services essentiels en collaboration avec les Premières Nations et d'autres partenaires.	En prenant appui sur les travaux d'élaboration du Cadre, effectuer une analyse des écarts touchant les programmes et les services de mieux-être mental pouvant servir à la prise de décisions future concernant les programmes et les politiques.	1. Analyse des écarts touchant les programmes et les services de MEM	1. Mai 2016	1. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI	Aucune ressource supplémentaire nécessaire
	Le Cadre énonce une approche holistique à l'égard des services de mieux-être mental et se sert de la culture des Premières Nations comme fondement, tout en s'appuyant sur la prestation de soins en fonction d'un continuum de services, et en s'éloignant des programmes et des mécanismes de prestation cloisonnés et des lacunes systémiques. La collaboration est essentielle à l'application du Cadre. La direction travaille de concert avec des partenaires à différents niveaux, dont ceux à l'échelle régionale, comme les fournisseurs de services provinciaux, les collectivités et les conseils tribaux, pour mettre en œuvre le Cadre et trouver des moyens axés sur la collaboration de régler les questions liées à l'accès et d'accroître la compétence culturelle des services spécialisés.	Par l'intermédiaire des tables de partenariat régionales, élaborer des plans de travail à l'appui de la correction des lacunes dans le continuum de services essentiels.	2. Élaboration de quatre plans de travail régionaux pour corriger les lacunes dans le continuum de services essentiels	2. Septembre 2016	2. SMA régional, DGSPNI	
		Appuyer la mise en œuvre de projets de démonstration du Cadre axés sur la culture en tant que fondement et l'amélioration de l'accès aux services essentiels. Ces projets permettront de démontrer l'incidence des mesures prises par les collectivités pour mettre en œuvre les principaux volets du Cadre et favoriser l'échange de connaissances entre les collectivités relativement aux innovations et aux pratiques prometteuses pour corriger les lacunes dans le continuum de services.	3. Production de cinq rapports sur l'échange de connaissances et présentation des conclusions aux partenaires des Premières Nations lors de la réunion de l'équipe de mise en œuvre du Cadre.	3. Mars 2017	3. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI	
		Pour appuyer la mise en œuvre du Cadre, collaborer avec les partenaires des Premières Nations à l'élaboration d'une trousse d'outils qui décrit la façon dont les intervenants peuvent se servir	4. Élaboration de la trousse d'outils du modèle du Cadre	4. Mars 2017	5. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI	

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
		du modèle du Cadre pour corriger les lacunes dans le continuum de services essentiels.				
Accroître les efforts déployés à l'appui du renforcement des capacités communautaires pour offrir des services efficaces et de qualité pour traiter de la toxicomanie, du suicide et d'autres problèmes de santé mentale de même qu'accroître la résilience des collectivités.	<p>La direction est d'accord avec cette recommandation.</p> <p>Le développement de la communauté, la prise en charge et le renforcement des capacités constituent l'un des cinq principaux thèmes du Cadre et sont des facteurs importants à prendre en considération lorsqu'il est question d'améliorer le mieux-être mental au sein des collectivités des Premières Nations.</p> <p>Pour favoriser le perfectionnement continu des connaissances et des compétences des fournisseurs de services et de la collectivité en matière de traitement des problèmes de toxicomanie et de santé mentale, des données probantes fondées sur la pratique ainsi que des données probantes fondées sur la culture et les connaissances autochtones sont nécessaires.</p>	<p>Des efforts concertés sont déployés à l'échelle des programmes de mieux-être mental afin d'améliorer les possibilités de formation et d'accroître la résilience des collectivités:</p> <p>Donner de la formation aux collectivités sur l'outil d'évaluation du mieux-être des Autochtones, mis au point en 2015-2016, pour favoriser le perfectionnement continu des connaissances et des compétences des fournisseurs de services en matière de traitement des problèmes de toxicomanie et de santé mentale. Cet exercice de transfert des connaissances permettra de veiller à ce que la base de données probantes touchant les interventions culturelles soit appliquée plus largement en ce qui a trait aux services communautaires ainsi qu'aux programmes de traitement en établissement.</p> <p>Mettre à jour la ressource de 2003 intitulée « Aboriginal Youth: A Manual of Promising Suicide Prevention Strategies » (les jeunes Autochtones : un manuel de stratégies de prévention du suicide prometteuses) pour qu'elle reflète mieux les connaissances actuelles liées au suicide, à sa prévention et aux besoins généraux en matière de santé mentale, y compris les nouvelles pratiques exemplaires. Cette ressource sera à la disposition des collectivités et comprendra des « pratiques</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prestation d'une formation sur l'outil d'évaluation du mieux-être des Autochtones (à l'intention d'au moins 150 membres des Premières Nations dans cinq collectivités) 2. Élaboration de la version provisoire de la ressource à l'égard des « pratiques judicieuses » 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mars 2017 2. Mars 2018 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI 2. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI 	Aucune ressource supplémentaire nécessaire

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
		<p>judicieuses » touchant la prévention du suicide dans les collectivités des Premières Nations.</p> <p>Terminer l'adaptation du module de formation du programme Premiers soins en santé mentale pour les membres, les familles et les collectivités des Premières Nations. La Division du mieux-être mental octroie du financement à la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) en vue de la mise au point d'un programme à l'intention des Premières Nations dans le cadre du programme Premiers soins en santé mentale, qui est adapté à leurs besoins et reconnaît leurs antécédents et leur contexte uniques. Ce programme de formation contribuera au renforcement des capacités communautaires afin de mieux gérer les problèmes de santé mentale éventuels ou qui se développent dans les collectivités des Premières Nations.</p>	<p>3. Élaboration d'un module de formation à l'intention des Premières Nations dans le cadre du programme Premiers soins en santé mentale</p>	<p>3. Mars 2017</p>	<p>3. Directeur exécutif, DSPSP, DGSPNI</p>	
<p>Continuer d'intégrer les programmes de mieux-être mental de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits à l'échelle nationale et régionale au sein de Santé Canada, et officialiser les mécanismes visant à assurer l'intégration de chacun des programmes.</p>	<p>La direction est d'accord avec cette recommandation et déterminera la faisabilité de fusionner plusieurs programmes existants en un seul Programme de mieux-être mental comme mécanisme officiel pour assurer l'intégration</p>	<p>Explorer la possibilité de regrouper les programmes existants (comme Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé), les équipes de mieux-être mental et le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones sous un seul Programme de mieux-être mental.</p>	<p>1. Faisabilité de l'évaluation pour l'examen du CGS</p> <p>2. Mobilisation des partenaires pour élaborer des recommandations à l'intention du CE</p> <p>3. Présenter les recommandations au CE</p>	<p>1. Septembre 2016</p> <p>2. Octobre 2016</p> <p>3. Décembre 2016</p>	<p>1. Directeur exécutif, BSPSP, DGSPNI, hauts fonctionnaires régionaux de la DGSPNI</p> <p>2. Directeur exécutif, BSPSP, DGSPNI, hauts fonctionnaires régionaux de la DGSPNI</p> <p>3. Directeur exécutif, BSPSP, DGSPNI, hauts fonctionnaires</p>	<p>Aucune ressource supplémentaire nécessaire</p>

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
					régionaux de la DGSPNI	
Élaborer une stratégie exhaustive de mesure du rendement afin d'orienter la collecte et l'utilisation des données sur la mesure du rendement.	<p>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 mesure du rendement est reconnue en tant qu'élément de soutien nécessaire à la mise en œuvre du Cadre.</p> <p>Les travaux d'élaboration d'une stratégie exhaustive de mesure du rendement sont en cours en collaboration avec le Bureau de la vérification et de l'évaluation. La stratégie de mesure du rendement (SMR) dans le domaine du MEM est conforme aux autres SMR de la Direction générale. Cette stratégie établira les sources de données sur le rendement, les responsables de la collecte de données et de la production de rapports connexes, ainsi que la fréquence et le calendrier de la collecte de données.</p>	La PSPAI, en partenariat avec le MEM, améliorera la stratégie de mesure du rendement existante.	1. Élaboration de la stratégie de mesure du rendement	1. Septembre 2016	1. SMA, DGSPNI	Aucune ressource supplémentaire nécessaire

1.0 Objectif de l'évaluation

L'évaluation avait pour objectif d'évaluer la pertinence et le rendement des programmes de MEM pour la période d'avril 2010 à mars 2015. On a réalisé l'évaluation conformément aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation de 2009 du Conseil du Trésor du Canada.

2.0 Description des programmes

2.1 Contexte des programmes

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada soutient un éventail d'initiatives et de services en matière de mieux-être mental dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Ces initiatives et services étaient précédemment décrits comme le groupe de programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie. De 2005-2006 à 2009-2010, les dépenses réelles pour ces programmes étaient d'environ 894 millions de dollars. Depuis 2011, on décrit ces initiatives et services comme les programmes de MEM pour les Premières Nations et les Inuits.

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMEMPN) a été élaboré en collaboration et lancé en 2015 par la DGSPNI, l'Assemblée des Premières Nations (APN) et des leaders autochtones du domaine de la santé mentale de diverses organisations non gouvernementales des Premières Nations. Le Cadre présente une vision partagée de l'avenir des programmes et des services de MEM des Premières Nations et des mesures pratiques pour réaliser cette vision. Il décrit les possibilités de s'appuyer sur les forces communautaires et les ressources de contrôle afin d'améliorer les programmes de MEM existants pour les collectivités des Premières Nations. Le fondement du Cadre est la culture, grâce à laquelle on met l'accent sur les forces des Premières Nations et sur leur capacité de renforcer la résilience communautaire et d'aborder les enjeux et les problèmes en matière de MEM. Le Cadre témoigne du fait qu'une gamme de mesures de soutien et de services adaptés à la culture est nécessaire pour satisfaire les besoins des collectivités des Premières Nations en matière de MEM. Le Cadre décrit le continuum suivant, qui comprend sept services essentiels nécessaires pour combler les besoins des Premières Nations en ce qui a trait aux soins de santé :

1. Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation
2. Dépistage et intervention précoces
3. Intervention en cas de crise
4. Coordination et planification des soins
5. Désintoxication
6. Traitement axé sur les traumatismes
7. Soutien et soins de suivi.

Le Cadre indique aussi que les collectivités des Premières Nations requièrent l'accès à un éventail de services intégrés, ce qui signifie que les services de soins de santé devraient être gérés et offerts de manière à s'assurer que les clients bénéficient d'un continuum de services, de la prévention jusqu'aux soins de suivi, en passant par le traitement, selon leurs besoins au fil du temps et aux différents échelons du système de santé. Du point de vue du client, un continuum intégré signifie qu'il est facile pour lui de s'y retrouver, que les travailleurs de la santé considèrent sa santé comme un tout et que la communication est bonne entre les travailleurs des différents systèmes. Santé Canada soutient actuellement l'Inuit Tapiriit Kanatami quant à l'élaboration d'un cadre relatif au continuum de mieux-être mental des Inuits.

En 2013, on a terminé une évaluation du groupe de programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie (de 2005-2006 à 2009-2010), et ses conclusions et recommandations sont mentionnées dans la présente évaluation des programmes de MEM.

2.2 Profil des programmes

Les programmes de MEM financent des programmes et des services communautaires qui visent à offrir un traitement, à réduire les facteurs de risque, à faire la promotion des facteurs de protection et à améliorer les résultats en matière de santé associés au MEM des Premières Nations et des Inuits. L'objectif des programmes de MEM est de fournir aux collectivités, aux familles et aux membres des Premières Nations et aux Inuits du soutien et des services en matière de mieux-être mental adaptés à leur culture, comme la prévention du suicide et le traitement des toxicomanies, qui répondent à leurs besoins. Guidés par le CCMEMPN et les priorités établies par les collectivités, les programmes visent à soutenir un continuum de soins qui comprend des activités de prévention primaires, secondaires et tertiaires et le développement de connaissances. Les programmes sont offerts partout au Canada grâce à la participation du personnel à l'échelon régional et communautaire, et de concert avec les organisations des Premières Nations et des Inuits et des partenaires provinciaux. Les activités et les programmes mis en œuvre dans le cadre des programmes de MEM devraient améliorer la collaboration et le réseautage à tous les échelons, augmenter la participation des Premières Nations et des Inuits aux activités de programme, améliorer le continuum de programmes et de services dans les collectivités, accroître la sensibilisation et l'adoption de comportements sains, améliorer la capacité communautaire et la prise en charge des programmes et améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts.

La série de programmes de MEM de la DGSPNI comprend les six programmes¹ et activités suivants des équipes de mieux-être mental :

- **Le programme Grandir ensemble (GE)** est conçu pour améliorer la qualité des services adaptés à la culture, holistiques et communautaires en matière de santé mentale, de développement de l'enfant et de prévention des blessures à l'échelon de la collectivité. Le

¹ Il convient de noter que d'autres stratégies et sources de financement font partie des programmes de MEM de la DGSPNI, mais sont exclues de la portée de la présente évaluation. Aux fins de l'évaluation, le terme « programmes de MEM » renvoie seulement aux programmes couverts par la portée de la présente évaluation.

programme est offert par les collectivités inuites et des Premières Nations avec le financement fourni en vertu d'accords de contribution conclus avec la DGSPNI. En 2009-2010, des accords de contribution ont été signés par la DGSPNI avec 299 collectivités pour offrir le programme GE. Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ 266 millions de dollars.

- **Le programme Pour des collectivités en bonne santé (PCBS)** aide les collectivités inuites et des Premières Nations à élaborer des approches communautaires relatives à la gestion des urgences en santé mentale et à l'abus de solvants chez les jeunes. Les programmes comprennent deux secteurs d'activités importants : la lutte contre l'abus de solvants, qui aide les collectivités à élaborer des programmes locaux qui visent la prévention de l'abus de solvants et le traitement de l'abus de solvants; et la gestion des urgences en santé mentale, qui permet aux collectivités de réagir à des urgences, comme le suicide, et de s'en remettre. En 2009-2010, des accords de contribution ont été signés par la DGSPNI avec 299 collectivités inuites et des Premières Nations pour offrir le programme PCBS. Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ 208 millions de dollars.
- **La Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA)** vise à accroître les facteurs de protection (p. ex. leadership des jeunes) et à réduire les facteurs de risque (p. ex. perte de la culture traditionnelle) liés au suicide des jeunes dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les objectifs du programme comprennent l'augmentation de la capacité communautaire à prévenir et à gérer le suicide chez les jeunes, en faisant comprendre aux collectivités quelles sont les stratégies efficaces en matière de prévention du suicide et en encourageant les collectivités à sensibiliser les jeunes. La SNPSJA soutient les activités liées à la prévention primaire, y compris les activités de promotion positives en matière de santé mentale; la prévention secondaire ou l'intervention précoce, qui comprend l'aide à des personnes potentiellement suicidaires avant l'automutilation ou au cours d'une crise suicidaire; et la prévention tertiaire, qui comprend les efforts pour améliorer et augmenter les efforts d'intervention au cours d'une urgence pour intervenir plus efficacement dans la prévention des suicides et après une vague de suicides (c.-à-d. lorsqu'un suicide dans la collectivité contribue au déclenchement de plus de suicides ou de tentatives de suicide dans une courte période dans la même collectivité ou région). La SNPSJA soutient annuellement de 115 à 150 projets de prévention du suicide chez les jeunes. Ces projets sont choisis en fonction de recommandations de groupes et de membres des collectivités inuites et des Premières Nations. Les types de projets lancés comprennent des événements de sensibilisation au suicide, des cours de développement du leadership et des compétences de vie, des activités culturelles intégrant des pratiques traditionnelles, des occasions pour les jeunes d'avoir comme mentors des Aînés et des activités de postvention comme des ateliers sur le deuil et la perte. Des accords de contribution ont été signés par la DGSPNI avec des collectivités inuites et des Premières Nations pour offrir la SNPSJA. Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ 58 millions de dollars.
- **Le Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA)** est conçu pour aider les collectivités inuites et des Premières Nations à réaliser des initiatives pour réduire l'abus d'alcool et de drogues. Le programme comprend deux grands volets : un volet communautaire et un volet de traitement en établissement. Le PNLAADA communautaire offre des services de prévention,

d'intervention, de soins de suivi et de suivi dans les collectivités inuites et des Premières Nations partout au Canada. Dans la plupart des collectivités, ce volet est offert par des travailleurs communautaires qui sont responsables de cerner les besoins communautaires et d'offrir des activités de programme. Le volet de traitement en établissement relève d'un réseau national de 43 centres de traitement du PNLAADA/PNLASJ. Grâce à ces programmes nationaux, les membres des Premières Nations et les Inuits ont accès à des services de traitement en clinique interne ou externe ou de traitement de jour, de même qu'à des services spécialisés pour les gens ayant des besoins particuliers en matière de services (p. ex. des programmes pour les familles, les jeunes, les consommateurs de solvants, les femmes et les personnes qui souffrent de troubles concomitants). Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ 407 millions de dollars.

- **Le Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ)** est un programme national de traitement en établissement. Il est jumelé à des activités communautaires qui visent la prévention de l'abus de solvants chez les jeunes. Le PNLASJ vise à améliorer la qualité de vie et les capacités fonctionnelles des personnes ayant une dépendance aux solvants en réduisant au minimum les effets et les risques associés à l'utilisation de ces produits. Le programme offre des programmes adaptés à la culture ainsi que des programmes de traitement spécialisés et de rétablissement pour les jeunes Inuits et des Premières Nations qui ont des problèmes chroniques d'abus de solvants. Actuellement, il y a huit centres de traitement du PNLASJ et un du PNLAADA-PNLASJ déterminés à aider les jeunes Autochtones à se prendre en main grâce à la prestation d'un programme de guérison holistique influencé par les valeurs, les croyances et les pratiques traditionnelles autochtones. Chaque centre privilégie un « continuum de soins » qui comporte le prétraitement, le traitement et les soins après traitement. Les familles des jeunes interviennent tout au long du processus. Ces centres sont gérés par des organisations ou des collectivités inuites et des Premières Nations. Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ 96 millions de dollars.
- **Le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens (PSS RQPI)** a été conçu conformément à l'engagement pris par le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens de 2007, concernant la prestation de services de soutien en matière de santé à tous les anciens élèves des pensionnats indiens. Le programme offre des services de soutien en santé mentale et affective aux anciens élèves des pensionnats indiens admissibles et à leur famille avant, pendant et après leur participation aux démarches liées à la Convention de règlement, y compris au Paiement d'expérience commune et au Processus d'évaluation indépendant, ainsi qu'à ceux qui prennent part aux événements et aux activités commémoratives de la Commission de vérité et de réconciliation. L'objectif du programme est de s'assurer que les anciens élèves admissibles des pensionnats indiens (PI) et leur famille ont accès à du counselling professionnel, à des mesures de soutien culturel, à du soutien en matière de santé et à de l'aide au transport afin de répondre à leurs besoins en matière de santé mentale liés à leur expérience des pensionnats indiens. Le PSS RQPI est administré par les bureaux régionaux de la DGSPNI qui signent des accords de contribution avec des collectivités inuites et des Premières Nations et des fournisseurs de services pour offrir des activités de programme. De l'aide au transport est fournie pour permettre aux conseillers professionnels et aux autres fournisseurs de services de se déplacer dans les collectivités et de

rendre visite aux clients. Les dépenses totales de 2010-2011 à 2014-2015 s'élevaient à environ de 285 millions de dollars.

- **Les équipes de mieux-être mental (EMEM)** sont des équipes multidisciplinaires communautaires axées sur le client qui offrent divers services culturellement adaptés liés à la santé mentale et à la toxicomanie ainsi que du soutien aux collectivités inuites et des Premières Nations. Les collectivités en sont responsables. Elles les définissent et les orientent. Les EMEM emploient une combinaison d'approches cliniques classiques et d'approches liées aux traditions et à la culture des Premières Nations et des Inuits pour offrir des services de mieux-être mental qui couvrent tout le continuum de soins, de la prévention jusqu'aux soins de suivi. Des EMEM ont été créées en 2007 dans le cadre d'un projet pilote, puis l'initiative a été mise en œuvre plus tard dans toutes les régions du Canada. Actuellement, il y a 11 EMEM qui servent 72 collectivités inuites et des Premières Nations en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Québec, dans la région de l'Atlantique et dans la région du Nord. En Ontario, il y a aussi des équipes d'amélioration du mieux-être communautaire (EAMEC) qui fournissent de l'expertise et du soutien en matière de toxicomanie et de santé mentale aux collectivités des Premières Nations. L'objectif principal des EMEM est de soutenir les efforts existants au chapitre de la santé mentale et de la toxicomanie en améliorant l'accès à des services communautaires connexes qui sont complets, axés sur le client et adaptés à la culture, et qui comblent les lacunes dans le continuum de soins. Les EMEM peuvent être constituées de coordonnateurs qualifiés, d'Aînés, de travailleurs culturels, de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux et de thérapeutes. Les EMEM sont offertes par les collectivités inuites et des Premières Nations ou des conseils de bande grâce à un financement fourni dans le cadre d'accords de contribution conclus avec la DGSPNI.

2.3 Modèle logique des programmes et exposé des faits

L'objectif principal des programmes de MEM est de financer et de soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de programmes et de politiques communautaires et adaptés à la culture qui font la promotion du mieux-être mental. Les activités menées par les programmes de MEM pour atteindre cet objectif sont les suivantes :

- Collaborer et établir des partenariats avec les autorités et les organisations inuites et des Premières Nations ainsi que des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux par la signature d'accords, la mise en œuvre de projets conjoints, la participation à divers comités et l'établissement d'alliances stratégiques.
- Fournir des programmes et des services de santé mentale aux membres des familles et collectivités inuites et des Premières Nations en mobilisant les leaders communautaire inuits des Premières Nations et les gouvernements provinciaux et territoriaux.
- Renforcer la capacité des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé à l'échelon communautaire en organisant et en offrant de la formation, de l'éducation continue, des possibilités de perfectionnement professionnel, de l'information, des connaissances et des documents adaptés à la culture.

- Organiser des recherches et une surveillance continues de la collecte de données pour soutenir la prestation de service ainsi que l'élaboration de politiques et de programmes.
- Élaborer et mettre en commun des politiques, des procédures, des directives et des cadres en partenariat avec des intervenants aux échelons communautaire, régional et national.

À court terme, on s'attend à ce que ces activités donnent les résultats suivants :

- Augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage.
- Amélioration du continuum de programmes et de services dans les collectivités inuites et des Premières Nations.
- Participation accrue des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations et des Inuits aux programmes et aux services.
- Sensibilisation accrue aux comportements sains.

À moyen terme, on s'attend à ce que les activités des programmes de MEM donnent les résultats suivants :

- Adoption accrue de comportements sains.
- Prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations à lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale.
- Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité bien coordonnés destinés aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières nations et des Inuits.

À long terme, on s'attend à ce que les Programmes de MEM de la DGSPNI contribuent à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations et des Inuits grâce à un continuum renforcé de programmes et de services axés sur la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie. Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique figurant à l'annexe 1.

2.4 Harmonisation et ressources des programmes

Les programmes de MEM de la DGSPNI relèvent des programmes 3.1.1 Promotion de la santé et prévention des maladies des Premières Nations et des Inuits et 3.1.1.2 Bien-être mental des Premières Nations et des Inuits de l'architecture d'alignement des programmes (AAP) de Santé Canada.

Au cours de la période quinquennale de 2010-2011 à 2014-2015, les dépenses réelles (à l'exception du régime d'avantages sociaux des employés [RASE]) des programmes de MEM visés par la présente évaluation étaient d'environ 1,3 milliard de dollars, et elles sont présentées ci-dessous (tableau 1). De ce total, 407 millions de dollars ont été dépensés pour le PNLAADA (31 %), 285 millions de dollars pour le PSS RQPI (22 %), 266 millions de dollars pour le programme GE (20 %), 208 millions de dollars pour le programme PCBS (16 %), 96 millions de dollars pour le PNLASJ (7 %) et 58 millions de dollars pour la SNPSJA (4 %).

Tableau 1 — Dépenses des programmes de 2010-2011 à 2014-2015
(en millions de dollars)

Programmes	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	Total
Programmes de mieux-être mental						
Programme de soutien en santé — résolution des questions des pensionnats indiens	51,3	60,8	57,4	59,6	55,6	284,7
Grandir ensemble	40,8	57,1	58,0	56,5	53,6	266,0
PNLAADA — Programme communautaire	35,3	48,5	52,8	52,2	47,7	236,5
PNLAADA — Programme de centres de traitement	30,0	36,0	37,4	35,1	31,6	170,1
Pour des collectivités en bonne santé	34,7	44,7	45,6	43,2	39,5	207,7
Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes	18,1	20,0	20,5	19,5	18,3	96,4
Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones	11,9	12,8	11,7	10,7	10,4	57,5
Sous-total pour les programmes de MEM	222,1	279,9	283,4	276,8	256,7	1 318,9
Stratégies/sources de financement reliées*						
Stratégie nationale antidrogue	8,0	10,7	10,1	8,7	11,9	49,4
Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador	4,5	4,6	4,4	4,7	4,6	22,8
Stratégie canadienne antidrogue	0,3	0,7	0,3	0,3	0,8	2,4
Santé mentale et toxicomanie — Mode de transfert	46,6	0	0	0	0	46,6
Mieux-être mental — Services infirmiers de santé publique et représentants de la santé communautaire	0	0	0	0	17,5	17,5
Mieux-être mental — Élaboration de politiques et surveillance des programmes	0	0	0	0	5,4	5,4
Sous-total pour les programme et stratégies connexes	59,4	16,0	14,8	13,7	40,2	144,1
Total	281,5	295,9	298,2	290,5	296,9	1 463,0

Source : Les données financières ont été fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances, Santé Canada.

*Ces stratégies et sources de financement ne font pas partie de la portée de la présente évaluation. Elles figurent dans le tableau parce qu'elles contribuent au financement pour soutenir certaines des activités et certains des programmes offerts dans le cadre de programmes de MEM (p. ex. équipes de mieux-être mental).

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation comprenait toutes les activités des programmes de MEM au cours de la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015.

La portée de l'évaluation ne comprenait pas les activités menées en Colombie-Britannique, où les responsabilités de programmes ont été transférées à l'Autorité sanitaire des Premières Nations conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique. Elle ne comprend pas non plus les activités de programmes de MEM menées dans le Nord du Canada (nord du 60^e parallèle), qui font partie des accords de financement global conclus dans le cadre de l'approche du mieux-être du Nord et qui exigent que les évaluations soient effectuées par les gouvernements territoriaux respectifs. Il faut signaler, toutefois, que les activités menées par le PSS RQPI, les centres de traitement du PNLAADA et les EMEM dans le Nord du Canada ne sont pas incluses dans les accords territoriaux de financement global : les perceptions des membres des Premières Nations et des Inuits vivant dans le Nord du Canada peuvent donc avoir été intégrées dans la présente évaluation. On n'a pu joindre qu'un petit échantillon de participants inuits, ce qui a donc limité la capacité de signaler séparément les impacts des programmes sur la population inuite à l'issue de l'évaluation.

Dans le cadre de la présente évaluation, on a effectué un examen pour comparer les constatations actuelles avec les résultats des évaluations des activités des programmes de MEM mises en œuvre dans le Nord du Canada (c.-à-d. au nord du 60^e parallèle). Bien qu'il soit approprié de relever des similarités et des différences concernant les besoins, des comparaisons à l'égard du rendement n'ont pas été faites en raison des variations à l'égard des programmes et de la disponibilité des données.

Les éléments, la conception et les méthodes de collecte de données de l'évaluation étaient alignés sur la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Comme le montre l'annexe 3, la méthodologie d'évaluation visait l'examen de cinq éléments fondamentaux s'inscrivant sous les thèmes de la pertinence et du rendement. Pour chacun des éléments fondamentaux, des questions précises ont été formulées suivant les points à considérer relativement aux programmes; ces questions ont orienté le processus d'évaluation. Conformément à la Politique sur l'évaluation (2009), dans le cadre de la conception de l'évaluation, on a utilisé une approche d'évaluation non expérimentale fondée sur les résultats qui s'appuyait sur le document du cadre d'évaluation et de la matrice d'évaluation. L'évaluation s'appuyait sur de multiples sources de données, y compris :

- Un examen de la documentation et de la littérature qui comprenait plus de 200 documents.
- Quarante entrevues auprès de répondants clés : membres du personnel de Santé Canada aux échelons national et régional (n = 16), représentants d'autres ministères et d'organisations inuites et des Premières Nations (n = 2), coordonnateurs des EMEM (n = 6) et de dirigeants communautaires (n = 16) chargés par des centres de santé, des collectivités et des conseils de bande de mettre en œuvre des projets et des initiatives financés par un programme de MEM.

- Un sondage en ligne mené auprès de 158 directeurs et membres du personnel des services de santé communautaires et de 11 dirigeants communautaires.
- Des visites sur les lieux dans 14 collectivités des Premières Nations dans six régions du Canada (c.-à-d. Atlantique, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan et Alberta) au cours desquelles on a tenu des discussions de groupe et des consultations et mené des sondages auprès de membres du personnel et de clients de programmes communautaires.

On a utilisé des approches de recherche et d'évaluation adaptées à la culture, y compris communiquer avec les dirigeants communautaires afin d'obtenir leur consentement avant d'approcher des membres du personnel communautaire; assurer le respect de la vie privée et la confidentialité à tous les participants; utiliser des membres de l'équipe d'évaluation issus des Premières Nations; et concevoir des outils de collecte de données appropriés sur le plan culturel, en collaboration avec le personnel de programme ministériel et les représentants de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). En outre, les résultats des discussions de groupe et des entrevues ont été validés par les participants pour atténuer les effets d'une possible partialité des répondants et augmenter la fiabilité des résultats.

Un volet de la présente évaluation, l'analyse du rendement social des investissements (RSI), a été mis à l'essai dans un centre de traitement pour adultes du PNLAADA. Le RSI examine les résultats sociaux, environnementaux et économiques et leur attribue une valeur financière. Cela permet de calculer un rapport entre les avantages et les coûts.

On a analysé les données de l'évaluation en mettant en correspondance l'information recueillie au moyen des diverses méthodes d'évaluation. L'utilisation de diverses sources de données et la mise en correspondance de celles-ci ont permis d'accroître la fiabilité et la validité des constatations et des conclusions. Une description détaillée de la portée, de l'approche et de la conception de l'évaluation est fournie à l'annexe 3.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau ci-dessous présente les limites associées à la mise en œuvre des méthodes sélectionnées pour les besoins de la présente évaluation, ainsi que les stratégies d'atténuation mises en place afin que les constatations tirées de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour guider la planification des programmes et la prise de décisions connexes.

Tableau 2 — Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Les données de surveillance accessibles au public sur les résultats et l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits (p. ex. taux de suicide, dépendances, toxicomanie et autres enjeux et problèmes en matière de santé mentale) sont limitées.	Bien que les données sur les résultats en matière de santé disponibles aient été analysées, la disponibilité limitée de l'information a empêché une évaluation complète des tendances et de l'obtention de résultats à long terme (état de santé amélioré).	Pour évaluer les réalisations des programmes de MEM au chapitre de l'obtention de résultats, on a mis en correspondance les données d'évaluation provenant d'autres sources de données probantes (p. ex. groupes de discussion constitués de membres du personnel et de clients des programmes communautaires, sondages auprès de membres du personnel de santé communautaire et de dirigeants communautaires et examen de la littérature).
En raison de la nature des programmes, la plupart des données sur le rendement recueillies par les programmes de MEM sont axées sur les extraits des programmes, y compris la description d'activités.	Beaucoup de renseignements colligés au moyen de modèles de rapport étaient axés sur la production d'extraits et fournissaient de l'information limitée sur l'obtention de résultats par les programmes.	On s'est servi de groupes de discussion, de sondages et d'entrevues pour évaluer la mesure dans laquelle les résultats escomptés des programmes ont été obtenus.
Le recours à des entrevues avec des répondants clés et à des sondages auprès de représentants en santé communautaire (répondants qui ont un intérêt direct à l'égard des programmes de MEM) peut donner lieu à un problème de partialité des répondants.	La partialité des répondants peut nuire à la fiabilité et à la validité des résultats.	Plusieurs mesures ont été prises afin d'atténuer le risque de partialité de la part des répondants : (i) ceux-ci ont clairement été informés de l'objectif de l'évaluation et du fait que les réponses allaient demeurer strictement confidentielles; (ii) les entrevues ont été réalisées par des personnes qualifiées; (iii) les réponses de chaque échantillon de répondants ont été comparées à celles des autres groupes aux fins de cohérence et de validation; et (iv) les constatations découlant des sondages et des entrevues auprès des répondants clés ont été validées au moyen des résultats obtenus d'autres sources de données.
L'échantillon de 14 collectivités visées par les visites sur les lieux représente un faible pourcentage de toutes les collectivités inuites et des Premières Nations du Canada.	Les données recueillies auprès des collectivités auxquelles on a rendu visite ne peuvent pas être généralisées de façon à ce qu'elles s'appliquent à toutes les collectivités inuites et des Premières Nations servies par le programme.	L'échantillon de 14 collectivités a été choisi de façon à inclure la plupart des régions du Canada couvertes par l'évaluation (l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta) et comprenait un large éventail de contextes, comme des collectivités urbaines, rurales, de grande taille, de petite taille, éloignées et isolées, et faciles d'accès. Les constatations des visites sur les lieux ont été mises en correspondance avec les résultats des autres sources de données probantes pour évaluer la cohérence.
Les programmes qui mènent des activités de prévention avaient des données limitées sur l'incidence des programmes.	L'évaluation est limitée dans sa capacité de rendre compte de l'obtention de résultats grâce au travail de prévention effectué dans le cadre des programmes de MEM. En revanche, des renseignements importants étaient disponibles à l'égard du volet de traitements des	On a utilisé des groupes de discussion, des sondages et des entrevues pour évaluer la mesure dans laquelle les résultats escomptés des programmes ont été obtenus.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
	programmes de MEM.	
Il existe une possibilité d'erreur attribuable à l'absence de réponse pour ce qui est du sondage mené auprès des représentants de la santé communautaire et des collectivités qui ont accepté de participer aux visites sur place.	Étant donné que la participation au sondage était volontaire, il se peut que le profil des représentants en santé communautaire ayant pris part au sondage soient différents de celui des autres représentants. De plus, les collectivités ayant une grande capacité étaient plus susceptibles d'accepter de se prêter à une visite sur place.	On a offert une possibilité de participation égale à toutes les collectivités et à tous les participants au sondage. On a fait de multiples efforts pour communiquer avec chaque représentant ou participant communautaire et pour l'inviter à participer. Les constatations des sondages et des visites sur place ont été mises en correspondance avec les résultats des autres sources de données probantes pour évaluer la cohérence.
Il y a eu un faible taux de réponse au sondage Web mené auprès des dirigeants communautaires et des directeurs et des membres du personnel de la santé.	Compte tenu du faible taux de réponse, on ne peut pas généraliser les données recueillies lors du sondage Web pour qu'elles s'appliquent à toutes les collectivités inuites et des Premières Nations servies par le programme.	Les constatations du sondage ont été mises en correspondance avec les résultats des autres sources de données probantes, en particulier les visites sur place, pour évaluer la cohérence.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément 2 — Nécessité continue des programmes

Il est nécessaire de maintenir les programmes de mieux-être mental, puisque les peuples inuits et des Premières Nations connaissent invariablement des taux plus élevés de problèmes de santé mentale (p. ex. détresse psychologique et troubles de l'humeur), de suicide et de consommation de drogues illicites et d'alcool que l'ensemble de la population canadienne.

Le taux de prévalence du suicide, de la toxicomanie et de l'alcoolisme, de la consommation de drogues et d'autres problèmes de santé mentale chez les Premières nations et les Inuits est supérieur, de manière disproportionnée, à celui de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, dans l'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations de 2008-2010, environ la moitié (51 %) de tous les adultes des Premières Nations vivant sur une réserve ont signalé un niveau modéré ou élevé de détresse psychologique, comparativement à 34 % de la population générale. Chez les jeunes des Premières Nations, environ le tiers des filles et le cinquième des garçons ont déclaré s'être sentis déprimés, tristes ou mélancoliques pendant deux semaines de suite ou plus au cours des 12 mois précédents¹. Selon les données de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2007 à 2012, les membres des Premières Nations (âgés de 15 ans et plus) vivant à l'extérieur d'une réserve étaient deux fois plus susceptibles de déclarer avoir été diagnostiqués d'un trouble de l'humeur (13 % des membres des Premières Nations âgés de 15 à 24 ans, 17 % de ceux âgés de 25 à 54 ans et 11 % de ceux âgés de 55 ans et plus²), comparativement aux Inuits et aux non-Autochtones (7 % d'Inuits³ et 6 % de non-Autochtones). Les membres des Premières Nations qui vivent à l'extérieur des réserves et les Inuits étaient plus

susceptibles de considérer leur état de santé mentale comme médiocre ou passable (14 % des membres des Premières Nations⁴ et 6 % des Inuits) comparativement à 5 % pour la population non autochtone⁵.

Les liens entre la consommation de substances et les problèmes de santé mentale sont complexes. Il est généralement admis qu'une personne ayant un problème de santé mentale est plus susceptible d'utiliser des substances à des fins d'automédication, tout comme une personne aux prises avec un problème de toxicomanie est plus susceptible d'avoir ou de développer un problème de santé mentale. De même, il est généralement reconnu que les personnes ayant des problèmes concomitants de santé mentale ont de moins bons résultats de traitement; comportent un risque plus élevé de se faire du mal; et ont le plus de besoins non comblés. Les problèmes de santé mentale des membres des Premières Nations et des Inuits sont exacerbés par les taux supérieurs de toxicomanie et de suicide qu'ils affichent par rapport à la population générale du Canada, comme il est indiqué plus bas :

Suicide

- **Le taux de suicide chez les membres des Premières Nations et les Inuits est beaucoup plus élevé qu'au sein de la population générale, et le taux de suicide chez les jeunes augmente.** Les jeunes et les adultes inuits et des Premières Nations affichent des taux de suicide plus élevés que la population canadienne dans son ensemble.

Entre 2005 et 2007, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte population des Premières Nations était 11 fois supérieur pour les garçons et 21 fois supérieur pour les filles par rapport à celui des jeunes qui vivaient dans des régions où les Premières Nations étaient peu représentées⁶. On observe des tendances semblables au sein des populations inuites. Entre 2004 et 2008, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte population inuite (Inuit Nunangat) était 35 fois supérieur chez les garçons et 28 fois supérieur chez les filles par rapport au taux de suicide de l'ensemble de la population canadienne. En 2001, le taux national de suicide des Inuits était de 135 pour une population de 100 000 habitants, ce qui est 11 fois supérieur au taux de l'ensemble de la population canadienne qui est de 12 pour 100 000 habitants⁷.

Au cours de la période allant de 2000-2002 à 2005-2007, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte population issue des Premières Nations a augmenté de 13 % chez les garçons et de 43 % chez les filles, alors que le taux de suicide dans les régions ayant une faible population issue des Premières Nations a diminué de 24 % chez les garçons et est demeuré inchangé chez les filles (0,09 %)⁸. En outre, de 1994-1998 à 2004-2008, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte population inuite (Inuit Nunangat) ont augmenté de 32 % chez les garçons, alors que le taux de suicide pour la même catégorie de la population générale canadienne a diminué de 42 %⁹.

Les membres des Premières Nations et les Inuits sont aussi plus susceptibles d'avoir des pensées suicidaires et de faire des tentatives de suicide en comparaison de la population non autochtone au Canada. Chez les adultes qui vivent dans une réserve, le pourcentage des

membres des Premières Nations qui ont déclaré avoir fait une tentative de suicide à un moment donné (13 %) était supérieur à la proportion d'adultes de la population générale canadienne (9 %) ¹⁰. Selon les résultats de l'Enquête régionale des peuples autochtones de 2012, les femmes inuites (24 %) et des Premières Nations (26 %) qui vivaient à l'extérieur d'une réserve étaient plus susceptibles de déclarer avoir des pensées suicidaires que les femmes non autochtones (14 %); et les hommes inuits (23 %) et des Premières nations (21 %) qui vivaient à l'extérieur d'une réserve étaient plus susceptibles de déclarer avoir des pensées suicidaires que les hommes non autochtones (11 %) ¹¹.

Toxicomanie

- **Même si les membres des Premières Nations et les Inuits sont moins susceptibles que la population générale de consommer de l'alcool, ceux qui le font sont plus susceptibles de s'adonner à une consommation abusive d'alcool.** Selon l'ERS 2008-2010, presque les deux tiers (64 %) des membres des Premières Nations qui boivent de l'alcool ont déclaré avoir une consommation abusive d'alcool comparativement à 18 % au sein de la population canadienne. Alors que les taux de consommation d'alcool abusive ² tendent à diminuer au début de l'âge adulte au sein de la population générale, la consommation abusive d'alcool demeure présente chez les adultes des Premières Nations qui sont dans leur trentaine, quarantaine et cinquantaine (CGIPN, 2012) ¹². En 2012, 26 % des Inuits âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir une consommation abusive d'alcool comparativement à 18 % au sein de la population canadienne ¹³.
- **Un pourcentage beaucoup plus élevé d'adultes et de jeunes chez les Inuits et les Premières Nations qu'au sein de la population générale consomment des drogues illicites.** L'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues de 2011 indique que les deux drogues illicites le plus souvent utilisées au sein de la population canadienne (personnes âgées de 15 ans et plus) étaient le cannabis et le crack, 9 % et 0,9 % de la population générale, respectivement, ayant déclaré avoir consommé ces substances dans la dernière année ¹⁴. En comparaison, dans l'ERS de 2008-2010, 32 % des adultes des Premières Nations ont affirmé consommer du cannabis, et 8 % ont déclaré consommer du crack ¹⁵. Bien qu'il y ait des données à jour limitées sur la consommation de drogues illicites au sein de la population inuite, une étude effectuée dans 25 collectivités du Nunavut en 2007 et en 2008 a démontré que 62 % des répondants âgés de plus de 18 ans ont déclaré avoir consommé pour l'effet une substance au moins une fois au cours de leur vie, 43 % ont déclaré consommer pour l'effet des drogues à usage récréatif comme la marijuana ou le haschich au cours des 12 mois précédents, 4 % ont déclaré consommer des médicaments en vente libre ou prescrits, et 5 % ont déclaré consommer des drogues dures comme la cocaïne et la méthamphétamine en cristaux ¹⁶.
- **Les données donnent à penser que la mauvaise utilisation de médicaments en vente libre, particulièrement les opioïdes, se produit à des niveaux disproportionnellement élevés dans les collectivités des**

² La consommation abusive est définie ainsi : cinq consommations ou plus en une seule séance, au moins une fois par mois, au cours des 12 derniers mois.

Premières Nations au Canada. Selon l'ERS des Premières nations de 2008-2010, 5 % des membres des Premières Nations âgés de 18 ans et plus vivant dans une réserve ou dans une collectivité des Premières Nations du Nord ont affirmé avoir consommé des opioïdes illégaux ou d'ordonnance au cours de la dernière année (y compris la morphine, la méthadone et la codéine) sans une ordonnance, et 6 % ont déclaré avoir consommé des sédatifs ou des somnifères sans ordonnance, y compris des Valium, du Serepax et du Rohypnol. On voit aussi des tendances similaires chez les jeunes des Premières Nations (âgés de 12 à 17 ans), dont 1,3 % ont déclaré avoir consommé des opioïdes illégaux ou d'ordonnance sans une ordonnance au cours des 12 derniers mois, et 2,2 % ont déclaré consommer des sédatifs ou des somnifères sans ordonnance¹⁷. Certaines collectivités des Premières Nations ont signalé des épidémies où une proportion de 43 % à 85 % des membres de la collectivité étaient dépendants des opiacés (Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance)¹⁸.

En comparaison, en 2012, environ seulement 0,5 % de la population adulte canadienne a déclaré consommer des analgésiques opioïdes, 0,6 % a déclaré consommer des stimulants, et la consommation abusive de sédatifs ne pouvait pas être déclarée en raison du faible nombre de consommateurs et de la petite taille de l'échantillon¹⁹. Les données récentes du Programme des services de santé non assurés de la DGSPNI de Santé Canada montrent que 898 ordonnances d'opioïdes par 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus ont été délivrées dans les collectivités des Premières Nations de l'Ontario en 2007, dont 119 pour des préparations d'oxycodone²⁰. L'accès facile aux médicaments d'ordonnance et les problèmes associés à la surveillance et au détournement de médicaments d'ordonnance des pharmacies ont contribué au problème de consommation de médicaments d'ordonnance.

Nombre de collectivités inuites et des Premières Nations font face à des crises en ce qui a trait au suicide, à la consommation d'alcool et de drogues, aux maladies transmissibles et aux inquiétudes au sujet du bien-être des enfants. De plus, de nombreuses collectivités des Premières Nations font face à des crises liées à la consommation de médicaments d'ordonnance. Même s'il n'existe pas de statistiques exactes sur le nombre de crises qui se produisent dans les collectivités inuites et des Premières Nations, un examen de la littérature indique que l'influence des traumatismes et des facteurs de stress historiques et actuels sur certaines personnes, familles et collectivités des Premières Nations et des Inuits est un facteur qui contribue aux crises. La nature et la gravité de ces crises varient selon les circonstances propres à chaque collectivité. Par exemple, dans certaines collectivités, cela se manifeste par une épidémie de suicides et de toxicomanies, alors que dans d'autres, il peut s'agir de taux importants de violence ou la prise en charge généralisée par les services d'aide sociale à l'enfance.

Selon la littérature, la prévalence disproportionnée de toxicomanies, de suicides et d'autres problèmes de santé mentale chez les membres des Premières nations et les Inuits peut être attribuée, du moins en partie, à leurs expériences historiques de traumatismes et de facteurs de stress associés à la colonisation, à la perturbation culturelle, à l'oppression, à la marginalisation et aux traumatismes intergénérationnels²¹. Historiquement, le suicide était très rare chez les Premières Nations et les Inuits. Ce n'est qu'après le contact avec les Européens et les effets subséquents du colonialisme que le suicide est devenu répandu²². Les déplacements et les règlements imposés, la restriction des pratiques de chasse et de cueillette, et la transformation des structures sociales et familiales par l'introduction de normes et de valeurs européennes et

chrétiennes et l'apparition des pensionnats indiens ont tous contribué aux anomalies contemporaines touchant les déterminants sociaux de la santé et les résultats en matière de santé des membres des Premières Nations et des Inuits au Canada²³. Selon les résultats de l'ERS de 2008-2010, les membres des Premières Nations qui étaient dans les pensionnats indiens étaient moins susceptibles de déclarer se sentir psychologiquement équilibrés (44 %) et plus susceptibles d'éprouver une détresse psychologique que les adultes des Premières Nations qui n'étaient pas dans les pensionnats indiens (50 %). Les pensionnats indiens ont eu une incidence non seulement sur les élèves, mais aussi sur les générations suivantes, les enfants et les familles des survivants. L'ERS de 2008-2010 a indiqué que les jeunes des Premières Nations dont la mère ou le père était dans un pensionnat indien étaient 1,4 fois plus susceptibles de penser au suicide en comparaison de jeunes dont la mère ou le père n'était pas dans un pensionnat indien²⁴.

Parmi les autres facteurs relevés dans la littérature qui contribuent à la prévalence élevée de problèmes de santé mentale et de dépendance chez les membres des Premières Nations et les Inuits et qui peuvent être attribués, du moins en partie, aux éléments mentionnés plus haut, mentionnons les écarts au chapitre des revenus et de l'emploi, les niveaux plus bas d'éducation et d'alphabétisation, la discrimination et le racisme, les soins prénataux médiocres et la consommation d'alcool et de tabac au cours de la grossesse. Ces facteurs sont liés à un faible développement physique, émotif et intellectuel chez certains enfants inuits et des Premières Nations.

Des facteurs supplémentaires contribuant à une prévalence élevée des problèmes de santé mentale et de dépendances chez les membres des Premières Nations et des Inuits, comme les défis concernant l'accès aux services de soins de santé, en raison de l'emplacement éloigné de nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations; le manque d'infrastructures de transport; le nombre inadéquat de professionnels de la santé; et les obstacles linguistiques. Les collectivités desservies par les Programmes de MEM varient grandement pour ce qui est de la géographie, de la culture, de la langue et des structures politiques. Les documents des programmes révèlent que 35 % des collectivités des Premières Nations sont isolées sur le plan géographique (c.-à-d. ont un accès limité à une route ou n'en ont pas); la majorité (56 %) sont de petites collectivités avec une population de moins de 500 personnes; et les collectivités parlent plus de 50 langues différentes. En raison de facteurs comme l'isolement géographique et les obstacles linguistiques, une proportion importante des adultes des Premières Nations ont déclaré qu'ils ont moins accès à des soins de santé de qualité comparativement aux autres Canadiens. Selon les résultats de l'ERS de 2008-2010, 39 % des adultes des Premières Nations ont déclaré avoir moins accès à des services de santé que la population générale canadienne, alors qu'environ la moitié (49 %) de tous les adultes des Premières Nations ont affirmé avoir le même niveau d'accès aux services de santé que la population générale canadienne²⁵.

Les constatations de la présente évaluation sont harmonisés avec les résultats de l'évaluation des Programmes de MEM offerts dans le Nord du Canada (nord du 60^e parallèle) qui couvre la période de 2005 à 2010. Les deux évaluations montrent que les taux de suicide, de toxicomanie et d'alcoolisme et d'autres problèmes de mieux-être mental à l'échelle de la région sont élevés. En outre, on a conclu que l'isolement, l'éloignement et les traumatismes historiques, y compris l'expérience associée aux pensionnats, ont des répercussions sur les taux supérieurs de problèmes de MEM chez les Premières Nations et les Inuits dans le Nord²⁶.

4.2 Pertinence : Élément 2 — Harmonisation avec les priorités gouvernementales

4.2.1 Les programmes de mieux-être mental sont-ils harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques ministériels?

Les objectifs et les activités des programmes de MEM de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), qui comprennent la promotion du mieux-être mental positif ainsi que le traitement des toxicomanies et de l'alcoolisme, vont de pair avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du Ministère.

Harmonisation avec les priorités gouvernementales

On a souligné comme une priorité l'investissement dans les services de santé mentale dans les budgets fédéraux récents. Au cours des cinq dernières années, le gouvernement fédéral a pris un certain nombre d'engagements concernant le mieux-être mental en mettant nettement l'accent sur les services propres aux Premières Nations et aux Inuits.

Le Budget 2013 prévoyait un investissement supplémentaire de 52 millions de dollars sur deux ans pour renforcer les services de santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits, dont 4 millions de dollars consacrés aux services de santé mentale pour soutenir quatre équipes multidisciplinaires de mieux-être mental²⁷. On a plus tard confirmé un financement annuel continu pour ces équipes dans le Budget 2015. Le Budget 2014 prévoyait l'octroi de 44,9 millions de dollars sur cinq ans pour élargir la portée de la Stratégie nationale antidrogue de manière à ce qu'elle englobe la consommation de médicaments d'ordonnance au Canada, qui comprenait 13,5 millions de dollars pour améliorer la prévention et les services de traitement dans les collectivités des Premières Nations²⁸.

La première stratégie sur la santé mentale du Canada, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, produite par la Commission de la santé mentale du Canada, propose six orientations stratégiques comme moyen d'améliorer le système de santé mentale afin de répondre aux besoins de tous les Canadiens. Ces recommandations portent sur la promotion de la santé mentale et du mieux-être, sur la prévention de la santé mentale et du suicide lorsque cela est possible et sur le soutien au traitement et au rétablissement de personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale. La Stratégie prévoit la collaboration entre tous les ordres de gouvernement pour assurer l'accès aux mesures de soutien et aux services, et au traitement durant toute leur vie. La cinquième orientation stratégique prévoit particulièrement un continuum de services de santé mentale adaptés à la culture des Autochtones pour « contribuer à faire surgir la vérité sur les traumatismes intergénérationnels, aider la guérison de ceux-ci et favoriser la réconciliation entre les parties touchées ».

Les programmes de MEM s'appuient sur la présentation d'excuses par le gouvernement fédéral aux anciens élèves des pensionnats indiens et font partie de l'engagement à fournir des mesures de soutien psychologique et affectif aux personnes touchées par le processus de règlement dans le cadre du Programme de soutien en santé — résolution des questions des pensionnats indiens.

Harmonisation avec les résultats stratégiques de Santé Canada

Les programmes de MEM sont harmonisés avec les priorités ministérielles et les résultats stratégiques de Santé Canada. En particulier, les objectifs des programmes de MEM sont harmonisés avec la priorité ministérielle de Santé Canada de « *renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits* ». Les objectifs des programmes de MEM sont aussi harmonisés avec les résultats stratégiques suivants de Santé Canada : « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé. »

Le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada pour 2014-2015 (ainsi que le Rapport de 2013-2014) fait état de la détermination du gouvernement à faire ce qui suit :

- continuer d'améliorer les modèles de prestation des services dans les collectivités éloignées ou isolées des Premières Nations afin d'appuyer un système de soins de santé moderne, durable et de haute qualité pour les collectivités des Premières Nations;
- mettre en œuvre le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations et continuer de travailler avec les partenaires inuits à mettre au point un Cadre du continuum du mieux-être mental pour les Inuits;
- poursuivre la mise en œuvre du cadre « Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada », y compris l'élaboration d'outils servant à appuyer l'utilisation d'une approche systémique axée sur les points forts pour traiter les problèmes de toxicomanie chez les peuples des Premières Nations du Canada;
- continuer à fournir des services de soutien en santé afin que les anciens élèves des pensionnats indiens et leurs familles qui sont admissibles puissent aborder en toute sécurité un large éventail de questions de bien-être liées aux répercussions de ces écoles;
- continuer à soutenir les collectivités inuites et des Premières Nations pour régler les questions touchant la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones.

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

4.3.1 Les Programmes de mieux-être mental sont-ils harmonisés avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?

Le gouvernement fédéral a un rôle dans la prestation de soins de santé aux populations inuites et des Premières Nations.

Au Canada, les soins de santé sont une responsabilité partagée par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Les provinces et les territoires offrent des services de santé universels assurés (médecin et services hospitaliers) à tous les résidents, y compris aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis.

Des politiques fédérales comme la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens décrivent les objectifs du gouvernement fédéral à l'égard de la santé des Autochtones. La Politique sur la santé des Indiens (1979) confère le pouvoir de prestation de programmes de santé visant les Premières Nations et les Inuits, dont les programmes de mieux-être mental sont une composante. Elle encourage aussi l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et des Inuits « grâce à des mécanismes générés et tenus à jour par les collectivités elles-mêmes ».

4.3.2 Est-ce que les programmes de mieux-être mental reproduisent d'autres programmes (p. ex. fédéraux, provinciaux ou territoriaux), les complètent ou les chevauchent?

Au lieu de reproduire les autres programmes conçus pour aborder les questions de santé mentale et de toxicomanie dans les collectivités inuites et des Premières Nations, les programmes de MEM semblent les compléter. Les programmes de MEM sont uniques en ce qui a trait à leur portée plus large, et ils visent à faire en sorte que les services reflètent la culture, les traditions et le mode de vie des Premières Nations et des Inuits.

Il existe d'autres programmes du gouvernement fédéral qui ont des composantes similaires à celles des programmes de MEM. Par exemple, Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) offre cinq programmes de soutien social pour les peuples autochtones qui comprennent tous un volet consacré au mieux-être mental. L'examen des documents indique que certains de ces programmes (p. ex. le Programme des services à l'enfance et à la famille et le Programme pour la prévention de la violence familiale) ont des objectifs similaires à ceux des programmes de MEM (p. ex. les refuges pour femmes comprennent des volets liés à la santé mentale, comme du counselling en cas de crise pour les victimes de violence), toutefois, les objectifs des programmes de MEM sont plus larges et plus complets, alors que les autres programmes se concentrent sur un aspect particulier du mieux-être. Des programmes et des services similaires sont aussi offerts par les fournisseurs de services provinciaux, mais une grande proportion des membres des Premières Nations et des Inuits ont de la difficulté à accéder à ces services en raison d'obstacles liés à la sphère de compétence, à la culture et à la géographie. Un aspect clé

des programmes de mieux-être, souligné par les répondants clés, est que les programmes de MEM intègrent davantage la culture, les traditions et le mode de vie des Premières Nations et des Inuits que les autres programmes.

Chez les répondants clés, environ la moitié (54 %) ont déclaré qu'il n'y avait aucun double emploi ni chevauchement à l'égard des programmes de mieux-être mental et des services fournis par d'autres programmes fédéraux ou provinciaux/territoriaux, le quart (25 %) n'avaient pas d'opinion et environ un cinquième (21 %) ont déclaré un certain chevauchement ou un certain double emploi.

En outre, selon les répondants clés, les collectivités inuites et des Premières Nations font face à des problèmes tellement importants de MEM que les ressources d'un seul programme ne sont pas suffisantes pour les résoudre. Par conséquent, ils sont d'avis que les activités et les programmes mis en œuvre par des programmes similaires complètent les activités, dans la plupart des cas, plutôt que de reproduire les programmes de MEM. Néanmoins, certains répondants clés ont souligné l'importance et la nécessité d'une collaboration accrue et d'un partenariat élargi aux échelons national et régional parmi tous les intervenants pour assurer une coordination et une harmonisation continues des programmes de MEM avec d'autres programmes et services similaires.

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

4.4.1 Dans quelle mesure les programmes de mieux-être mental ont-ils réalisé des progrès en vue de l'atteinte des résultats escomptés?

Résultat immédiat n° 1 : Accroissement et amélioration de la collaboration et du réseautage

Les activités de collaboration et de réseautage se sont améliorées à tous les échelons du système : à l'échelon national, on a adopté une nouvelle approche relativement à l'élaboration de politiques et à la participation à celle-ci pour mobiliser les intervenants des Premières Nations et les Inuits au début du processus; à l'échelon régional, on a créé des structures de cogestion en faisant participer les partenaires provinciaux et communautaires au processus décisionnel; et à l'échelon communautaire, les EMEM ont joué un rôle essentiel dans l'amélioration du réseautage et de la coordination entre les fournisseurs de services. Cependant, tous les programmes de mieux-être mental sont largement mis en œuvre de façon cloisonnée aux échelons national et régional à Santé Canada, et l'interaction du personnel des différents programmes est insuffisante.

Collaboration et réseautage aux échelons national et régional

Les programmes de MEM ont réalisé des progrès pour ce qui est de faciliter la collaboration, les partenariats et le réseautage à l'échelon national. Au cours des dernières années, la DGSPNI a changé son approche à l'égard de l'élaboration de politiques à l'échelon national en reconnaissant l'importance de faire participer les organisations et les collectivités des Premières Nations comme partenaires égaux dès le début de l'élaboration des politiques et des programmes. La réalisation la plus importante a été l'adoption de nouveaux processus novateurs aux fins de l'élaboration du cadre « Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada et du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières nations ». L'élaboration des deux cadres est vue comme un processus qui a connu un franc succès au chapitre de la mobilisation de tous les intervenants (p. ex. les Premières Nations, les experts de la santé mentale et les organismes de financement) et qui a joué un rôle déterminant pour ce qui est de favoriser une élaboration fructueuse et collaborative des politiques. Le processus d'élaboration de ces documents supposait la création de partenariats solides et authentiques avec des intervenants des Premières Nations, de groupes consultatifs d'experts et d'une approche fondée sur la collaboration. Les deux cadres ont été rédigés de façon à ce qu'ils reflètent les discussions et la rétroaction reçue de la part des intervenants qui ont participé au processus. Le niveau de collaboration appliqué à l'élaboration des politiques a reçu un fort appui des intervenants des Premières Nations.

À l'échelon national, le personnel des programmes de MEM collabore dans une certaine mesure avec les représentants de programmes mis en œuvre par d'autres ministères du gouvernement fédéral, particulièrement AANC. Selon les répondants clés, les efforts actuels de coordination entre AANC et la DGSPNI ne sont pas systématiques et dépendent de l'initiative des membres du personnel aux échelons régional et national. Toutefois, on a noté que la récente mise en place de l'équipe de mise en œuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été utile pour rassembler divers partenaires au niveau national et pourrait soutenir la collaboration avec AANC dans l'avenir. En général, les répondants clés considèrent que les Programmes de MEM connaissent un certain succès relativement au réseautage à l'échelon national (une cote moyenne de 3,6 sur 5 sur une échelle de 1 à 5 où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure).

À l'échelon régional, l'élaboration de structures de cogestion en Alberta et dans les régions de l'Atlantique a facilité l'établissement de partenariats avec des partenaires provinciaux et communautaires. Les membres votants de ces structures de cogestion comprennent souvent la DGSPNI et les dirigeants communautaires, et un comité du mieux-être mental (dont les membres sont nommés par la structure de cogestion) assure la surveillance des programmes de mieux-être mental mis en place par tous les intervenants. Ces comités du mieux-être mental ont contribué au renforcement des relations avec tous les intervenants, y compris les fournisseurs de services provinciaux, et à une meilleure coordination des activités.

L'élément central et l'ampleur des partenariats et des relations varie d'une région à une autre en fonction des circonstances régionales, des besoins et des modèles de prestation. Par exemple, il est plus difficile d'établir des relations dans la région de l'Atlantique en raison du besoin d'assurer une coordination avec quatre gouvernements provinciaux. Au Québec, la prestation des programmes de MEM de la DGSPNI est plus complexe et intégrée dans les structures provinciales en raison de l'établissement de conseils de la santé qui comprennent des

représentants des collectivités inuites et des Premières Nations. Les conseils de la santé fournissent des programmes de MEM financés par le gouvernement provincial aux collectivités inuites et des Premières Nations et voient aussi à l'harmonisation et à la communication avec les programmes de MEM financés par la DGSPNI. En Saskatchewan, la collaboration et les partenariats sont axés sur l'élaboration et la réalisation d'initiatives et de projets conjoints, comme la préparation du plan stratégique provincial de mieux-être mental et la création de l'All Nations' Healing Hospital, lequel est construit sur des terres des Premières Nations, géré par la province et soutenu par un financement du gouvernement fédéral. En Alberta, les partenariats régionaux étaient concentrés sur la planification et la gestion de crises, et le bureau de la DGSPNI travaille avec Alberta Health pour résoudre des crises dans les collectivités et tirer parti du soutien provincial pour se préparer aux situations de crises et les résoudre.

Malgré les améliorations des dernières années, on observe, aux échelons national et régional au sein de la DGSPNI, des variations dans l'ampleur de la collaboration du personnel entre les programmes et dans l'intégration des activités des divers programmes. Un facteur clé qui a restreint le niveau de collaboration et de partenariat est l'absence de mécanisme officiel, comme une stratégie ou un système national de collaboration, et l'absence d'intégration dans la prestation des programmes. En outre, selon le personnel des programmes, il n'existe pas de comité ou d'autre organe permettant de rassembler tous les intervenants des programmes pour discuter des possibilités de collaboration et les définir; toutefois, l'équipe de mise en œuvre du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations est prometteuse à cet égard.

Collaboration et réseautage à l'échelon communautaire

Au cours de la période couverte par l'évaluation, la fréquence et l'ampleur de la collaboration et des activités de réseautage à l'échelon communautaire se sont améliorées grâce à l'introduction des EMEM, du recours accru à l'aiguillage des renvois et à la gestion des dossiers, et, selon les répondants clés, de l'utilisation de modèles de financement plus souples. Au cours des visites sur les lieux dans les collectivités, les membres du personnel communautaire (n = 45) ont noté qu'ils considèrent que les programmes de MEM ont obtenu quelque peu de succès relativement à l'amélioration de la collaboration et du réseautage (cote moyenne de 3,4³). Dans la plupart des cas, la collaboration et les partenariats à l'échelon communautaire concernent l'aiguillage de clients. Environ la moitié (49 %) des directeurs et du personnel de la santé ayant répondu au sondage ont déclaré que l'utilisation des services de gestion des cas pour l'aiguillage de clients a aidé à nouer des liens avec d'autres fournisseurs de services dans leur collectivité et à l'extérieur de celle-ci. La plupart des directeurs et membres du personnel de la santé communautaire ont déclaré qu'ils avaient recours à des fournisseurs de services à l'enfance et à la famille et à d'autres services de soins de santé dans leur collectivité de même qu'à des fournisseurs de services à l'extérieur de leur collectivité pour fournir des soins à leurs clients. La plupart des relations fréquentes entre le personnel communautaire de la santé et les organisations à l'extérieur de la collectivité sont avec les autorités sanitaires provinciales, des fournisseurs de services, des organismes éducatifs et le système judiciaire.

³ Sur une échelle de 1 à 5 où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure.

Les équipes de mieux-être mental, là où elles existent, ont joué un rôle important dans l'amélioration de la collaboration et des partenariats à l'échelon communautaire. Selon l'évaluation des EMEM de 2012, toutes les EMEM examinées ont réussi à renforcer les interactions, les partenariats et la coordination entre les fournisseurs de services dans les collectivités, ce qui a amélioré le continuum de soins pour les représentants communautaires. Les EMEM ont aussi joué un rôle important dans l'amélioration du réseautage et de la coordination entre des fournisseurs de services (p. ex. écoles, système judiciaire, cliniques, conseils de la santé, chefs de bande, hôpitaux) et dans l'organisation d'événements culturels, d'ateliers et d'activités de renforcement des capacités pour regrouper les membres de la collectivité. En outre, la plupart des équipes ont tiré parti de ressources et de financement supplémentaires provenant d'autres sources pour accroître la capacité communautaire (p. ex. au Nouveau-Brunswick, la province a contribué des services de soins infirmiers psychiatriques aux EMEM). Le niveau d'intégration des différents programmes de MEM varie considérablement et a une incidence sur l'étendue de la collaboration entre ces programmes. Le degré d'intégration et de collaboration est aussi touché par les modèles communautaires de financement, car les répondants clés (c.-à-d. les membres du personnel de la santé communautaire) font remarquer que l'intégration et la collaboration peuvent être établies plus facilement dans les collectivités qui sont financées au moyen de modèles de financement plus flexibles. De plus, l'éloignement et l'isolement minent la capacité des collectivités à établir des relations de collaboration et des partenariats. Les niveaux d'interaction, d'aiguillage, de relations et de partenariats sont beaucoup plus élevés dans les collectivités qui sont situées à proximité de grands centres urbains que dans celles qui se trouvent dans des endroits éloignés et isolés.

Selon le quart des répondants clés et les résultats des consultations communautaires, il y a un niveau inadéquat de communication entre la DGSPNI et les collectivités. Plusieurs membres du personnel de la santé communautaire ont indiqué qu'ils se sentent déconnectés de la DGSPNI et qu'ils ne sont pas au courant des avancées dans le domaine du mieux-être mental et des changements touchant les programmes de MEM. Certains répondants clés ont noté qu'ils étaient aussi limités dans leur capacité de rendre visite aux collectivités et de participer au réseautage et à des activités visant à renforcer la capacité. Le personnel de la santé communautaire a demandé à recevoir de la DGSPNI des communications et des comptes rendus réguliers reliés à leur travail concernant des aspects comme les changements dans la structure et la prestation des programmes; les nouveaux programmes et les possibilités de financement; les pratiques exemplaires dans la prestation de programmes de mieux-être mental; et les données de référence nationales et régionales. En Alberta, le bureau régional de la DGSPNI a récemment conçu un bulletin qui fournit des comptes rendus aux collectivités et transmet des nouvelles, de l'information et des pratiques exemplaires. Les membres du personnel communautaire trouvent le bulletin très utile dans le cadre de leur travail.

Résultat immédiat n° 2 : Amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations

Les programmes de MEM ont réussi à améliorer le continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations grâce à l'introduction de guérisseurs traditionnels et d'Aînés pour offrir un soutien en matière de mieux-être mental, à une plus grande insistance sur la coordination des services chez les fournisseurs de

services fédéraux, provinciaux et communautaires et pour veiller à l'introduction de nouvelles initiatives comme les équipes de mieux-être mental. Les lacunes existantes dans le continuum comprennent l'absence des capacités nécessaires pour cerner de façon proactive les premiers signes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, et pour y donner suite, prévoir les crises et intervenir à cet égard, offrir un suivi à ceux qui ont terminé leur traitement et fournir l'accès à des services de désintoxication et à d'autres services spécialisés.

L'évaluation a révélé que des progrès ont été réalisés à l'égard du nombre de collectivités offrant des programmes et des services de MEM. Selon les résultats des rapports établis du modèle de rapport communautaire (MRC), en 2013-2014, 435 collectivités inuites et des Premières Nations ont déclaré avoir offert des programmes de MEM, ce qui représente 71 % des 485 collectivités couvertes par la portée de l'évaluation. Cela représente une augmentation de 25 % par rapport à 2011-2012, alors que 277 collectivités avaient déclaré offrir des programmes de MEM.

Les répondants clés ont déclaré que les programmes de MEM avaient réalisé des progrès dans l'amélioration du continuum de programmes et de services disponibles dans les collectivités (cotes moyennes de 3,3⁴ donnée par le personnel de Santé Canada, cote de 3,7 par les coordonnateurs des équipes de mieux-être mental et 3,6 par les dirigeants communautaires). Actuellement, les types de programmes de MEM offerts dans les collectivités comprennent des activités traditionnelles; du sport, des activités de loisir et d'autres; des activités de sensibilisation communautaires liées à la prévention du suicide; des programmes de préparation à la vie active (p. ex. leadership, résolution de problèmes); des ateliers de formation sur la surveillance du suicide et la réaction après celui-ci et l'intervention d'urgence; des exposés et des ateliers sur la toxicomanie et les activités de santé mentale; des événements culturels; des groupes de soutien à la réadaptation pour toxicomanes; et des programmes en milieu scolaire pour appuyer la sensibilisation à l'égard de la toxicomanie et des dépendances. Selon les répondants clés, y compris les représentants communautaires des Premières Nations, il y a eu une attention et un soutien accrus relativement à la promotion de la culture et des traditions communautaires. Les collectivités ont été en mesure de recruter et d'utiliser des guérisseurs traditionnels et des Aînés et d'organiser des activités et des événements culturels, ce qui a augmenté la gamme et le continuum de services disponibles. Le continuum de services a aussi été amélioré en insistant davantage sur la coordination des services parmi les fournisseurs de services fédéraux, provinciaux et communautaires, en recourant davantage aux services de gestion des cas, en introduisant de nouvelles initiatives comme les équipes de mieux-être mental et en concevant un certain nombre de cadres, d'outils et de ressources.

Pour déterminer s'il y a des lacunes dans les services existants, on a comparé les activités des programmes de MEM au continuum de sept services essentiels décrits dans le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations (CCMEMPN) comme étant nécessaires pour répondre aux besoins des Premières Nations. Comme le Cadre a été lancé en 2015, il est trop tôt pour s'attendre à une harmonisation des programmes de MEM avec le Cadre; toutefois, l'exercice a été utile pour déterminer les progrès réalisés quant à l'harmonisation des programmes existants avec des éléments et des principes décrits dans le document et pour relever

⁴ Sur une échelle de 1 à 5 où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure.

les lacunes existantes. Voici un résumé des constatations clés de cet exercice de mise en correspondance.

Promotion de la santé, prévention, développement communautaire et éducation

- **Des sept services essentiels précisés dans le Cadre, les Programmes de MEM ont permis les réalisations les plus importantes dans le domaine de la promotion, de la prévention et de l'éducation en matière de santé.**

Les résultats des visites sur les lieux dans les collectivités ont démontré que la plupart des activités et des programmes offerts par les programmes de MEM portaient une certaine attention à la promotion, à la prévention et à l'éducation en matière de santé. Dans les 14 collectivités des Premières Nations visitées, les programmes offrent un grand nombre d'ateliers, de séances de formation et de séances d'information sur le mieux-être mental et d'événements et de cérémonies culturels, et distribuent des documents d'information. Les résultats des rapports établis selon le MRC ont aussi montré que la plupart des collectivités mènent des activités de promotion, de prévention et d'éducation. Par exemple, 88 % des collectivités inuites et des Premières Nations qui ont soumis un rapport établi selon le MRC en 2013-2014 ont déclaré avoir offert des activités de sensibilisation communautaires liées à la prévention du suicide, et 97 % ont déclaré avoir tenu des activités de mieux-être faisant la promotion de la santé mentale.

Intervention en situation de crise

- **Des progrès importants ont été réalisés en ce qui concerne la préparation en cas de crise.** Des participants à un groupe de discussions composé de répondants clés et des Premières Nations dans les collectivités visitées dans le cadre de l'évaluation ont déclaré que, au cours de la période couverte par l'évaluation, des progrès importants ont été réalisés dans l'élaboration de plans communautaires de crise et dans l'organisation d'équipes communautaires d'intervention en cas de crise. La capacité limitée des collectivités de réagir adéquatement à une crise a augmenté l'attention portée sur la préparation en cas de crise, et un nombre accru de collectivités élaborent des plans d'intervention en cas de crise et forment des équipes d'intervention en cas de crise. Cependant, il existe toujours une lacune majeure dans la capacité communautaire de gérer efficacement des crises comme des vagues de suicide.

Coordination et planification des soins

- **On a apporté des améliorations afin de permettre une meilleure coordination des soins et une meilleure planification des soins.** L'introduction des EMEM et des équipes d'amélioration du mieux-être communautaire (EAMEC) en Ontario a joué un rôle crucial dans l'amélioration de la coordination des soins et la planification à l'échelon communautaire. Les rapports établis selon le MRC montrent que la plupart des collectivités inuites et des Premières Nations travaillent en partenariat avec les autorités sanitaires régionales, des organisations sans but lucratif, les services de police, des organismes éducatifs et des ministères provinciaux pour offrir des services afin de coordonner leurs services et de planifier les soins pour leurs clients. Toutefois, les résultats des discussions de groupe dans les collectivités des Premières Nations révèlent que la planification et la coordination des services de mieux-être mental dans les 14 collectivités

visitées demeurent ponctuelles et se résument pour la plupart à des mesures d'aiguillage. Les directeurs et le personnel de la santé communautaire laissent entendre que le principal défi associé à la coordination et à la planification des soins est l'absence de gestion des cas. Selon le sondage en ligne effectué auprès des directeurs et du personnel de la santé communautaire et des dirigeants communautaires, l'utilisation de la gestion des cas a augmenté au cours de la période couverte par l'évaluation; cependant, plus de la moitié des collectivités (51 %) n'ont toujours pas de système de gestion des cas en place. Cela mine la capacité des collectivités à coordonner les services, ce qui entraîne des services de qualité réduite et des services inadéquats pour les clients qui tombent entre les mailles du filet.

Par contre, on a réalisé des progrès limités dans les domaines de programmes suivants précisés dans le Cadre :

Dépistage et intervention précoces

- **On a réalisé peu de progrès en ce qui concerne le dépistage et l'intervention précoces relativement aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie.** Même si les rapports établis selon le MRC montrent qu'un grand nombre de collectivités disent offrir des services de dépistage et d'évaluation de base, les résultats des visites sur les lieux et des entrevues avec des répondants clés donnent à penser que les collectivités ne disposent pas des capacités suffisantes, dans l'ensemble, pour relever de manière proactive les premiers signes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Le dépistage et les évaluations des signes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie se produisent le plus souvent seulement lorsque des membres de la collectivité demandent de l'aide, souvent après que la situation s'est aggravée pour se transformer en crise. Ces défis sont aggravés par des processus d'aiguillage compliqués ou incohérents.

Traitement en fonction des traumatismes

- **Le traitement en fonction des traumatismes dans les collectivités demeure inadéquat, principalement en raison du manque de services spécialisés adaptés à la culture.** Le PSS RQPI a amélioré le continuum de programmes en se concentrant sur le traitement en fonction des traumatismes, un des sept services essentiels précisés dans le CCMEMPN comme étant nécessaires pour répondre aux besoins des collectivités des Premières Nations. Selon certains répondants clés et participants à des discussions en groupe, avant le PSS RQPI, on comprenait peu les traumatismes que les PI avaient causés dans la vie de ceux qui étaient touchés, et les survivants recevaient peu de soutien pour suivre le processus de règlement. Le programme a aidé les survivants à participer au processus de guérison et a fourni du soutien au cours du processus de règlement. Le programme a aussi mis en lumière certains des effets du système des PI et a permis aux gens de se manifester et de parler de leurs expériences et de leurs traumatismes. Comme l'ont noté des répondants clés et des intervenants communautaires, la principale lacune des services du PSS RQPI est liée à l'étendue des mesures de soutien offertes par le programme, qui n'est pas considérée comme adéquate pour aborder les graves traumatismes que les survivants ont vécu. Le PSS RQPI doit prendre fin lorsque la période d'application de la Convention de règlement relative aux PI fixée par la Cour sera écoulée, et on ne sait pas si d'autres programmes seront offerts pour répondre aux besoins particuliers

des survivants des PI. Les dirigeants communautaires et les directeurs et le personnel de la santé ayant répondu au sondage ont déclaré qu'il y avait un besoin continu à l'égard des types de services suivants : des guérisseurs traditionnels et des Aînés pour aider les survivants à guérir des traumatismes des pensionnats indiens (95 % des répondants); des services de soutien affectif fournis par des travailleurs de soutien autochtones issus de la collectivité (87 %); la promotion du mieux-être mental et des services de soutien (87 %); une intervention en cas de crise, comme l'évaluation des risques de suicide et l'intervention (86 %); le traitement de traumatismes comme la violence sexuelle, physique et psychologique (86 %); et des traitements de la toxicomanie et des ressources connexes (86 %).

Comme la plupart des collectivités inuites et des Premières Nations n'ont pas accès à des services spécialisés (p. ex. thérapeutes, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux autorisés) pour ces besoins complexes, les clients sont aiguillés à l'extérieur de la collectivité, souvent vers des fournisseurs de services provinciaux qui peuvent être perçus comme n'étant pas sûrs sur le plan culturel. Bien que la DGSPNI ait offert aux collectivités de la formation afin qu'elles puissent mieux comprendre les traumatismes et fournir des services aux clients ayant vécu un traumatisme, la formation n'est pas adéquate pour compenser le manque de services spécialisés. Par exemple, dans 8 des 14 collectivités des Premières Nations visitées, des membres du personnel de mieux-être mental ont déclaré avoir reçu de la formation liée aux traumatismes, y compris la formation sur le programme « Red Road to Healing » pour lutter contre la violence et la toxicomanie, des conseils sur le trouble de stress post-traumatique, des traitements dans le cadre du programme « Seeking Safety » et une thérapie adaptée à la culture destinée aux femmes et axée sur la toxicomanie. Toutefois, plusieurs membres du personnel ont mentionné que la quantité de formation n'est pas suffisante pour permettre une amélioration importante de la capacité globale des programmes de MEM.

Désintoxication

- **On a réalisé des progrès limités en ce qui concerne l'accès à des services de désintoxication de qualité.** Comme les services de désintoxication fondés sur une intervention médicale sont la responsabilité des autorités sanitaires provinciales, Santé Canada ne fournit pas de financement pour ces services. Les données probantes obtenues des groupes de discussions dans les 14 collectivités des Premières nations visitées indiquent qu'il y a des lacunes relativement à l'accès aux services de désintoxication, y compris des obstacles en matière de transport, de longues listes d'attente et l'absence de services adaptés à la culture, car la plupart des services de désintoxication fournis par les gouvernements provinciaux manque de sécurité culturelle. Par exemple, dans la plupart des régions, la liste d'attente pour un programme de désintoxication géré par la province est de six à huit semaines, délai au cours duquel les clients reçoivent peu de soutien et de soins.

Soutien et soins de suivi

- **On a réalisé des progrès limités dans la prestation de services de soins de suivi.** Des services de soins de suivi limités sont fournis aux clients qui reviennent à la maison après le traitement, et aucun processus officiel n'est en place pour la transmission des

dossiers de traitement des clients aux travailleurs de la santé communautaire du PNLAADA. Lorsque des clients reçoivent leur congé d'un centre de traitement du PNLAADA et retournent dans leur collectivité, ils se retrouvent souvent dans le même environnement qu'avant le traitement, ce qui entraîne une rechute. Dans la plupart des collectivités des Premières Nations visitées, les travailleurs du PNLAADA ont une capacité, une orientation ou des ressources limitées pour ce qui est de suivre les clients et de fournir des services de soutien. Il est nécessaire d'avoir une meilleure reconnaissance des déterminants de santé au cours de la planification du congé des patients et des soins de suivi et de compter sur une meilleure collaboration avec les services sociaux et communautaires. Les données des programmes concernant le nombre de centres de traitement qui fournissent un soutien en matière de soins de suivi ou les clients qui ont accès à ces services n'étaient pas disponibles.

En résumé, les programmes de MEM ont fait des progrès dans l'amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Toutefois, certaines lacunes continuent d'exister dans le continuum, notamment l'absence des capacités nécessaires pour cerner de façon proactive les premiers signes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie et pour y donner suite, pour prévoir les crises et intervenir à cet égard, pour offrir un suivi à ceux qui ont terminé leur traitement et pour fournir l'accès à des services de désintoxication et à d'autres services spécialisés.

La couverture et la capacité des programmes de MEM demeurent très problématiques. Nombre des 485 collectivités situées dans les régions couvertes par l'évaluation n'offrent pas une gamme complète de programmes de mieux-être mental. Même si les EMEM ont réussi à combler des lacunes, les services fournis par les EMEM ont couvert seulement 12 % du nombre total des collectivités inuites et des Premières Nations comprises dans la portée de l'évaluation. Comme il s'agit d'une nouvelle initiative, la couverture des programmes d'EMEM a connu une lente croissance et ne s'étend pas encore à la plupart des collectivités au Canada.

Résultat immédiat n° 3 : Participation plus grande des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services

Les données comparatives sur les taux de participation aux programmes ne sont pas disponibles, mais il existe une perception parmi le personnel de la santé communautaire et les membres de la collectivité voulant que la participation aux activités de MEM ait augmenté au cours des cinq dernières années. L'une des constantes difficultés est la capacité de joindre les personnes jugées les plus vulnérables.

Les données disponibles sur le rendement ne sont pas suffisantes pour déterminer l'étendue de la participation de personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations aux activités des programmes de MEM, et les services ont augmenté au cours de la période couverte par l'évaluation. Néanmoins, un examen des documents et des dossiers relatifs aux programmes indique qu'un grand nombre de personnes et de collectivités inuites et des Premières Nations participent aux programmes de MEM :

- un total de 34 981 personnes inuites et des Premières Nations ont bénéficié de mesures de soutien communautaire, 30 502 ont reçu du counselling direct, 28 918 ont bénéficié de

mesures de soutien culturel, 25 529 personnes ont fait l'objet de brèves interventions, 8 407 personnes ont fait l'objet d'un dépistage ou d'une évaluation de base, 8 009 personnes ont fait l'objet d'une évaluation complète, et 4 128 ont été aiguillées vers des mesures de soutien spécialisé dans les 345 collectivités qui ont déclaré offrir des programmes de MEM en 2013-2014 (rapports établis selon le MRC);

- la SNPSJA a fourni du financement pour 132 projets qui touchaient 34 974 personnes inuites et des Premières nations en 2012-2013;
- un total de 4 827 survivants des pensionnats indiens ont bénéficié de 26 733 séances de counselling dans le cadre du PSS RQPI en 2009-2010;
- les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ ont desservi 3 736 clients, dont 71 % ont terminé le programme en 2014-2015⁵;
- les EMEM ont fourni des services à 57 collectivités ayant une population totale de 52 393 personnes dans les régions couvertes par l'évaluation (à l'exception de la Colombie-Britannique et du Nord du Canada).

Les résultats des entrevues avec des répondants clés et des visites sur les lieux dans les collectivités des Premières Nations donnent à penser qu'il y a eu une augmentation de la participation des membres des collectivités aux activités et aux programmes offerts par les programmes de MEM. Une des raisons les plus fréquentes fournies par les répondants pour expliquer la participation accrue aux programmes de MEM est l'intégration de la culture et des traditions des Premières Nations et des Inuits dans les programmes de mieux-être mental. Dans 12 des 14 collectivités visitées, les répondants clés ont déclaré que l'intégration de pratiques culturelles dans les programmes de mieux-être mental avait augmenté de façon considérable la participation et la présence et avait réduit les préjugés associés aux services de mieux-être mental. Certains membres de la collectivité sont très réticents à utiliser des services de mieux-être mental de style occidental, lesquels sont souvent associés à des préjugés, mais ils sont plus disposés à participer à des événements et à des activités culturels, qui mettent l'accent sur le renforcement de liens entre les membres de la collectivité, sur les comportements sains et sur la guérison. Les activités culturelles ont un incidence positive sur le sentiment d'appartenance à la collectivité des participants, particulièrement chez les jeunes, et ont aidé à renforcer les relations intergénérationnelles entre les jeunes et les Aînés.

Néanmoins, selon les résultats des entrevues avec des répondants clés et des visites sur les lieux dans les collectivités, les programmes de MEM ont du mal à mobiliser certains groupes de la collectivité. Les personnes aux prises avec des dépendances, des problèmes de toxicomanie, des pensées suicidaires ou des traumatismes craignent d'être jugées en raison de leurs problèmes de santé mentale et, bien souvent, ne recherchent pas les services dont elles ont besoin.

Dans les collectivités sans EMEM, les services sont principalement de nature réactive, et lorsque les crises se produisent ou que des membres de la collectivité ont besoin d'aide, les services sont alors offerts pour résoudre les problèmes. Les spécialistes de la santé mentale et les intervenants

⁵ Chiffre fondé sur les données disponibles de 38 des 44 centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ. Ces régions ont dressé une liste des limites des données.

en toxicomanie ne communiquent pas toujours avec les personnes éprouvant des problèmes (p. ex. aller cogner à leur porte) pour offrir de l'aide, citant des préoccupations relatives à la sécurité. Au contraire, dans les collectivités où les EMEM sont actives, les services sont plus proactifs et tentent de résoudre les problèmes avant qu'ils ne s'aggravent et se transforment en crise. Dans la plupart des collectivités qui ont des EMEM, les membres de l'équipe approchent les personnes les plus vulnérables et les font participer aux activités des programmes et établissent un contact avec elles grâce à d'autres méthodes novatrices (organiser des activités et des événements culturels, utiliser les médias sociaux, participer à des émissions radiophoniques).

Résultat immédiat n° 4 : Accroissement des comportements sains des personnes inuites et des Premières Nations

Les programmes de mieux-être mental ont réussi à augmenter la sensibilisation relative aux comportements sains. Les enfants et les jeunes ont bénéficié le plus de l'augmentation de la sensibilisation à la culture et aux traditions des Premières Nations et à l'importance d'une identité culturelle forte et d'une présence aux activités fondées sur les ressources naturelles.

Des 144 dirigeants communautaires et directeurs et membres du personnel de la santé ayant répondu au sondage, 72 % ont déclaré que, à l'issue de leur participation aux programmes de mieux-être mental, les membres des collectivités avaient acquis des compétences et des connaissances nouvelles sur la façon de demeurer en santé, et 67 % ont affirmé que les membres des collectivités avaient augmenté leurs connaissances sur la façon de garder leur famille en santé. Comme les programmes sont mis en œuvre d'une manière principalement intégrée à l'échelon communautaire, il est difficile de déterminer la contribution de tous les programmes de MEM à l'augmentation de la sensibilisation aux comportements sains.

Le personnel de Santé Canada et les coordonnateurs des EMEM considèrent que les programmes de MEM ont réussi à augmenter la sensibilisation aux comportements sains. Lorsqu'on leur a demandé de noter les succès des programmes de MEM relativement à l'augmentation de la sensibilisation à l'égard des comportements sains chez les personnes inuites et les membres des Premières Nations, les représentants de Santé Canada ont donné une cote moyenne de 3,7⁶, et les coordonnateurs des EMEM ont donné une cote moyenne de 4,2. Selon les répondants clés, les progrès les plus importants dans l'augmentation de la sensibilisation aux comportements sains ont été réalisés auprès des enfants, des jeunes et des jeunes adultes, car ils sont la cible principale de la plupart des programmes de MEM à l'échelon communautaire et démontrent un plus grand intérêt à apprendre leur culture et leurs traditions et à participer aux activités des programmes. Les répondants clés ont déclaré que la plus grande augmentation de sensibilisation aux comportements sains est liée à l'importance d'une identité culturelle positive; à la présence aux activités culturelles ou aux pratiques spirituelles; et à la participation aux activités fondées sur les ressources naturelles.

⁶ Sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure.

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

Résultat intermédiaire n° 1 : Augmentation des comportements sains adoptés par des personnes inuites et des membres des Premières Nations

Les programmes de MEM ont entraîné une augmentation de la pratique de comportements sains⁷ (p. ex. réduction de la toxicomanie, augmentation de l'estime de soi et de la confiance, un meilleur sentiment d'identité culturelle positive, des relations familiales et communautaires renforcées et un comportement faisant en sorte que les membres des Premières Nations et les Inuits cherchent davantage à obtenir de l'aide).

Au cours des visites sur les lieux dans les collectivités des Premières Nations, on a demandé aux participants aux programmes de MEM (un total de 110 participants représentant les 14 collectivités visitées dans six régions) de coter l'impact des programmes de MEM sur leur attitude et leurs comportements. Ces participants aux programmes ont remarqué des impacts importants pour ce qui est des relations renforcées avec leur famille (cote moyenne de 4,2), une connaissance et une prise de conscience accrues de comportements sains (4,2), une motivation accrue à pratiquer des comportements sains (4,2), un mieux-être mental amélioré (4,2), une meilleure capacité à gérer leur propre santé (4,1), des liens plus solides avec d'autres personnes offrant un soutien (4,1), une estime de soi et une confiance améliorées (4,1), une volonté accrue de demander de l'aide aux autres et de l'accepter (4,0), l'aide au cours de leur expérience de guérison (3,9) et les liens renforcés avec la collectivité (3,9). Voici certains exemples d'impacts de programmes particuliers signalés par les clients de programmes de MEM au cours des visites sur les lieux des collectivités :

- réduction de la consommation abusive d'alcool chez les jeunes dans une collectivité grâce à l'utilisation de la guérison traditionnelle dans le cadre du counselling et du traitement;
- réduction de la dépendance grâce à l'introduction du traitement à la méthadone dans la collectivité et à l'aiguillage vers des installations de traitement à l'extérieur de la collectivité;
- amélioration des liens entre les jeunes et les Aînés grâce à la participation aux activités culturelles conjointes, comme des cours de langues inuites et des Premières nations;
- guérison accrue des traumatismes liés aux pensionnats indiens grâce à l'aide de guérisseurs traditionnels.

Le sondage effectué auprès des dirigeants communautaires et des directeurs et des membres du personnel de la santé a aussi révélé une pratique accrue des comportements sains clés par les Inuits et les membres des Premières Nations. Selon les participants au sondage, en raison de l'amélioration des programmes de mieux-être mental, les membres des collectivités sont davantage en mesure de demander de l'aide lorsqu'ils en ont besoin (69 % des répondants); de

⁷ Tous les indicateurs de comportement sain sont fondés sur un examen des activités des programmes et des résultats escomptés, de même que sur d'autres indicateurs du mieux-être mental des Autochtones.

contribuer à leur collectivité (63 %); de sentir le soutien de la collectivité (57 %); de faire face aux défis dans leur vie (55 %); d'avoir de meilleures relations avec les gens autour d'eux (51 %); d'avoir une santé physique améliorée dans l'ensemble (46 %) et d'avoir plus de contrôle sur leur vie (44 %). Selon les répondants au sondage, l'éducation et la sensibilisation accrues ont réduit les préjugés relatifs aux problèmes de mieux-être mental dans les collectivités et ont contribué à la guérison des collectivités.

Enfin, le personnel des programmes convient que les programmes de mieux-être mental ont réussi à améliorer la pratique de comportements sains chez les représentants du groupe cible. La cote moyenne attribuée à la mesure dans laquelle les programmes de MEM ont augmenté la pratique de comportements sains était de 3,5 chez les représentants de Santé Canada, de 4,0 chez les coordonnateurs des EMEM et de 3,5 chez les dirigeants communautaires. Selon les répondants clés, les progrès les plus importants ont été réalisés chez les enfants, les jeunes et les jeunes adultes. D'après le personnel des programmes, les programmes de MEM ont réussi à contribuer à des relations plus saines avec la famille (78 %), à la guérison (76 %), à une présence accrue aux activités culturelles ou aux pratiques spirituelles (78 %), à la capacité accrue de gérer sa propre santé (71 %), à une estime de soi et à une confiance accrues (71 %), à une identité culturelle plus positive (67 %) et à des compétences parentales et à une communication familiale positives (62 %). En outre, les répondants clés ont déclaré que, parmi les différents programmes de MEM, le PNLAADA (y compris le PNLASJ), Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé sont ceux qui ont eu l'incidence la plus importante, car ces programmes ont la plus grande couverture des collectivités inuites et des Premières Nations au Canada et fournissent aux collectivités la flexibilité requise pour affecter le financement des programmes aux priorités les plus pressantes.

Bien qu'il ne soit pas possible d'évaluer la contribution de chaque programme de MEM à l'égard de la pratique accrue de comportements sains, les paragraphes suivants fournissent un résumé de l'information disponible.

- Les centres de traitement du PNLAADA ont réussi à aider les participants à réduire leurs problèmes de toxicomanie. Les études sur les résultats ont montré que les interventions mises en œuvre dans les centres de traitement du PNLAADA ont entraîné une diminution de la quantité et de la fréquence de la consommation. En 2011, après avoir terminé le programme, plus de 90 % des clients qui avaient participé à l'étude des résultats avaient depuis réduit leur consommation d'au moins une substance. Tous les participants ont déclaré qu'ils avaient réduit leur consommation d'inhalants, 86 % ont réduit leur consommation d'alcool, 85 % ont réduit leur consommation de sédatifs, 83 % ont réduit leur consommation de cannabis et de cocaïne, 80 % ont réduit leur consommation d'amphétamines, 78 % ont réduit leur consommation d'hallucinogènes et 76 % ont réduit leur consommation d'opioïdes. Dans l'ensemble, 71 % de tous les participants au sondage qui ont terminé le programme ont affirmé qu'ils consomment moins de substances qu'avant le traitement, alors que 15 % ont déclaré que leur consommation n'a pas changé. De même, en 2012, 90 % des clients de centres de traitement du PNLAADA ayant répondu au sondage avaient moins le goût de consommer des substances comparativement à avant le traitement. Pour les clients qui ont effectivement consommé des substances après le traitement, la vaste majorité (95 %) a déclaré consommer de plus petites quantités qu'avant le traitement.

- Dans l'ensemble, des clients du centre de traitement du PNLAADA ayant répondu au sondage mené aux fins de l'étude des résultats de 2012, 89,5 % avaient moins le goût de consommer qu'avant le traitement. Parmi les clients qui ont eu le goût de consommer, 59,3 % n'ont jamais consommé après le traitement et 36 % de plus consommaient moins qu'avant le traitement. Au total, 94 % des clients ont réduit leur consommation d'au moins une substance (comme l'alcool, le cannabis, la cocaïne, les inhalants ou les opioïdes) depuis le traitement. Lorsqu'on a demandé aux clients combien de temps s'était écoulé après la fin du traitement avant qu'ils consomment pour la première fois : 60 % ont répondu qu'ils n'ont jamais consommé après avoir terminé leur traitement, 3,5 % ont consommé pour la première fois six mois après le traitement, 10,5 % ont consommé pour la première fois de quatre à six mois après le traitement, 10,5 % ont consommé pour la première fois moins de trois mois après le traitement, 3,5 % ont consommé pour la première fois moins d'une semaine après le traitement et 1,2 % ont répondu qu'ils ont consommé pour la première fois le jour même où ils ont terminé le traitement. Pour les clients qui ont consommé après le traitement, la vaste majorité (94,9 %) ont déclaré qu'ils avaient consommé une plus petite quantité qu'avant le traitement.
- Les projets soutenus par la SNPSJA ont donné de bons résultats en augmentant les facteurs de protection relatifs au suicide chez les membres de la collectivité, comme un sentiment d'identité et d'appartenance et une augmentation des comportements où on fait appel à des services d'aide, de l'estime de soi et de la confiance. En 2011-2012 et 2012-2013, la SNPSJA a soutenu au total 272 projets dans huit régions du Canada, dont 187 projets qui ont fourni des données sur les résultats. Environ 48 % de ces projets ont fait état d'une augmentation du sentiment d'identité et d'appartenance à la collectivité chez les participants au projet; 11 % ont signalé une diminution du nombre d'incidents liés au suicide, et 6 % ont signalé une incidence en ce qui concerne l'augmentation de comportements où on fait appel à des services d'aide chez les jeunes des collectivités. Des études de cas sur neuf projets de la SNPSJA menés en 2011-2012 ont montré les effets positifs des programmes pour ce qui est d'aider les jeunes à développer les facteurs de protection à l'égard du suicide. Plus précisément, les jeunes étaient plus aptes à établir des relations et des réseaux de soutien; avaient des niveaux accrus de confiance, d'optimisme et d'espoir; pouvaient relever et augmenter les facteurs de protection et réduire les facteurs de risque environnants; pouvaient comprendre la culture et y participer; étaient plus ouverts et disposés à parler de suicide; et étaient davantage engagés dans leur collectivité. Certains projets ont amélioré le rendement scolaire et ont augmenté en général la fierté, la discipline et la confiance.
- Le PSS RQPI a contribué de manière importante à l'augmentation de la pratique de comportements sains par les Inuits et les membres des Premières Nations dans toutes les régions et les collectivités servies par le programme. Par exemple, presque tous (93 %) les dirigeants communautaires et les directeurs et les membres du personnel de la santé ayant répondu au sondage ont déclaré que le programme avait soutenu la collectivité dans ses efforts pour guérir des traumatismes des pensionnats indiens; 84 % ont affirmé qu'à la suite du PSS RQPI, les membres de la collectivité parlent plus ouvertement des traumatismes des pensionnats; 78 % ont affirmé que les membres de la collectivité demandent de l'aide à des conseillers, à des travailleurs communautaires et aux Aînés; 68 % ont relevé une augmentation des présences aux événements culturels communautaires; et 50 % ont relevé une augmentation du nombre de membres de la collectivité qui demandent de l'aide pour régler leurs problèmes de consommation d'alcool ou de drogue.

Résultat intermédiaire n° 2 : Accroissement de la prise en charge des collectivités inuites et des Premières Nations et de leur capacité à combattre l'abus d'alcool et d'autres drogues, le suicide, le tabagisme et d'autres problèmes de santé mentale

Les programmes de MEM ont permis d'accroître la prise en charge et la capacité collectives à l'égard de la résolution des problèmes de santé mentale, mais l'insuffisance des capacités demeure l'une des questions les plus urgentes dans de nombreuses collectivités.

Un examen de programmes similaires dans d'autres pays montre qu'une forte capacité communautaire des programmes ainsi qu'une forte prise en charge à l'égard de ceux-ci est souvent liée à l'amélioration des résultats en matière de mieux-être mental. Les collectivités qui contribuent davantage aux décisions relatives aux programmes sont habituellement plus aptes à renforcer la résilience communautaire et à s'attaquer aux problèmes et aux enjeux touchant le mieux-être mental, car elles peuvent adapter les programmes aux besoins particuliers de leur collectivité.

Dans un effort pour augmenter la capacité communautaire afin de combattre les problèmes de santé mentale et de dépendances, les programmes de MEM ont offert un grand nombre de séances de formation pour augmenter les connaissances et les compétences des membres du personnel qui travaillent dans les collectivités. Par exemple, en 2013-2014 et en 2014-2015, les programmes de MEM ont offert au total 139 ateliers et séances de formation à 5 537 membres du personnel des programmes et travailleurs communautaires dans sept régions du Canada. Des 139 séances offertes, 81 % visaient à enseigner au personnel comment intervenir à l'égard de diverses questions et des crises en matière de santé mentale, 53 % portaient sur le suivi post-intervention, 47 % ciblaient les compétences d'enseignement et le renforcement des capacités afin de prévenir les problèmes et les crises de santé mentale, 14 % visaient à aider les travailleurs des programmes de MEM à développer leurs capacités d'adaptation et leur résilience, et 13 % portaient sur des approches traditionnelles d'enseignement sur le mieux-être mental. Les membres du personnel de tous les programmes ont bénéficié d'une formation. Plus précisément, 78 % des séances sur le renforcement de la capacité ont été suivies par le personnel du PNLAADA, 48 %, par les travailleurs de la SNPSJA, 38 %, par le personnel du programme GE, 38 %, par les travailleurs du programme PCBS, et 6 %, par le personnel du PSS RQPI. En plus de la formation du personnel, certains répondants clés ont déclaré que les travailleurs de soutien recrutés et formés par le PSS RQPI (p. ex. travailleurs sociaux, psychologues) dans les collectivités sont devenus une bonne ressource pour les collectivités et accroissent la capacité communautaire à long terme. D'autres répondants clés ont noté que l'introduction des EMEM dans certaines régions a augmenté la prise en charge et la capacité communautaires pour ce qui est de combattre les problèmes de santé mentale. On a formulé des constatations similaires dans le cadre de l'évaluation de 2012 des EMEM, selon laquelle la capacité des EMEM d'établir un sécurité culturelle pour les participants, en intégrant la culture et les traditions des Premières Nations et des Inuits aux approches occidentales à l'égard du mieux-être mental (p. ex. des Aînés travaillant avec des psychologues et des travailleurs de la santé mentale), a contribué à augmenter la prise en charge chez les membres de la collectivité. Les EMEM participent au renforcement des capacités des collectivités en offrant de la formation et des ateliers (p. ex. une équipe a formé plus de 130 personnes offrant des services relatifs au deuil et aux traumatismes

dans quatre collectivités et 25 membres du personnel des programmes communautaires sur les dépendances et les soins de suivi). Les EMEM ont aussi facilité l'accès du personnel local fournissant les services à des ressources et à des outils, ont aidé les collectivités à accéder à du financement supplémentaire et ont fourni des services directs de mieux-être mental (p. ex. guérison traditionnelle, thérapie) aux membres de la collectivité. L'évaluation de 2012 a montré qu'en comparaison des collectivités inuites et des Premières Nations sans EMEM, les collectivités avec des EMEM ont une beaucoup plus grande capacité à résoudre des problèmes de mieux-être mental, à gérer des crises et à contribuer à renforcer la résilience et le mieux-être mental des membres de la collectivité.

En général, l'évaluation a révélé que les programmes de MEM ont augmenté la capacité communautaire des Premières Nations et des Inuits à combattre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale. À titre d'exemple, les programmes de MEM ont réussi dans une certaine mesure à augmenter la prise en charge et la capacité communautaires des Premières Nations et des Inuits (attribution d'une cote moyenne de 3,9⁸ par les représentants de Santé Canada et de 3,4 par les coordonnateurs des EMEM). Les répondants clés ont déclaré que l'approche adoptée récemment par Santé Canada pour transférer graduellement plus de contrôle sur les programmes de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations avait entraîné une augmentation du nombre de collectivités qui font preuve de leadership et se responsabilisent à l'égard des programmes de mieux-être mental. La rétroaction obtenue au cours des consultations communautaires confirme aussi que les programmes de MEM ont réalisé des progrès en augmentant la capacité communautaire d'offrir des services et des programmes de mieux-être mental. Au cours des visites sur les lieux dans les collectivités, les membres du personnel communautaire ont déclaré que les programmes de MEM avaient quelque peu réussi à renforcer la capacité des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé (cote moyenne de 3,8). Plus de la moitié (59 %) des directeurs et des membres du personnel de la santé communautaire ayant répondu au sondage ont confirmé que la capacité des collectivités de gérer, d'améliorer et d'offrir des services de mieux-être mental communautaires a augmenté. Selon ces répondants, la capacité communautaire a été renforcée en raison d'une meilleure éducation et de meilleures activités de sensibilisation offertes par les programmes (31 % des répondants), d'une intégration et d'une coordination améliorées des programmes (25 %), d'efforts accrus pour offrir des activités de renforcement de la capacité pour le personnel de prestation de services de santé communautaires (19 %), d'une augmentation de la quantité et des types de programmes et de services offerts aux représentants communautaires (17 %) et d'une attention accrue portée sur les services adaptés à la culture (12 %). D'après les participants au sondage, à la suite d'une participation aux programmes de mieux-être mental, les collectivités sont davantage en mesure de lutter contre la toxicomanie, le suicide, les traumatismes des pensionnats indiens et d'autres problèmes de santé mentale. En outre, les membres de la collectivité sentent le soutien de celle-ci.

Bien qu'on ait apporté des améliorations, les répondants clés ont affirmé que les efforts pour augmenter les capacités dans les collectivités ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins à l'égard de tels services. Par exemple, en 2013-2014, 30 collectivités de la région de l'Ontario ont reçu du financement pour répondre aux problèmes de consommation de médicaments

⁸ Sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure.

d'ordonnance en augmentant leur capacité de fournir certains traitements de désintoxication et soins de suivi. Toutefois, ces 30 collectivités comptaient pour moins du quart des 133 collectivités des Premières Nations en Ontario. Selon les groupes de discussions dans les collectivités des Premières Nations et les répondants clés interviewés, la capacité communautaire insuffisante est un des problèmes les plus urgents dans nombre de collectivités inuites et des Premières Nations. En raison des cycles de financement courts, des faibles salaires et des défis liés aux ressources, les collectivités ne peuvent pas embaucher et maintenir en poste des membres du personnel expérimentés et qualifiés, et certaines collectivités finissent par embaucher du personnel non qualifié. Les faibles salaires, les endroits isolés et éloignés, les conditions de travail difficiles et stressantes et de nombreux autres facteurs structurels contribuent au roulement élevé de personnel parmi les membres du personnel communautaire (le roulement du personnel était le problème le plus important des programmes dans 8 des 14 collectivités comprises dans les visites sur place). Les répondants ont affirmé que la détermination des besoins en matière de formation et l'élaboration et la mise en œuvre des activités de renforcement de la capacité pour le personnel communautaire sont incohérentes, ponctuelles et, dans nombre de régions, tributaires d'activités offertes par des partenaires.

Résultat intermédiaire n° 3 : Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi qu'à leur famille et à leur collectivité

Bien que les programmes de MEM aient amélioré l'accès à des programmes et à des services en raison de facteurs comme l'intégration de la culture dans les programmes relatifs à la santé mentale et aux dépendances, un certain nombre de contraintes influent sur la qualité des programmes de MEM et des services connexes dans les collectivités inuites et des Premières Nations.

Les répondants clés ont jugé que les programmes de MEM avaient quelque peu réussi à améliorer l'accès à des programmes et à des services de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi que celui de leur famille et de leur collectivité (attribution d'une cote moyenne de 3,3 par le personnel de Santé Canada, de 3,6 par les coordonnateurs des EMEM et de 3,9 par les dirigeants communautaires). Les paragraphes suivants résument les constatations qui ressortent de l'évaluation concernant la façon dont les programmes de MEM ont amélioré l'accès à des programmes et à des services de santé mentale de qualité :

- **L'intégration de la culture et des traditions communautaires dans la prestation des programmes de MEM** a contribué à l'amélioration de la qualité et à la pertinence des services offerts aux collectivités. Afin de promouvoir la culture et les traditions, les programmes de MEM utilisent les services de guérisseurs traditionnels et d'Aînés. En outre, des activités et des événements culturels communautaires réguliers sont organisés, comme les cérémonies de la lune, les sueries, les cérémonies de rite de passage des jeunes et des adultes, des ateliers d'artisanat et de confection de paniers, des ateliers sur les tambours, les bains à l'écorce de cèdre, les discussions sur les contes traditionnels, les enseignements sur les remèdes traditionnels, sur la façon de jouer du tambour et sur les groupes de chant et les cours de langue. L'intégration de pratiques culturelles dans les programmes de mieux-être mental a permis d'éliminer de façon importante les préjugés à

l'égard des services de mieux-être mental dans la plupart des collectivités visitées. Les participants aux programmes ont déclaré qu'ils se sentaient en sécurité et habilités à faire face à leurs problèmes lorsqu'ils participaient à des activités culturelles et spirituelles, et qu'ils guérissaient plus rapidement. Selon les participants et les membres du personnel des programmes qui ont pris part aux discussions de groupe, lorsque les membres de la collectivité apprennent à connaître leur culture et comprennent leurs antécédents, cela renforce leur identité et leur estime d'eux-mêmes ainsi que leur résilience. L'incidence est plus grande chez les jeunes qui démontrent un intérêt croissant à l'égard de leur culture et de leurs traditions.

- Qualité améliorée des soins pour les survivants des pensionnats indiens.** D'après certains répondants clés, le PSS RQPI a joué un rôle important pour ce qui est de relever les causes profondes (traumatisme intergénérationnel) de nombreux problèmes et défis en matière de mieux-être mental auxquels font face les familles des survivants. Les résultats des sondages sur la satisfaction des clients menés par le PSS RQPI en 2014 démontrent que la plupart des clients des services du PSS RQPI sont satisfaits de la qualité des soins. Comme l'indique le tableau suivant, ils étaient satisfaits dans la mesure où leurs valeurs et leurs croyances culturelles, de même que leur vie privée, étaient respectées. En outre, ils estimaient qu'on leur avait offert les services dans la langue de leur choix, s'étaient sentis à l'aise de parler de questions délicates et avaient bénéficié de services de transport adéquats.

Tableau 3 : Satisfaction des clients à l'égard des services du PSS RQPI

Éléments de satisfaction	Fournisseurs de soutien culturel	Travailleurs de la santé communautaire (résolution)	Conseillers
Sentiment que ses valeurs et croyances culturelles étaient respectées	97 %	98 %	96 %
Sentiment que sa vie privée était respectée	95 %	99 %	98 %
La réunion s'est tenue dans la langue du choix du participant	91 %	95 %	93 %
Sentiment de sécurité permettant de parler de questions délicates	86 %	90 %	91 %
Il était facile de se rendre à la réunion et d'en revenir.	89 %	94 %	87 %
Utilisera les services dans l'avenir	66 %	57 %	64 %

(n = 306)

Source : Résumé du sondage des clients des PI

- Qualité améliorée des soins pour ceux qui souffrent de dépendances et de toxicomanie.** La DGSPNI a mis davantage l'accent sur l'accréditation des centres de traitement et des centres de santé du PNLAADA partout au pays et sur la certification des membres du personnel. L'accréditation est une des façons les plus efficaces pour les organisations de santé et de services sociaux d'améliorer la qualité de leurs services et de démontrer qu'ils respectent ou dépassent les normes nationales d'excellence. Un examen des documents des programmes indique que la plupart des centres de traitement du PNLAADA/PNLASJ ont été accrédités et que la majorité des membres du personnel qui

travaillent dans les centres de traitement du PNLAADA/PNLASJ sont certifiés. En 2014-2015, des 44 centres de traitement du PNLAADA/PNLASJ qui exerçaient leurs activités dans les régions visées par l'évaluation, 84 % (37) étaient accrédités. En 2014-2015, les centres de traitement du PNLAADA/PNLASJ employaient au total 278 conseillers à temps plein, dont 79 % qui étaient certifiés. En 2013-2014, un total de 84 centres de santé communautaire ont suivi un processus d'accréditation, et 52 (62 %) ont réussi à recevoir leurs accréditations.

- **Des partenariats accrus avec les fournisseurs de services provinciaux** ont permis aux programmes de MEM de fournir de meilleurs services spécialisés aux collectivités. Par exemple, dans certaines régions où des structures de cogestion ont été établies, le niveau accru d'interaction entre les collectivités et les fournisseurs de services provinciaux a aidé les collectivités à recruter des fournisseurs de soins spécialisés itinérants (p. ex. thérapeutes, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux autorisés).
- **L'introduction des EMEM** a amélioré la qualité des soins et des services offerts par les programmes de MEM. Les équipes démontrent un esprit d'équipe, assurent la coordination des soins et renforcent la capacité d'ensemble des collectivités de fournir de meilleurs services. Un exemple d'amélioration de la qualité des services fournis par les EMEM était l'introduction d'un numéro de téléphone en cas d'urgence dans une collectivité. Grâce à ce numéro, les membres de la collectivité pouvaient demander de l'aide lorsque le centre de santé était fermé. L'évaluation de 2012 des EMEM indiquait que les EMEM avaient pu améliorer l'accès à des services spécialisés au moyen de l'inclusion de spécialistes dans l'équipe (la plupart des EMEM comprennent des travailleurs sociaux cliniques, des psychiatres, des psychologues, des thérapeutes, des Aînés et des guérisseurs traditionnels).
- **L'attention accrue portée sur la planification et la préparation en matière de crise** a amélioré la qualité des services que les collectivités reçoivent au cours d'une crise. Un nombre croissant de collectivités élaborent actuellement un plan de crise, créent des équipes d'intervention en cas de crise et organisent et offrent de la formation en matière de crise.

Malgré les améliorations de la qualité des services de mieux-être mental fournis aux collectivités, on observe toujours nombre de lacunes et de défis avec les services offerts. Les contraintes qui touchent la qualité des programmes et des services de MEM dans les collectivités qui ont été mentionnées le plus fréquemment par les répondants clés étaient les limites du financement (44 % des répondants), l'isolement et l'éloignement (44 %), les problèmes liés au transport (28 %), l'absence de capacité des collectivités (22 %) et la souplesse limitée du processus décisionnel relatif au financement (22 %).

Les discussions de groupe et les consultations communautaires tenues au cours des visites sur les lieux dans les 14 collectivités des Premières Nations ont aussi révélé que la confidentialité était une préoccupation. Les membres de la collectivité ont souvent déclaré qu'ils n'ont pas confiance que les membres du personnel des programmes communautaires tiendront confidentiels leurs problèmes et enjeux. Dans 8 des 14 collectivités des Premières Nations, les membres des groupes de discussions ont mentionné que les membres du personnel des programmes n'avaient pas la capacité d'assurer une confidentialité adéquate pour les participants et d'établir une relation de confiance mutuelle avec les clients. Dans ces collectivités, certains participants aux discussions

de groupe ont dit préférer recevoir des conseils de professionnels et suivre une thérapie avec eux à l'extérieur de leur collectivité parce qu'ils sont davantage dignes de confiance et assurent une meilleure confidentialité.

Un autre obstacle à la qualité mentionné par les participants aux discussions de groupe était l'absence de mesures de la prestation de services pour évaluer régulièrement la qualité des services offerts par les fournisseurs de services spécialisés (p. ex. thérapeutes, psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux autorisés). Par exemple, l'absence de mesures de la prestation de services a entraîné des problèmes au moment de retirer des listes les fournisseurs de services incompetents qui travaillent auprès de survivants des pensionnats indiens dans certaines régions.

Certains répondants clés ont mentionné des obstacles à l'intégration de la culture et des traditions dans les programmes de mieux-être mental, comme le coût et la disponibilité des ressources (p. ex. guérisseurs traditionnels). Les activités culturelles coûtent cher et supposent de la préparation, des documents et des coûts supplémentaires (p. ex. salaire des guérisseurs traditionnels, frais de déplacement). Parmi les autres contraintes mentionnées par les répondants clés et les membres des groupes de discussions, mentionnons les difficultés à accéder aux services spécialisés parce qu'ils ne sont pas offerts dans la plupart des collectivités inuites et des Premières Nations. En outre, les problèmes liés à l'accès aux services spécialisés à l'extérieur de la collectivité sont exacerbés par de longues listes d'attente, l'absence de moyens de transport et de problèmes liés à la sécurité culturelle associés aux fournisseurs de services provinciaux.

Malgré les réussites des EMEM, l'initiative a été lancée en 2007 dans le cadre d'un projet pilote et a plus tard été étendue à toutes les régions du Canada; cependant, la plupart des collectivités inuites et des Premières Nations au Canada n'ont pas accès aux mesures de soutien et aux services d'une telle équipe. Les EMEM font face à des défis administratifs à tous les niveaux et ont aussi dû composer, à l'échelon communautaire, avec des obstacles politiques qui ont parfois réduit l'efficacité de leurs activités. Certains coordonnateurs des EMEM ont déclaré que l'engagement de trois ans de financement pour les EMEM est trop court pour certaines des interventions à long terme que les équipes tentent de mettre en œuvre. De plus, certaines équipes vivent un roulement de personnel élevé en raison de la précarité des emplois. Les coordonnateurs des EMEM ont noté que l'absence de capacité communautaire est un défi de taille pour leurs activités. Souvent, de nouvelles initiatives lancées par les EMEM ne peuvent pas être mises en œuvre de façon adéquate parce que le centre de santé dans la collectivité manque de personnel et les membres du personnel communautaire sont débordés avec le travail existant.

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

Résultat à long terme : Contribution à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des collectivités des Premières Nations et des Inuits grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

On dispose de données limitées sur le rendement permettant d'évaluer la mesure dans laquelle les programmes de MEM ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations.

La section 4.4.2 a montré que les programmes de MEM ont entraîné une augmentation de la pratique de comportements sains. Comme l'état de santé est lié aux comportements sains, cela fournit une indication précoce selon laquelle les programmes de MEM peuvent avoir contribué à l'amélioration de l'état de santé de certaines personnes inuites et des Premières Nations. Toutefois, les données sur le rendement permettant d'évaluer correctement la mesure dans laquelle les programmes de MEM ont contribué à l'amélioration de l'état de santé sont limitées, et elles ne sont disponibles que pour certains programmes de MEM.

Au cours des visites sur les lieux dans les collectivités des Premières Nations, on a demandé aux participants aux programmes de MEM de coter la mesure dans laquelle les programmes de MEM avaient aidé à améliorer leur mieux-être mental dans l'ensemble. La cote moyenne accordée par ces participants aux programmes était de 4,2⁹. Les études des résultats du PNLAADA montrent aussi qu'en 2011, 85 % des clients du centre de traitement du PNLAADA ayant participé à l'étude ont déclaré que leur santé physique globale s'était améliorée à la suite de leur participation au programme. Les clients du PSS RQPI ont aussi mentionné une série d'améliorations de leur santé et de leur bien-être. Selon le sondage mené auprès des clients du PSS RQPI, 95 % (n = 306) des clients croyaient que les services du programme avaient contribué à leur mieux-être global; 85 % croyaient que les services avaient contribué à améliorer le mieux-être de leur famille; et 83 % croyaient que les services avaient contribué au mieux-être de leur collectivité.

4.4.4 Les éléments du Cadre du continuum entraînent-ils des changements à l'échelon communautaire?

Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a démontré des progrès préliminaires pour ce qui est de relever des lacunes dans les programmes et d'intégrer la culture et les traditions dans les programmes de mieux-être mental.

Compte tenu de son lancement récent (2015), il est trop tôt pour évaluer l'impact du CCMEMPN au chapitre des changements à l'échelon communautaire. Cependant, il y a des signes prometteurs selon lesquels le Cadre a déjà eu une incidence. Les répondants clés ont déclaré que le Cadre avait réussi à entraîner des changements à l'échelon communautaire (attribution d'une cote moyenne de 4,2 par les coordonnateurs des EMEM et de 3,2 par le personnel de Santé Canada) et que cela témoignait de l'importance d'intégrer le savoir culturel dans les programmes de mieux-être mental. Le continuum de soins décrit dans le Cadre est utilisé par nombre de collectivités pour relever les lacunes dans leurs propres programmes et pour déterminer les aspects à améliorer. Tous les coordonnateurs des EMEM ont noté qu'ils mettent en œuvre dans les collectivités les éléments et les principes soulignés dans le Cadre. Cependant, de nombreux répondants clés ont affirmé que le Cadre est nouveau et qu'il faut de temps et des ressources supplémentaires pour qu'il ait une incidence importante à l'échelon communautaire.

⁹ Sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie Pas du tout, 3, Quelque peu et 5, Dans une large mesure.

Selon les répondants clés et les participants à l'étude de cas, la plupart des collectivités au Canada connaissent le Cadre, toutefois des membres du personnel ont remarqué que beaucoup de travail et de ressources sont nécessaires pour mettre en œuvre les principes et les approches décrites dans le Cadre à l'échelon communautaire. De même, la plupart (78 %) des dirigeants communautaires et des directeurs et des membres du personnel de la santé ayant répondu au sondage ont déclaré que les programmes de MEM avaient aidé à aiguiller les membres de la collectivité vers des mesures de soutien traditionnelles et culturelles et que ces dernières étaient utiles aux membres de la collectivité. Cependant, presque tous les dirigeants communautaires et les directeurs et membres du personnel de la santé (91 %) ont noté qu'il fallait établir d'autres mesures de soutien traditionnelles et culturelles afin d'améliorer les programmes de mieux-être mental. Selon les participants au sondage, l'intégration de pratiques culturelles dans la conception et la prestation des programmes de MEM est la clé de leur réussite, mais il faut davantage de ressources pour améliorer les volets culturels des programmes de MEM.

4.5 Rendement : Élément 5 — Démonstration de l'économie et de l'efficacité

4.5.1 Le programme de mieux-être mental a-t-il exercé ses activités de la façon la plus économique et efficace possible?

Les programmes de MEM ont pris des mesures d'optimisation des ressources pour améliorer leur rentabilité et leur efficacité. Cependant, plusieurs facteurs ont limité les économies et l'efficacité des programmes de MEM, notamment les difficultés sur le plan des ressources étant donné que les montants de financement demeurent en grande partie inchangés depuis de nombreuses années, les cycles de financement à court terme, le taux de roulement élevé du personnel de programme dans les collectivités, le manque d'intégration entre les programmes de MEM, le manque de souplesse du financement des programmes communautaires et l'insuffisance des données pour l'évaluation du rendement des programmes de MEM.

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 que tous les ministères ont des systèmes normalisés de mesure du rendement et que des systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des ressources, à des activités, à des extrants et à des résultats escomptés particuliers.

Les systèmes financiers et la structure budgétaire que les programmes de MEM avaient au cours des années couvertes par la présente évaluation ne permettaient pas une évaluation opérationnelle complète de l'économie et de l'efficacité. Bien que l'information financière sommaire des programmes de MEM ait été examinée, les données sur les dépenses réelles et prévues concernant les programmes qui fonctionnent à l'échelon communautaire n'étaient pas disponibles, et l'information financière contenue dans les accords de contribution n'a pas été

fournie pour chaque programme. On a donc surtout axé l'analyse de l'efficacité et de l'économie sur « l'efficacité de l'affectation des ressources » au moyen d'une approche de service public. On a opté pour une évaluation fondée sur une approche mixte (données qualitatives et quantitatives) afin d'en arriver à des constatations et à des conclusions sur les liens entre les résultats et les ressources des programmes; les relations entre la conception des programmes et les méthodes de prestation et l'obtention des résultats; les facteurs qui ont contribué à l'efficacité et à l'économie des programmes de MEM; et les solutions de rechange à la prestation des programmes.

Les programmes de MEM ont pris un certain nombre de mesures d'utilisation des ressources pour obtenir les résultats escomptés. Comme il est indiqué dans le tableau 4, les dépenses totales des programmes de MEM de 2010-2011 à 2014-2015 étaient en moyenne de 293,8 millions de dollars par année. Du total de 1,5 milliard de dollars dépensés pour tous les programmes de MEM (y compris les stratégies et les sources de financement connexes) au cours des cinq dernières années, 91 % ont été dépensés en subventions et en contributions, 3 % sont allés aux salaires et 6 % à d'autres frais de gestion et d'administration. Par conséquent, la majeure partie du financement des programmes de MEM a été dépensée directement pour la prestation de programmes de mieux-être mental, et seulement 9 % sont allés aux coûts de gestion et d'administration.

Tableau 4 : Résumé des dépenses réelles des programmes de MEM de 2010-2011 à 2014-2015

Exercice	Dépenses réelles							Total
	ETP	Salaires*	RASE @ 20 %	Total des salaires	S et C	F et E	Immobilisations	
2010-2011		6 543 886	1 308 777	7 852 663	256 731 822	18 119 770	-	282 704 255
2011-2012		7 219 389	1 443 878	8 663 267	266 442 749	21 394 551	-	296 500 567
2012-2013		6 965 512	1 393 102	8 358 614	272 387 201	18 574 216	-	299 320 031
2013-2014		6 436 494	1 287 299	7 723 793	267 566 606	16 448 394	-	291 738 793
2014-2015		10 492 512	2 098 502	12 591 014	271 900 049	14 367 374	20 222	298 878 659
TOTAL		37 657 793	7 531 559	45 189 352	1 335 028 427	88 904 305	20 222	1 469 142 306

Source : Les données financières ont été fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances, Santé Canada

*Il faut noter que les montants des salaires comprennent des salaires non contrôlables.

Dans certaines régions, les membres du personnel de la DGSPNI ont lancé des initiatives particulières pour travailler avec les collectivités afin d'améliorer l'utilisation des ressources disponibles. Par exemple, dans la région de l'Atlantique, le personnel a évalué les niveaux d'utilisation du financement dans les collectivités et a cerné des façons d'augmenter l'efficacité. Le personnel des programmes communautaires a déclaré qu'il utilisait des méthodes créatives pour aller chercher du financement de contrepartie d'autres sources pour organiser des événements et offrir des activités de programme. Voici certains exemples de méthodes utilisées par les collectivités pour optimiser les ressources : le regroupement de ressources de différents secteurs de programme (p. ex. des représentants de différents programmes travaillant ensemble); l'acquisition de fonds auprès de gouvernements provinciaux pour offrir des services ou des

programmes complémentaires; l'utilisation de méthodes de rechange pour le transport de patients au lieu du traitement (p. ex. membres de la collectivité); la mobilisation d'Aînés locaux pour tenir des cérémonies traditionnelles et fournir des pratiques spirituelles à faible coût ou gratuitement; et l'utilisation d'approches de prestation de services holistiques relativement à la prestation de services pour maximiser les résultats.

L'examen d'un centre de traitement du PNLAADA démontre le rendement social des investissements dans les programmes pour le traitement des dépendances et de la toxicomanie. Les résultats de l'étude indiquent que, pour chaque dollar investi la première année, 3,85 \$ de valeur sociale sera créée au cours d'une période de trois ans en ce qui concerne la réduction des coûts liés aux services sociaux et de protection et aux soins de santé. La valeur est propre aux programmes et aux résultats du centre de traitement qui a participé à l'étude du projet pilote. Cela ne devrait pas être interprété comme s'appliquant à tous les centres de traitement ou à l'ensemble des programmes de mieux-être mental. Pour obtenir plus de détails sur les calculs et l'analyse, veuillez consulter l'annexe 3 — Méthode d'évaluation.

L'évaluation a permis de relever plusieurs facteurs qui ont limité l'efficacité et l'économie des programmes de MEM, y compris les suivants :

- **Financement fixe.** Les répondants clés et les intervenants communautaires ont déclaré que les défis liés aux ressources, du fait que le financement est demeuré en grande partie inchangé au cours de nombreuses années, ont été un obstacle critique à la réussite et à la durabilité des programmes et des services à l'échelon communautaire.
- **Financement prévu pour une courte période.** La plupart des programmes et des volets de financement offerts par les programmes de MEM sont à court terme et prennent fin dans quelques années¹⁰. Les cycles de financement courts et l'absence de programmes permanents créent des problèmes pour les centres de santé communautaires parce qu'ils ne permettent pas une planification à long terme. En outre, il est difficile d'établir des partenariats et de tirer profit des ressources lorsque des programmes ont un cycle de financement court.
- **Faibles salaires et roulement de personnel élevé dans les collectivités.** En raison des défis liés aux ressources, les collectivités ne peuvent pas verser de salaires compétitifs, ce qui fait qu'il est difficile d'attirer du personnel qualifié, et certaines collectivités finissent par embaucher du personnel non qualifié. Lorsque les collectivités dépensent des ressources pour former du personnel, celui-ci quitte souvent son poste pour un poste mieux rémunéré avec des fournisseurs de services provinciaux. Les délais restreints et les cycles de financement courts contribuent aussi au roulement élevé de personnel en raison de la précarité des emplois. Parmi les autres facteurs qui contribuent à un roulement élevé, mentionnons les traumatismes, les crises et les autres situations stressantes auxquels les membres du personnel doivent faire face régulièrement, de même que l'isolement du lieu de travail. Certains membres du personnel se sont dits être débordés par leur charge de travail et essentiellement laissés à eux-mêmes. Le roulement de personnel élevé réduit l'efficacité et la qualité des services de mieux-être mental parce que le personnel moins expérimenté n'est pas

¹⁰ Les cycles de financement varient selon le programme et varient de un à trois ans.

aussi efficient (en raison de la courbe d'apprentissage prononcée associée à un nouveau poste) et que l'embauche et la formation de nouveaux employés occasionnent des pertes de temps et des coûts excessifs.

- **Manque d'intégration des programmes de MEM.** La gestion et les rapports de chaque programme de MEM sont séparés. Cela a toujours entraîné une mise en œuvre cloisonnée des programmes de MEM, avec peu d'intégration aux échelons national et régional. Des changements apportés il y a plusieurs années ont favorisé une plus grande interaction et une meilleure coordination des activités des programmes de MEM à tous les échelons. Cependant, à l'échelon national, les programmes de MEM sont toujours offerts surtout de façon cloisonnée, car les mécanismes redditionnels et les exigences administratives de chaque programme sont très différents. Certains liens se créent entre les coordonnateurs de programme et les membres du personnel qui transmettent l'information, relèvent des similitudes entre les programmes et travaillent ensemble pour atteindre des buts communs. Malgré ces efforts, 42 % des répondants clés ont indiqué qu'il n'y a pas assez de systèmes pour assurer la prestation de services intégrés et que le niveau d'intégration, de collaboration et de transmission d'information est inadéquat.

À l'échelon communautaire, les programmes de MEM sont mis en œuvre d'une manière plus intégrée, ce qui suppose la création d'initiatives conjointes, le partage de personnel et le partage de locaux. Le quart des directeur de la santé communautaires et des leaders communautaires ayant répondu au sondage ont affirmé que les programmes de MEM sont bien intégrés, 57 % des directeurs de la santé communautaires et des dirigeants communautaires jugeaient que les programmes de MEM sont quelque peu intégrés, et 18 % ont déclaré que les programmes ne sont pas intégrés du tout. La raison la plus souvent fournie par les répondants clés trouvant que les programmes de MEM ne sont que quelque peu intégrés est que certains programmes sont mis en œuvre de façon cloisonnée (p. ex. les collectivités ont plusieurs accords de contribution signés avec la DGSPNI), ce qui accroît le fardeau administratif lié à la gestion des programmes. D'après les répondants clés, l'amélioration des liens, des relations et des partenariats avec les programmes de MEM, de même qu'avec d'autres partenaires fédéraux et provinciaux, permettrait d'optimiser les ressources et de réduire au minimum les tâches administratives. Des répondants clés ont déclaré que l'augmentation de l'intégration de tous les programmes de MEM, à tous les échelons — national, régional et communautaire — améliorerait l'efficacité grâce à de meilleures activités de coordination et entraînerait l'amélioration du continuum de soins. Parmi les programmes de MEM, on retrouve le plus d'interaction et de liens entre les programmes GE et Pour des collectivités en bonne santé à l'échelon communautaire. Le PSS RQPI est unique et a moins d'interaction et de liens avec d'autres programmes, en partie parce qu'un volet du PSS RQPI est offert par le personnel régional.

- **Flexibilité insuffisante du financement.** Le financement pour des programmes particuliers est « fixé » dans environ 23 % des collectivités, ce qui entraîne des possibilités limitées de réaffecter les ressources pour répondre aux priorités communautaires les plus pressantes. L'avantage de modèles de financement plus flexibles (p. ex. modèles « flexibles » et « globaux ») que les modèles de financement « fixes » est qu'ils peuvent tenir compte du fait que les collectivités sont très diverses et que leurs besoins en matière de soutien du mieux-être mental varient grandement et changent rapidement. En outre, les modèles de financement souples permettent une plus grande intégration des programmes à l'échelon

communautaire parce qu'il est beaucoup plus facile de mener des initiatives conjointes et de mettre des ressources en commun.

Données sur la mesure du rendement

Un examen des documents et des dossiers des programmes a montré que les programmes de MEM n'ont pas une Stratégie de mesure du rendement (SMR) complète. On a utilisé un document contenant un ensemble d'indicateurs du mieux-être mental pour suivre les activités des programmes et mesurer le rendement. L'ensemble d'indicateurs du mieux-être mental a été élaboré par l'Unité de la mesure du rendement (UMR) de la DGSPNI, en collaboration avec les programmes de MEM, en réaction à une recommandation émanant d'une évaluation antérieure. Le document dresse une liste des indicateurs de rendement que les programmes utilisent pour suivre les activités, les extrants et les résultats. Cependant, le document ne précise pas quand ni comment les données seront recueillies et quelle organisation ou quel ministère sera responsable de la collecte de données.

Même s'il n'y a pas une SMR complète en place, un examen des documents et des dossiers des programmes, combiné avec les constatations qui ressortent des entrevues avec les membres du personnel de Santé Canada, a indiqué des améliorations importantes du système de MR des programmes de MEM et de la disponibilité et de la qualité des données sur le rendement recueillies au cours de la période couverte par la présente évaluation. Ces améliorations comprenaient les suivantes :

- la mise en œuvre de la version 2011-2012 révisée du MRC, document produit par les collectivités et soumis aux coordonnateurs régionaux;
- des fiches de rendement des centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ fournissant des données sur le programme, les clients et le personnel, y compris les taux d'achèvement;
- un nouveau Système de gestion de l'information sur les toxicomanies (SGIT) améliorant la collecte de données des centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ;
- les études des résultats des centres de traitement du PNLAADA de 2011 et de 2012, fournissant des données complètes sur les résultats relatifs aux clients ayant participé aux centres de traitement du PNLAADA;
- des études spéciales évaluant l'efficacité des activités et des projets propres aux programmes, comme une évaluation des sept équipes de mieux-être mental originales en 2011-2012, des sondages effectués auprès de clients du PSS RQPI et des études de cas de la SNPSJA;
- un inventaire des formations et un modèle de rapport pour recueillir et communiquer des données sur les séances de formation sur le renforcement de la capacité offertes dans les collectivités;
- une base de données des participants au PSS RQPI et des services (p. ex. aiguillage et transport);
- des rapports annuels du Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes fournissant de l'information sur des centres du PNLASJ et sur les programmes offerts ainsi que des données détaillées sur les participants.

Au cours des entrevues, des membres du personnel de Santé Canada ont noté qu'ils utilisent de plus en plus les données sur le rendement pour suivre les activités des programmes et prendre des décisions. Des 14 membres du personnel de Santé Canada rencontrés en entrevue, 10 (71 %) ont déclaré qu'ils utilisaient régulièrement les données sur le rendement à des fins de prise de décisions.

Toutefois, il existe toujours nombre de défis et de lacunes associés à la qualité et à la disponibilité des données, particulièrement concernant l'uniformité des données sur le rendement au fil de toutes les années où les programmes ont été offerts. Même si les programmes de MEM recueillent et communiquent des données sur le rendement relativement aux activités et aux extrants des programmes et des données sur les résultats des programmes, les données n'étaient disponibles que pour une ou deux années de programme couvertes par l'évaluation et n'étaient pas disponibles pour toutes les régions, ce qui a compliqué l'évaluation du niveau des changements et des améliorations au fil du temps. Un examen des documents des programmes combiné avec les résultats des entrevues des membres du personnel de Santé Canada a indiqué que, parmi les programmes de MEM, le volet résidentiel du PNLAADA fournit des données sur le rendement satisfaisantes, comme les antécédents des clients, la participation au traitement et les résultats des clients. Les données sur le rendement recueillies pour les équipes de mieux-être mental, la SNPSJA et le PSS RQPI étaient aussi utiles, alors que l'information recueillie pour les programmes GE et Pour des collectivités en bonne santé était insuffisante (seulement de l'information sur les intrants et les extrants pour l'exercice 2009-2010). La nature (p. ex. activités de promotion et de prévention, ateliers, séance d'information) et la conception (c.-à-d. offerts au moyen d'accords de contribution à un grand nombre de collectivités) des programmes offerts dans le cadre de GE, Pour des collectivités en bonne santé et la SNPSJA compliquent beaucoup la collecte des données uniformes sur le rendement et la reddition de comptes connexe.

Comme la capacité des collectivités de recueillir et de communiquer des données sur le rendement varie grandement, il est très difficile de créer un système de rapports complet et de recueillir des données sur les résultats des collectivités. Par conséquent, les rapports établis selon le MRC portent sur la collecte de données sur les extrants et sur la participation des clients. Au cours des consultations communautaires, 90 % des dirigeants communautaires et 86 % du personnel des programmes communautaires ayant participé à des séances de discussions en groupe dans la collectivité ont indiqué que les rapports établis selon le MRC ne sont pas adéquats pour communiquer les problèmes auxquels le personnel de mieux-être mental fait face pour décrire précisément les activités mises en œuvre ou pour indiquer l'incidence des programmes. Les collectivités aimeraient que le MRC comprenne une section où elles peuvent fournir de l'information sur les réussites de leur programme et sur les problèmes et les défis auxquels elles font face. En outre, des intervenants communautaires ont demandé de la rétroaction de Santé Canada à l'égard de leurs rapports fondés sur le MRC, de la réussite de leurs programmes et des données de référence sur la mise en œuvre pour qu'ils puissent comparer les progrès de leurs programmes avec ceux d'autres collectivités ou régions ou avec les pratiques exemplaires du domaine. Avec la rétroaction sur les rapports fondés sur le MRC, les collectivités aimeraient recevoir un compte rendu régulier (p. ex. un bulletin en ligne) de Santé Canada sur l'ensemble de la mise en œuvre des programmes de MEM, les pratiques exemplaires, les leçons retenues, les possibilités de financement et les autres faits nouveaux dans le domaine du MEM. Par exemple,

un bulletin d'information lancé dans la région de l'Alberta, qui fournit aux collectivités des comptes rendus réguliers sur la santé des Premières Nations, est perçu comme étant très efficace.

Options de conception de rechange

Un examen des programmes de mieux-être pour les collectivités autochtones des États-Unis, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande révèle qu'un large éventail de programmes est mis en place pour répondre aux divers besoins des collectivités de chaque pays. La diversité des programmes ne permet pas une comparaison exacte entre les pays. Néanmoins, l'examen a permis de relever un certain nombre de leçons retenues et de pratiques exemplaires, y compris les suivantes :

- Charger une organisation autochtone particulière du développement de la main-d'œuvre. L'organisation maorie appelée Te Rau Matatini, de la Nouvelle-Zélande, fournit une orientation stratégique pour la formation, l'éducation et le renforcement des capacités de la main-d'œuvre maorie pour l'avancement de la santé et du mieux-être des Aborigènes.
- Ouvrir les voies de communication, encourager la participation et bâtir une relation de confiance avec les collectivités et les organisations autochtones en les faisant participer comme partenaires égaux.
- Créer des structures décisionnelles conjointes et consulter les intervenants autochtones au début de la planification et de l'élaboration des politiques.
- Intégrer des approches autochtones dans les programmes de mieux-être mental et inclure des éléments culturels et traditionnels autochtones qui vont au-delà de la définition étroite de la santé et intégrer tous les éléments du mieux-être.
- Utiliser une approche holistique multidisciplinaire (mentale, physique, psychologique et spirituelle de même qu'une attention portée à l'interdépendance familiale, communautaire, environnementale et spirituelle), positive et axée sur les forces à l'égard du mieux-être mental.
- Mobiliser les collectivités pour qu'elles élaborent leurs propres approches et plans communautaires pour répondre aux besoins en matière de santé mentale.
- Élaborer des systèmes complets de mesure et de surveillance du rendement pour suivre les progrès et en rendre compte. Par exemple, en Nouvelle-Zélande, le ministère de la Santé produit un rapport trimestriel sur l'amélioration des résultats en matière de la santé des Maoris et fournit des programmes et des services de santé adaptés à la culture. Cela aide tous les intervenants à comparer les progrès réalisés et à comprendre la réussite des programmes et les besoins des collectivités.

5.0 Conclusions

5.1 Conclusions sur la pertinence

5.1.1 Nécessité continue des programmes

Il est nécessaire de maintenir les programmes de mieux-être mental, puisque les peuples des Premières Nations et les Inuits connaissent invariablement des taux plus élevés de problèmes de santé mentale (p. ex. détresse psychologique et troubles de l'humeur), de suicide et de consommation de drogues illicites et d'alcool que ceux de l'ensemble de la population canadienne.

Au Canada, il existe un certain nombre de facteurs de risque associés aux problèmes de mieux-être mental, y compris la consommation de drogues et le suicide. Le taux de prévalence du suicide, des toxicomanies et de l'alcoolisme, de la consommation de drogues et d'autres problèmes de santé mentale des Premières Nations et des Inuits est supérieur, de manière disproportionnée, à celui de l'ensemble de la population canadienne. Par exemple, entre 2005 et 2007, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte proportion de membres de Premières Nations était 11 fois supérieur pour les garçons et 21 fois supérieur pour les filles par rapport à celui des jeunes qui vivaient dans des régions ayant une faible représentation des Premières Nations²⁹. Il existe des tendances semblables au sein des populations inuites. Entre 2004 et 2008, le taux de suicide chez les jeunes âgés de moins de 19 ans qui vivaient dans des régions ayant une forte proportion d'Inuits (Inuit Nunangat) était, par rapport aux taux de suicide pour l'ensemble de la population canadienne, 35 fois supérieur chez les garçons et 28 fois supérieur chez les filles.

De nombreuses collectivités inuites et des Premières Nations font face à des crises en ce qui a trait au suicide, à la consommation d'alcool et de drogues, aux maladies transmissibles et aux inquiétudes au sujet du bien-être des enfants. L'influence globale des traumatismes et des facteurs de stress historiques et actuels sur certaines personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations est un facteur qui contribue au degré élevé de crises à l'échelon individuel, familial et communautaire. Les activités mises en œuvre par les Programmes de MEM sont harmonisées pour combler les besoins des Premières Nations et des Inuits et visent à réduire les taux élevés de toxicomanie, de suicide et de problèmes de santé mentale.

5.1.2 Harmonisation avec les priorités gouvernementales

Les objectifs et les activités des Programmes de MEM du Cadre, qui comprennent la promotion du MEM ainsi que le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, sont harmonisées avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du Ministère.

Les objectifs et les activités des programmes de MEM de la DGSPNI, qui comprennent la promotion du mieux-être mental, ainsi que le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme, sont harmonisés avec les priorités du gouvernement fédéral, comme il est mentionné dans les

récents budgets fédéraux; la première stratégie du Canada sur la santé mentale, *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*; la présentation d'excuses par le gouvernement fédéral aux anciens élèves des pensionnats indiens et deux résultats stratégiques de Santé Canada.

5.1.3 Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la prestation de soins de santé aux populations des Premières Nations et aux Inuits. Au lieu de les chevaucher, les Programmes de MEM semblent compléter les autres programmes fédéraux conçus pour aborder les questions de santé mentale et de toxicomanie dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les programmes de mieux-être mental sont uniques en ce qui a trait à leur portée élargie par rapport aux autres programmes fédéraux et à l'accent qu'ils mettent sur l'adoption des services adaptés à la culture, aux traditions et aux modes de vie des Premières Nations et des Inuits.

Des politiques fédérales, comme la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens, décrivent les objectifs du gouvernement fédéral à l'égard de la santé des Autochtones. La Politique sur la santé des Indiens (1979) confère les pouvoirs relatifs à la prestation de programmes de santé pour les Premières Nations et les Inuits, dont les programmes de mieux-être mental et le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie sont une composante. Elle encourage aussi l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et des Inuits « grâce à des mécanismes générés et tenus à jour par les collectivités elles-mêmes ».

Au lieu de les chevaucher, les Programmes de MEM semblent compléter les autres programmes fédéraux conçus pour aborder les questions de santé mentale et de toxicomanie dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les programmes de MEM sont uniques en ce qui a trait à leur portée élargie par rapport aux autres programmes fédéraux et à l'accent qu'ils mettent sur l'adoption de services adaptés à la culture, aux traditions et aux modes de vie des Premières Nations et des Inuits.

5.2 Conclusions sur le rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les Programmes de MEM ont fait des progrès en ce qui concerne l'atteinte de résultats immédiats, intermédiaires et à long terme escomptés. Toutefois, de grands efforts sont nécessaires à l'égard de certains aspects pour accélérer les progrès vers les résultats désirés.

Même s'il était difficile de mesurer avec exactitude le rendement des programmes en raison des données limitées sur la mesure du rendement, les données accessibles, jumelées aux conclusions des travaux sur le terrain, indiquent que les Programmes de MEM ont fait des progrès en vue d'obtenir les résultats attendus. Selon l'évaluation, les efforts déployés récemment par les

Programmes de MEM pour intégrer la culture et les traditions ont entraîné une hausse de l'adoption de comportements sains en raison d'une acceptation accrue des programmes et des services de MEM et d'une participation accrue à ceux-ci. Les hausses les plus fréquentes quant à l'adoption de comportements sains sont liées à une réduction de la toxicomanie, à une augmentation de l'estime de soi et de la confiance, à un meilleur sentiment d'identité culturelle positive, à des relations familiales et communautaires renforcées, et à un comportement faisant en sorte que les membres des Premières Nations et les Inuits cherchent davantage à obtenir de l'aide. L'intégration de la culture aux Programmes de MEM a aussi permis une prise en charge communautaire accrue pour aborder les problèmes de santé mentale. Les équipes de MEM ont été particulièrement efficaces en ce qui concerne l'intégration de la culture aux programmes de mieux-être mental. Elles ont été en mesure d'obtenir d'importants résultats, y compris un meilleur accès à des services spécialisés et une prise en charge accrue parmi les membres des collectivités. Le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations a été essentiel pour offrir une orientation concernant l'intégration de la culture et des traditions aux programmes de mieux-être mental, en plus de souligner le continuum de services essentiels nécessaires pour combler les besoins des Premières Nations.

Les Programmes de MEM ont réussi à améliorer le continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations, en mettant davantage l'accent sur la coordination des services parmi les fournisseurs de services fédéraux, provinciaux et communautaires, en augmentant le recours aux services de gestion de cas, en lançant de nouvelles initiatives, comme les équipes de mieux-être mental, et en créant un certain nombre de cadres, d'outils et de ressources. Cependant, il continue d'y avoir des lacunes associées à la détermination et à l'intervention précoces, à la planification de crises et à l'intervention, aux traitements en fonction des traumatismes, à l'accès aux services de désintoxication, à l'accès à des services spécialisés et professionnels, et aux services de suivi. Parmi les autres défis constants, il y a la capacité de joindre les personnes les plus vulnérables, et celles qui ont le plus besoin des services. La capacité insuffisante d'offrir les Programmes de MEM demeure une des problèmes les plus urgents dans nombre de collectivités. Même si les MEM ont augmenté la capacité dans les collectivités qu'elles desservent, ces 11 équipes réparties à l'échelle du pays proposent actuellement des services à uniquement 12 % environ de l'ensemble des collectivités inuites et des Premières Nations visées par l'évaluation.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Les Programmes de MEM ont permis un certain nombre de mesures d'optimisation des ressources pour accroître les économies et l'efficience de ces programmes. Cependant, plusieurs facteurs ont nui à l'efficience et à l'économie de ces programmes.

Les programmes de MEM ont permis un certain nombre de mesures d'optimisation des ressources pour accroître les économies et l'efficience de ces programmes. Cependant, plusieurs facteurs ont nui à l'efficience et à l'économie de ces programmes, y compris des défis sur le plan des ressources associés aux montants du financement qui sont demeurés relativement les mêmes au fil des ans, les cycles de financement à court terme, le taux de roulement élevé du personnel des programmes dans les collectivités, le manque d'intégration parmi les programmes de MEM,

la souplesse insuffisante du financement des programmes communautaires, ainsi que les données insuffisantes pour évaluer le rendement des programmes de MEM et affecter les ressources aux programmes de MEM les plus efficaces.

Une autre contrainte est le manque d'intégration parmi les programmes de MEM. Bien que certains changements aient été apportés il y a plusieurs années afin de promouvoir davantage d'interaction et une meilleure coordination, la plupart des programmes de MEM sont offerts de façon cloisonnée à l'échelon national. À l'échelon communautaire, les programmes de MEM sont quelque peu intégrés, et cette intégration découle de la prise d'initiatives conjointes, du partage du personnel et du partage des lieux de travail. L'intégration accrue des programmes de MEM à tous les échelons — national, régional et communautaire — améliorerait l'efficacité au moyen d'une meilleure coordination des activités et entraînerait une amélioration du continuum de soins.

Au cours de la période couverte par l'évaluation, la disponibilité et la qualité des données recueillies sur le rendement s'est grandement améliorée. Il y a possibilités d'améliorer l'uniformité des données recueillies au fil des années pendant lesquelles les programmes ont été offerts.

6.0 Recommandations

Recommandation 1

Mettre l'accent sur le fait de combler les lacunes en ce qui a trait au continuum des services essentiels, en collaboration avec les Premières Nations, à mesure que le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations est mis en œuvre.

Il existe actuellement des lacunes dans le continuum de services offerts à l'échelon communautaire. Elles comprennent l'accès limité à la désintoxication, aux soins de suivi et aux services spécialisés et professionnels. Il existe des façons de combler ces lacunes, y compris la collaboration avec les partenaires à l'échelon régional (comme des fournisseurs de services provinciaux, des collectivités et des conseils tribaux) afin de régler les questions relatives aux délais d'attente, à l'accès, à la compétence culturelle des services spécialisés et aux systèmes d'aiguillage. Dans certaines collectivités, le fait d'accroître leur capacité à offrir des soins spécialisés a été efficace. Cependant, pour des raisons de confidentialité, en raison de l'accès aux services et lors d'urgences, certains membres de la collectivité ont dû accéder aux services hors de leur collectivité. Une meilleure coordination, comme des systèmes de recommandation, la gestion des cas et la planification des congés, y compris les services provinciaux et territoriaux et les centres de traitement du PNLAADA et du PNLASJ, permettra d'offrir des services de santé communautaires aux personnes qui reviennent dans les collectivités, ainsi que de meilleurs services de suivi. En outre, il serait possible d'améliorer le continuum de services dans les collectivités en adoptant une approche en matière de développement communautaire axée sur les forces.

Recommandation 2

Accroître les efforts déployés à l'appui du renforcement des capacités communautaires pour offrir des services efficaces et de qualité pour traiter de la toxicomanie, du suicide et d'autres problèmes de santé mentale de même qu'accroître la résilience des collectivités.

Le manque de capacité des collectivités d'offrir des services efficaces est un des aspects les plus importants qui ont une incidence sur la réussite des programmes de MEM. Actuellement, un certain nombre de facteurs contribuent à ce problème, dont le taux de roulement élevé des employés des programmes communautaires, situation attribuable en partie à la disparité salariale; une supervision clinique et culturelle restreinte pour les employés en poste; des problèmes de communication avec le personnel dans les collectivités en ce qui a trait aux mises à jour du programme et à l'échange des pratiques exemplaires. En outre, le degré de sensibilisation à l'égard du matériel et des activités de formation dans la collectivité est variable. De plus, on ne sait pas à quel point le matériel de formation correspond actuellement aux besoins de la collectivité.

À l'avenir, il faudra déployer davantage d'efforts pour échanger des renseignements avec les collectivités concernant les programmes, dont les pratiques exemplaires, les données de référence et les leçons retenues dans le domaine du mieux-être mental afin d'améliorer les efforts de renforcement de la capacité. De même, il faudra veiller à ce que les ressources actuelles en matière de formation soient adaptées de manière à donner suite aux questions les plus urgentes et à ce qu'elles mettent l'accent sur les écarts critiques, comme les soins tenant compte des traumatismes subis. En aidant les collectivités à améliorer les politiques et procédures internes, ainsi que la capacité du personnel d'assurer la confidentialité et de protéger les renseignements personnels, on améliorerait l'efficacité des services dans son ensemble.

Afin d'accroître l'accès à des programmes et à des services de MEM de qualité, il est aussi nécessaire de déployer des efforts accrus pour intégrer la culture et les traditions à la conception et à la prestation des programmes de mieux-être mental, en adoptant des approches en matière de mieux-être mental axées sur les Premières Nations, tout en proposant des services occidentaux (p. ex. assurer la participation des guérisseurs traditionnels, des Aînés et d'autres praticiens culturels). Comme le précise le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, l'intégration des connaissances culturelles aux programmes servira de catalyseur pour la guérison des Autochtones et améliorera l'efficacité des programmes de MEM. L'évaluation a montré que la participation accrue aux programmes de MEM est attribuable principalement à l'intégration de la culture et des traditions des Premières Nations aux programmes de mieux-être mental. Les approches communautaires dont les collectivités se sont servies pour créer et mettre en œuvre des EMEM devraient être appliquées à plus grande échelle, parce qu'elles ont été particulièrement efficaces en ce qui a trait à l'intégration de la culture aux programmes de MEM, ainsi qu'au renforcement de la capacité communautaire.

Recommandation 3

Continuer d'intégrer les programmes de mieux-être mental à l'échelle nationale et régionale au sein de Santé Canada et officialiser les mécanismes visant à assurer leur intégration de chacun des programmes individuels.

Même si, au cours des dernières années, des améliorations ont été apportées à l'intégration, les programmes de MEM de la DGSPNI sont encore, en majorité, mis en œuvre d'une manière cloisonnée au sein de Santé Canada, à l'échelle nationale et régionale. En outre, les interactions entre les employés de différents programmes sont insuffisantes. L'évaluation a relevé des variations en ce qui a trait à la mesure dans laquelle les membres du personnel de tous les programmes collaborent et intègrent les activités des programmes, tant à l'échelon régional qu'à l'échelon national. Il existe également des variations en ce qui concerne les mécanismes pour assurer une communication régulière et la mise en commun des pratiques exemplaires par les membres du personnel aux échelons communautaire, régional et national.

Une intégration accrue des programmes de MEM à tous les échelons assurerait une coopération et une interaction accrues parmi les employés des bureaux nationaux et régionaux, en plus d'accroître la coordination des activités de programmes à l'échelle communautaire, sous-régionale et régionale.

Recommandation 4

Élaborer une stratégie exhaustive de mesure du rendement afin d'orienter la collecte et l'utilisation des données sur la mesure du rendement.

Les conclusions de l'évaluation montrent des améliorations importantes quant à l'accès aux données sur le rendement des programmes de MEM et à leur qualité. Cependant, on pourrait améliorer l'uniformité des données de rendement à l'échelle des activités et au fil des ans en créant une stratégie de mesure du rendement complète qui renferme des renseignements détaillés sur les sources des données sur le rendement, désigne les responsables de la collecte de données et de la production de rapports sur celles-ci, en plus de décrire la fréquence et le moment de la collecte de données. Puisque les programmes de MEM comprennent des programmes complexes et visent un grand nombre de collectivités, des études spéciales (p. ex. des évaluations de l'EMEM et des études de cas du SNPSJA) s'avèrent efficaces pour fournir une évaluation plus approfondie des secteurs particuliers et déterminer les pratiques exemplaires.

Annexe 1 — Modèle logique

Groupe cible	<i>Les Premières Nations dans les réserves, les Inuits dans les collectivités inuites, les anciens élèves admissibles des pensionnats indiens et leur famille et un soutien pour le développement des connaissances et la prévention primaire liée au suicide pour tous les Autochtones</i>				
Objectifs	<i>Financer et appuyer l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de programmes et de politiques communautaires adaptés à la culture qui favorisent le mieux-être mental</i>				
Thème	Collaboration et participation des intervenants	Prestation de services	Renforcement des capacités	Collecte de données, recherche et surveillance	Élaboration de politiques et mise en commun des connaissances
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> Collaboration dans le cadre de groupes, de comités, de consultations, de projets Accords Projets conjoints Groupes de travail, conseils, groupes consultatifs Comités, alliances stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> Aiguillages, clients traités dans des établissements agréés Projets de MEM Projets, activités Aiguillages Clients traités Séances de counselling Établissements agréés Remboursement des frais de déplacement Travailleurs de la santé communautaire (résolution) 	<ul style="list-style-type: none"> Formation adaptée à la culture, éducation permanente, possibilités de perfectionnement professionnel Documents de formation adaptés à la culture Séances de formation Travailleurs formés 	<ul style="list-style-type: none"> Collecte de données permanente à l'appui de la prestation de services et de l'élaboration de politiques et de programmes Politiques, procédures, lignes directrices, cadres, rapports, conférences et ateliers 	<ul style="list-style-type: none"> Politiques, procédures, directives et cadres élaborés Processus pour communiquer les pratiques exemplaires Documents d'information et de sensibilisation Campagnes de sensibilisation Sites Web
Portée	Partenaires et intervenants nationaux, régionaux et communautaires, tant internes qu'externes	Bénéficiaires de financement et de services : personnes, familles et collectivités inuites et des Premières Nations et gouvernements territoriaux	Travailleurs communautaires et professionnels de la santé	Représentants communautaires (p. ex. travailleurs et directeurs de la santé), régions et partenaires ou intervenants à tous les échelons	Partenaires et intervenants aux échelons communautaire, régional et national
Résultats immédiats	Augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage		<ul style="list-style-type: none"> Amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations Participation accrue des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services Sensibilisation accrue aux comportements sains 		
Résultats intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> Adoption accrue de comportements sains Prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations pour ce qui est de lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité et bien coordonnés destinés aux personnes, aux familles et aux collectivités inuites et des Premières Nations 				
Résultats à long terme	Contribution à l'amélioration de l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie				

Description du modèle logique du Programme de mieux-être mental pour les Premières Nations et les Inuits

L'objectif principal du Programme de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits est de financer et de soutenir l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de programmes et de politiques communautaires pertinents sur le plan de la culture qui font la promotion du mieux-être mental. Pour atteindre cet objectif et obtenir les résultats escomptés décrits dans le modèle logique, le programme met en œuvre un certain nombre d'activités, y compris :

- Favoriser la collaboration et établir des partenariats avec les Premières Nations, les Inuits et les autorités et organisations fédérales, provinciales et territoriales grâce à la signature d'accords, à la mise en œuvre de projets conjoints, à la participation à divers comités et à l'établissement d'alliances stratégiques.
- Offrir des programmes et des services de santé mentale pour les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations en mobilisant le leadership communautaire et les gouvernements territoriaux.
- Renforcer la capacité des travailleurs communautaires et des professionnels de la santé à l'échelon communautaire en organisant et en offrant de la formation appropriée sur le plan culturel, de l'éducation permanente, des possibilités de perfectionnement professionnel et des documents d'information.
- Organiser la recherche et la surveillance relativement à la collecte continue de données pour soutenir la prestation des services et l'élaboration de politiques et de programmes.
- Élaborer et communiquer des politiques, des procédures, des directives et des cadres en partenariat avec les intervenants aux échelons communautaire, régional et national.

Dans l'immédiat, on s'attend à ce que ces activités donnent les résultats suivants :

- augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage;
- amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations;
- participation accrue des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services; et
- sensibilisation accrue aux comportements sains.

À moyen terme, on s'attend à ce que les activités donnent les résultats suivants :

- adoption accrue de comportements sains;
- prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations pour ce qui est de lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale; et
- accès amélioré à des programmes et à des services de qualité et bien coordonnés destinés aux membres, aux familles et aux collectivités des Premières Nations et des Inuits.

À long terme, on s'attend à ce que les programmes de MEM contribuent à l'amélioration de l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à un continuum de programmes et de services axés sur la santé mentale et de lutte contre la toxicomanie.

Annexe 2 — Résumé des constatations

Cotation des constatations

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

Symboles de cotation de la pertinence et importance

Un résumé des cotes de pertinence est présenté au Tableau 1, ci-dessous. Une description des symboles de cotation de la pertinence et du degré d'importance figure dans la légende.

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et importance

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité continue des programmes			
Le Programme de mieux-être mental continue-t-il de répondre à un besoin manifeste?	L'incidence et la prévalence du suicide, de la dépendance, de la consommation d'alcool et de drogue et d'autres problèmes de santé mentale chez les membres des Premières Nations et les Inuits et les crises dans les collectivités.	Élevé	Il y a une nécessité continue pour des programmes de MEM parce que les membres des Premières Nations et les Inuits sont confrontés à des taux plus élevés de suicide et de consommation de drogues illicites et d'alcool et de problèmes de santé mentale déclarés (p. ex. la détresse psychologique et des troubles de l'humeur) que la population en général. On constate aussi des taux élevés de crises dans les collectivités inuites et des Premières Nations, crises liées à l'abus de médicaments d'ordonnance, à la toxicomanie et au suicide.
Les activités du programme répondent-elles aux besoins actuels?	La capacité d'adaptation des programmes aux besoins actuels.	Élevé	Les programmes de MEM sont quelque peu en mesure de s'adapter aux besoins des collectivités inuites et des Premières Nations, car la prestation de programmes est harmonisée avec le fait de répondre aux besoins.
Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques ministériels?	Les données probantes établissant que la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie demeurent une priorité du gouvernement fédéral. Harmonisation des activités des programmes de MEM avec les priorités et les résultats stratégiques ministériels.	Élevé	L'investissement dans les services de santé mentale a été mentionné comme priorité dans les récents budgets fédéraux, et les activités des programmes de MEM sont harmonisées avec la première stratégie du Canada en matière de santé mentale (Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada) et la présentation d'excuses par le gouvernement fédéral aux anciens élèves des pensionnats indiens, et cela contribue au respect de l'engagement du gouvernement à offrir un soutien psychologique et affectif aux personnes touchées par le processus de règlement; et deux résultats stratégiques de Santé Canada.

Légende — Symboles de cotation de la pertinence et importance

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

Évaluation des programmes de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits de 2010-2011 à 2014-2015

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	Les données probantes selon lesquelles les objectifs et les activités du Programme de mieux-être mental sont harmonisés avec la compétence et le rôle du gouvernement fédéral, et les données probantes selon lesquelles les objectifs des programmes sont harmonisés avec le mandat et les rôles ministériels.	Élevé	Les politiques et instruments habilitants qui s'appliquent exposent clairement le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits.
Le Programme de mieux-être mental reproduit-il d'autres programmes (p. ex. fédéraux, provinciaux ou territoriaux), les complète-t-il ou les chevauche-t-il?	Les données probantes au sujet de la différenciation ou de la complémentarité du programme relativement à d'autres programmes et la perception des intervenants à l'égard de la reproduction par rapport aux services provinciaux et territoriaux et des liens avec ceux-ci.	Élevé	Il y a d'autres programmes et services offerts par la DGSPNI, et les gouvernements provinciaux et fédéral ont des objectifs similaires à ceux des programmes de mieux-être mental. Toutefois, les programmes de mieux-être mental complètent en grande partie d'autres programmes des gouvernements fédéral et provinciaux plutôt que de les chevaucher ou de les reproduire.

Légende — Symboles de cotation de la pertinence et importance

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

Évaluation des programmes de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits de 2010-2011 à 2014-2015

Symboles de cotation du rendement et importance

Un résumé des cotes du rendement est présenté au tableau 2, ci-dessous. Une description des symboles de cotation du rendement et de leur degré d'importance figure dans la légende.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et importance

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage	Perception des intervenants à l'égard de l'augmentation et de l'amélioration de la collaboration et du réseautage dans les programmes de mieux-être mental et variation, par année, du nombre et du type d'arrangements, d'accords et de partenariats de collaboration	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Les activités de collaboration et de réseautage se sont améliorées à tous les échelons du système. À l'échelle nationale, cela a été facilité par l'établissement concerté du Cadre de continuum du MEM et du Cadre de renouvellement du PNLAADA. À l'échelon régional, la mise en place de structures de cogestion dans la plupart des provinces a facilité l'établissement de partenariats avec des partenaires provinciaux et communautaires. À l'échelon communautaire, l'apport des EMEM et des EAMEC s'est révélé essentiel dans l'amélioration des liens et des partenariats entre les intervenants. Malgré les améliorations apportées à la collaboration et au réseautage, davantage de progrès à cet égard sont nécessaires.
Amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations	Perceptions des intervenants et des membres de la collectivité relativement au continuum de services offerts et utilisés; et nombre et type de programmes et de services offerts aux collectivités, par année	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Bien que les programmes de mieux-être mental aient réussi à améliorer le continuum de programmes et de services dans les collectivités inuites et des Premières Nations, il continue d'y avoir des lacunes associées au dépistage et à l'intervention précoces, à la planification de crises et à l'intervention, au traitement en fonction des traumatismes, aux services de désintoxication et aux services de soins de suivi.
Participation accrue des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services	Perceptions des intervenants et des membres de la collectivité relativement à la participation accrue aux activités des programmes; et documents de programmes montrant le profil des participants à différents programmes	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Bien que les données ne soient pas disponibles, on observe au sein du personnel de la santé communautaire et chez les membres de la collectivité une forte perception selon laquelle la participation aux activités de MEM a augmenté. Ils attribuent cette augmentation à l'intégration de la culture et des traditions communautaires aux programmes, ce qui a réduit les préjugés associés à la participation. Cependant, un défi continu est la capacité de joindre les personnes les plus vulnérables et celles qui ont le plus besoin des services.
Sensibilisation accrue des membres des Premières Nations et des Inuits aux comportements sains	Perceptions des intervenants et des membres de la collectivité relativement à la sensibilisation accrue aux comportements sains; et documents de programmes démontrant une sensibilisation accrue	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Les programmes de MEM ont réussi à mieux faire connaître les comportements sains chez les membres des groupes cibles. Ce sont les enfants et les jeunes qui ont bénéficié le plus de la sensibilisation accrue à la culture et aux traditions des Premières Nations et des Inuits et à l'importance d'une identité culturelle forte, de la présence aux activités fondées sur les ressources naturelles et les comportements de demande d'aide, de l'estime de soi et de la confiance.
Pratique accrue de comportements sains par les membres des Premières Nations et les Inuits	Perceptions des intervenants et des membres de la collectivité relativement à la pratique accrue de comportements sains et documents de programmes démontrant un	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Bien que les données disponibles soient limitées, il y a une forte indication que les programmes ont augmenté la pratique de comportements sains dans les groupes cibles. Les participants aux programmes de MEM déclarent une augmentation de l'estime de soi et de la confiance, une amélioration du sentiment d'identité culturelle positive, et le

Légende — Symboles de cotation du rendement et importance

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	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 prioritaire est nécessaire.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
	changement dans les comportements		renforcement des relations familiales et des liens communautaires. Plus précisément, les projets de la SNPSJA ont contribué à une augmentation des facteurs de protection du suicide (p. ex. la confiance, l'espoir, le sentiment d'appartenance et la décision de demander de l'aide) et à une réduction des facteurs de risque, tandis que les centres de traitement du PNLAADA signalent une réduction des taux de consommation d'alcool ou d'autres drogues chez les participants.
Prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations pour ce qui est de lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale	Perception des intervenants et des représentants communautaires concernant la capacité et la prise en charge communautaires à l'égard des programmes; profil des efforts de renforcement de la capacité déployés; et examen des documents et des dossiers de programmes démontrant un changement dans la capacité et la prise en charge et dans les lacunes existantes	Peu de progrès; attention prioritaire	Bien que des efforts pour améliorer la capacité communautaire aient été déployés, la capacité insuffisante demeure un des problèmes les plus pressants à l'échelle de nombreuses collectivités. La détermination des besoins en matière de formation et la mise en œuvre des activités de renforcement de la capacité ne sont pas uniformes, sont ponctuelles et, dans nombre de régions, s'appuient sur des activités offertes par des partenaires. L'épuisement professionnel et le roulement élevé du personnel représentent des contraintes importantes à l'égard de la capacité communautaire et doivent être abordés.
Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi que leur famille et leur collectivité	Niveaux d'accréditation et de certification des centres de traitement et de santé existants et des membres du personnel; perception des intervenants à l'égard de l'augmentation de la qualité; et intégration d'approches pertinentes sur le plan de la culture	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Des progrès ont été réalisés au chapitre de l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des programmes et des services en prêtant une attention accrue à l'accréditation des centres de traitement du PNLAADA et à l'accréditation des centres de santé communautaires, l'intégration de pratiques culturelles et spirituelles dans les programmes, à l'introduction des EMEM, à une meilleure coordination des services et de la planification en cas de crise. Les disparités au chapitre du financement, les problèmes liés à la protection de la confidentialité des participants et l'emplacement éloigné et isolé de certaines collectivités minent l'accès des collectivités à des services de qualité.
Contribution à l'amélioration de l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	Documents de programmes démontrant des améliorations mesurables de l'état de santé touchant des aspects liés au mieux-être mental et perception des intervenants et des participants aux programmes relativement à l'amélioration de l'état de santé	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Les données sur le rendement sont limitées et ne permettent pas d'évaluer efficacement la mesure dans laquelle les programmes de MEM ont contribué à l'amélioration de l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations. Cependant, comme les programmes de MEM ont entraîné une augmentation de la pratique de comportements sains, il existe des indications précoces selon lesquelles l'état de santé des membres des Premières Nations et des Inuits s'est amélioré.
Démonstration de l'efficacité et de l'économie			
Le programme a-t-il réalisé ses activités de la façon la plus économique et efficiente possible?	Perception des intervenants relativement à l'utilisation économique et efficiente des ressources des programmes; ventilation du budget et des dépenses des programmes; changements apportés pour améliorer l'efficacité et l'économie; et analyse du rendement social des investissements dans	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Les programmes de MEM ont pris un certain nombre de mesures d'optimisation des ressources pour améliorer l'économie et l'efficacité. Toutefois, plusieurs facteurs ont limité l'économie et l'efficacité des programmes de MEM, y compris le financement fixe, les cycles de financement à court terme, le roulement élevé du personnel des programmes dans les collectivités, l'absence d'intégration des programmes de MEM, la souplesse insuffisante du financement dans les programmes communautaires et les données insuffisantes pour évaluer le rendement des programmes de MEM.

Légende — Symboles de cotation du rendement et importance

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	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 prioritaire est nécessaire.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
	un centre de traitement		
A-t-on mis en place des mesures du rendement appropriées? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information?	Examen du système de mesures du rendement et des données sur le rendement recueillies à des fins de qualité et d'uniformité; perception des intervenants concernant le caractère approprié et l'utilisation des données sur le rendement et les possibilités d'amélioration	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Au cours de la période couverte par la présente évaluation, les programmes de MEM ont permis certaines améliorations de la qualité et du caractère adéquat des données sur le rendement recueillies et communiquées. D'autres améliorations sont nécessaires pour augmenter l'utilité des données sur le rendement pour suivre de façon continue les programmes, élaborer des politiques et prendre des décisions relatives aux programmes et définir les priorités.

Légende — Symboles de cotation du rendement et importance

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	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 prioritaire est nécessaire.

Tableau 3 : Résumé des cotes de pertinence et de rendement

Question d'évaluation	Élevé	Partiel	Faible
Pertinence			
Question : Nécessité continue des programmes			
Le Programme de mieux-être mental continue-t-il de répondre à un besoin manifeste?	√	S.O.	S.O.
Question : Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les priorités et les résultats stratégiques ministériels du gouvernement fédéral?	√	S.O.	S.O.
Question : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?	√	S.O.	S.O.
Le Programme de mieux-être mental reproduit-il d'autres programmes (p. ex. fédéraux, provinciaux ou territoriaux), les complète-t-il ou les chevauche-t-il?	√	S.O.	S.O.
	Atteint	Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	Peu de progrès; attention prioritaire
Rendement			
Question : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage	S.O.	√	S.O.
Amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations	S.O.	√	S.O.
Participation plus grande des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services	S.O.	√	S.O.
Sensibilisation accrue aux comportements sains par les membres des Premières Nations et les Inuits	S.O.	√	S.O.
Pratique accrue de comportements sains par les membres des Premières Nations et les Inuits	S.O.	√	S.O.
Prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations à lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale	S.O.		√
Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi qu'à leur famille et à leur collectivité	S.O.	√	S.O.
Contribution à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie	S.O.	√	S.O.

Question d'évaluation	Élevé	Partiel	Faible
Question : Démonstration de l'efficacité et de l'économie			
Le programme a-t-il réalisé ses activités de la façon la plus économique et efficiente possible?	S.O.	√	S.O.
A-t-on mis en place des mesures du rendement appropriées? Si tel est le cas, est-ce que les décideurs de la haute direction se servent de cette information?	S.O.	√	S.O.

Légende — Symboles de cotation du rendement et importance

Atteint	Les résultats ou les objectifs visés ont été atteints.
Progrès réalisés; travail supplémentaire requis	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 prioritaire est nécessaire.

Annexe 3 — Méthode d'évaluation

Portée de l'évaluation

Le but du projet était d'effectuer une évaluation du programme de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits. On a réalisé l'évaluation de 2014-2015 à 2015-2016 et évalué la pertinence et le rendement (efficacité, efficacité et économie) des Programmes de MEM.

La dernière évaluation des programmes de mieux-être mental des Premières Nations et des Inuits (connus auparavant sous le nom de groupe de programmes de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie) remontait à 2012-2013 et couvrait la période de mise en œuvre des programmes qui s'étendait du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2010. Par conséquent, la portée de la présente évaluation a couvert la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 pour assurer une analyse complète du financement des programmes et de la conformité avec la *Loi sur la gestion des finances publiques*. On a aussi utilisé l'information et les données (évaluations, rapports sur le rendement et évaluations antérieures de programmes connexes) générées avant avril 2010 pour fournir un contexte et guider l'analyse des tendances.

La portée de l'évaluation ne comprenait pas les activités menées en Colombie-Britannique, où les responsabilités de programmes ont été transférées à l'Autorité sanitaire des Premières Nations conformément à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique. La portée de l'évaluation ne comprenait pas non plus les activités de programmes de MEM menées dans le Nord du Canada (nord du 60^e parallèle). Le financement des programmes de MEM au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest fait partie des accords de financement global signés dans le cadre de l'approche de mieux-être du Nord. Ces accords exigent que des évaluations soient effectuées par les gouvernements territoriaux respectifs. En raison des activités menées par le PSS RQPI, les centres de traitement du PNLAADA et les EMEM du Nord du Canada ne sont pas compris dans les accords de financement global, les services fournis par ces programmes aux membres des Premières Nations et aux Inuits vivant au nord du 60^e parallèle s'inscrivent dans la portée de la présente évaluation. Toutefois, la petite taille de l'échantillon de participants inuits joints a fait que peu de données ont été recueillies et cela a limité la capacité de signaler séparément l'incidence des programmes sur la population inuite.

Questions d'évaluation

La Directive sur la fonction d'évaluation du Secrétariat du Conseil du Trésor exige que les évaluations tiennent compte de cinq éléments fondamentaux, soit la nécessité continue des programmes, l'harmonisation avec les priorités gouvernementales, l'harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral, l'atteinte des résultats escomptés et la démonstration de l'efficacité et de l'économie. 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 et questions d'évaluation	
Pertinence	
Élément 1 : Nécessité continue des programmes : Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin manifeste et est réceptif aux besoins des Canadiens.	
1.1	Le Programme de mieux-être mental continue-t-il de répondre à un besoin manifeste?
1.2	Le Programme de mieux-être mental répond-il aux besoins de la population cliente ou existe-t-il des lacunes dans les services?*
Élément 2 : Harmonisation avec les priorités gouvernementales : Évaluation des liens qui existent entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels.	
2.1	Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les priorités du gouvernement fédéral?
2.2	Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les résultats stratégiques ministériels?
Élément 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral : Évaluation des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral dans la prestation des programmes.	
3.1	Le Programme de mieux-être mental est-il harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
3.2	Est-ce que le Programme de mieux-être mental reproduit d'autres programmes (p. ex. fédéraux, provinciaux, territoriaux) ou les chevauche-t-il?
Rendement	
Élément 4 : Efficacité : Dans quelle mesure le Programme de mieux-être mental a-t-il fait des progrès vers l'atteinte de ses résultats immédiats, intermédiaires et à long terme?	
4.1	<p>4.1 Dans quelle mesure le Programme de mieux-être mental a-t-il fait des progrès vers l'atteinte de ses résultats immédiats?</p> <p>4.1.1 Augmentation et amélioration de la collaboration et du réseautage</p> <p>4.1.2 Amélioration du continuum des programmes et des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations</p> <p>4.1.2.1 En quoi la mise en œuvre des équipes de mieux-être mental a-t-elle eu une incidence sur le mieux-être communautaire?</p> <p>4.1.2.2 En quoi la mise en œuvre du PSS RQPI a-t-elle eu une incidence sur le mieux-être des personnes et de la collectivité?</p> <p>4.1.3 Participation accrue des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services</p> <p>4.1.4 Sensibilisation accrue des membres des Premières Nations et des Inuits aux comportements sains</p>
4.2	<p>4.2 Dans quelle mesure le Programme de mieux-être mental a-t-il fait des progrès vers l'atteinte de ses résultats intermédiaires?</p> <p>4.2.1 Accroissement des comportements sains chez les membres des Premières Nations et les Inuits</p> <p>4.2.2 Prise en charge et capacité accrues des collectivités inuites et des Premières Nations à lutter contre la toxicomanie, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale</p> <p>4.2.3 Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits, ainsi que leur famille et leur collectivité</p>
4.3	<p>4.3 Dans quelle mesure le Programme de mieux-être mental a-t-il fait des progrès vers l'atteinte de ses résultats à long terme?</p> <p>4.3.1 Contribution à l'amélioration de l'état de santé des personnes, des familles et des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre la toxicomanie</p>
4.4	Quels sont les facteurs qui ont contribué aux succès des programmes de mieux-être mental?
4.5	Y a-t-il eu des défis ou des obstacles aux succès des programmes de mieux-être mental?
4.6	Les éléments du Cadre du continuum entraînent-ils des changements à l'échelon communautaire?

Éléments fondamentaux et questions d'évaluation	
Élément 5 : Efficience et économie : Évaluation de l'utilisation des ressources en ce qui concerne la production d'extraits et les progrès à l'égard des résultats escomptés.	
5.1	Le Programme de mieux-être mental a-t-il mené ses activités de la manière la plus efficace?
5.2	Le Programme de mieux-être mental a-t-il mené ses activités de la manière la plus économique?
5.3	Les services de mieux-être mental sont-ils liés à d'autres services?
5.4	Y a-t-il une mesure appropriée du rendement en place? Est-il possible de faire une comparaison avec les données de référence existantes ou des programmes similaires?
5.5	En utilisant la méthodologie du RSI, quelle est la valeur sociale créée par un programme de traitement?

*Par souci de concision, la constatation pour cette question d'évaluation a été jointe au point 4.1.2 du rapport d'évaluation.

L'évaluation portait grandement sur les réalisations du Programme de mieux-être mental et les leçons retenues de même que sur les défis qui ont été abordés au cours de la prestation du programme. L'évaluation comprenait les éléments suivants :

- l'utilisation de méthodes de recherche et d'évaluation adaptées à la culture;
- la reconnaissance de protocoles culturels ayant une pertinence pour les collectivités inuites et des Premières Nations (c.-à-d. les dirigeants communautaires devraient être consultés et donner leur consentement avant qu'on approche individuellement les membres du personnel communautaire ou de projets);
- le respect de la vie privée et de la confidentialité;
- l'inclusion de membres des Premières Nations dans l'équipe d'évaluation;
- la participation du personnel des programmes du Ministère, des experts et des intervenants externes clés (c.-à-d. APN, ITK) à l'élaboration d'outils et à l'examen de documents clés;
- une évaluation du RSI d'un centre de traitement pour adultes du PNLAADA.

Méthodes de collecte et d'analyse des données

L'évaluation repose sur la collecte et l'analyse de données provenant de sources multiples, résumées ainsi :

- **Un examen approfondi des documents et des dossiers des programmes.** Les types de dossiers et de documents examinés comprennent des documents gouvernementaux internes comme des autorisations de programme, des rapports de recherche sur l'opinion publique, des documents sur le rendement antérieur, des rapports d'évaluation et de vérification, des documents sur les politiques, de l'information sur le budget et les dépenses, des rapports sur les données de mesure du rendement, des rapports d'étape annuels, des dossiers sur les subventions et les contributions et des documents administratifs propres aux questions d'évaluation posées; d'autres rapports d'évaluation, les réponses et plans d'action de la direction et les rapports d'étape connexes et des rapports antérieurs pertinents du Bureau du vérificateur général; des documents produits par l'administration centrale, les bureaux régionaux et les projets de la DGSPNI comme des rapports d'étape et des plans de travail régionaux; des données relatives au modèle de rapport communautaire (MRC) et de l'information et des politiques financières. Bien que l'évaluation porte sur la période d'avril 2010 à mars 2015, on a aussi examiné l'information et les données (évaluations, rapports sur le rendement et évaluations antérieures de programmes connexes) sur les activités avant le 1^{er} avril 2010 pour fournir un contexte et guider l'analyse des tendances. De plus, dans le cadre de cette approche, on a effectué un examen

pour comparer les constatations de la présente évaluation avec les résultats d'évaluations similaires d'activités des programmes de mieux-être mental mises en œuvre dans le Nord du Canada (nord du 60° parallèle). Le but de l'examen était de relever les similarités et les différences en matière de besoins et le rendement des programmes de MEM dans les différentes régions du Canada. On a résumé les résultats de l'examen des documents et des données dans le présent rapport.

- **Un examen de la littérature et une analyse comparative**, y compris des sources à l'extérieur du programme de la DGSPNI, évalués par des pairs (scientifiques et universitaires) et littérature grise (journaux et sites Web) sur des sujets liés à la santé mentale, à la toxicomanie, au suicide, au développement de l'enfance et aux effets des pensionnats indiens. Dans le cadre de l'examen de la littérature, on a effectué une analyse comparative des programmes de MEM avec des programmes similaires aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Australie. On a dressé pour chaque programme un profil qui décrivait l'organisme de prestation, le modèle de prestation, les extrants, les groupes cibles, la portée, le budget, les résultats, les pratiques exemplaires et les leçons retenues à la lumière d'un examen d'articles pertinents issus de sites Web, de revues spécialisées et de la littérature grise. On a résumé les constatations de l'examen de la littérature dans le présent rapport.
- **Un sondage Web réalisé auprès de dirigeants communautaires et des directeurs et des membres du personnel de la santé.** On a effectué trois sondages Web (en anglais et en français) entre le 23 mars et le 1^{er} mai 2015 pour recueillir des commentaires sur l'incidence des programmes de la part de dirigeants communautaires (chefs, maires inuits, membres de conseils de bande, membres du personnel de bandes), de directeurs de la santé et de membres du personnel de la santé communautaire et, lorsque c'était possible, de la part de participants aux programmes. On a communiqué directement avec des chefs, des directeurs de la santé et des membres du personnel de la santé pour les inviter à répondre aux sondages Web. On a demandé aux chefs de faire suivre l'invitation au conseil et au personnel de la bande, et on a demandé aux directeurs et au personnel de la santé de transmettre aux participants aux programmes les invitations concernant le sondage Web. On a envoyé une invitation à participer au sondage Web (et des rappels hebdomadaires tout au long de la période où on a effectué le sondage) directement à 286 dirigeants communautaires et à 478 directeurs de la santé et membres du personnel de la santé et des programmes. Des 286 dirigeants communautaires avec qui on a communiqué, 11 ont participé au sondage, ce qui représente un taux de réponse de 3,5 %; des 478 directeurs de la santé avec qui on a communiqué, 158 ont participé au sondage, ce qui représente un taux de réponse de 33 %. Les constatations du sondage effectué auprès des intervenants communautaires sont résumées dans le présent rapport.
- **Des visites sur les lieux dans les collectivités inuites et des Premières Nations** et dans les endroits où les programmes de MEM ont été mis en œuvre. Des membres du personnel des programmes ont dressé une liste préliminaire des 28 collectivités dans six régions du Canada. Les responsables de l'évaluation ont communiqué avec toutes les collectivités et ont été en mesure d'effectuer des visites sur les lieux dans 14 collectivités. Les visites des lieux comprenaient un examen des dossiers et des documents pertinents liés à chaque collectivité et aux programmes de mieux-être mental offerts dans la collectivité, l'observation des endroits où on assure la prestation des services, 14 discussions de groupe avec des membres du personnel, un sondage mené auprès des 68 membres du personnel des programmes communautaires et dirigeants communautaires, 12 discussions de groupe avec des participants aux programmes, un sondage auprès de 110 participants aux programmes et des consultations en personne auprès de dix chefs et intervenants communautaires. On a résumé les constatations des visites sur les lieux dans le présent rapport. Les participants ont validé les résultats des discussions de groupe et des consultations communautaires pour atténuer les effets d'une partialité possible des répondants et augmenter la fiabilité des résultats. Les participants ont eu la possibilité de commenter, de réviser et de valider les résultats du résumé des discussions et des consultations.

- **Des entrevues téléphoniques avec 40 répondants clés**, soit sept membres du personnel des programmes du bureau national de Santé Canada, neuf membres du personnel régional, deux représentants d'autres ministères et d'organisations inuites et des Premières Nations, six coordonnateurs d'équipes de mieux-être mental et 16 dirigeants communautaires représentant diverses régions du Canada et ayant participé directement à la prestation des programmes à l'échelon communautaire. Santé Canada a fourni une liste de répondants clés. Les répondants clés comprennent des personnes qui ont participé directement aux programmes de MEM aux échelons national et régional, de même que des partenaires et des experts des programmes qui travaillent dans un secteur de programme de MEM ou plus. On a envoyé à chaque répondant un courriel qui décrivait l'objectif de l'évaluation et sollicitait leur participation à une entrevue téléphonique. Un guide pertinent sur les entrevues était joint à chaque courriel. Un résumé des constatations des entrevues avec les répondants clés figure dans le présent rapport.
- **L'évaluation du rendement social des investissements**. Elle comprend l'examen de documents fournis par le centre de traitement concernant l'ensemble du processus de traitement et des activités ainsi que des détails descriptifs au sujet des clients. On a mené une recherche dans la littérature afin d'obtenir des statistiques sur la rechute et les normes généralement reconnues. Une visite a été faite sur les lieux. Au cours des visites, on a réalisé des entrevues avec le personnel sur tous les aspects du centre de traitement (le prétraitement, le traitement de jour, le personnel qui s'occupe des aspects culturels, le post-traitement et la gestion du centre). On a aussi rencontré en entrevue un échantillon représentatif de clients. L'objectif des entrevues avec des clients était de découvrir quel était le résultat le plus important de la participation au programme de traitement et de savoir où ils en seraient — à leur avis — sans le centre de traitement. Compte tenu des expériences des membres du personnel avec le centre de traitement, on leur a demandé de parler des buts, de la forme et des tendances liés au rétablissement et à la rechute des clients. Ces questions ont aidé à préciser la théorie du changement du centre. Les résultats choisis s'harmonisent avec les résultats individuels de l'ensemble du Programme de mieux-être mental. Après la détermination et la validation des résultats clés par le personnel du centre de traitement, on a choisi des indicateurs qui reflétaient ces résultats. Par exemple, les entrevues avec les clients ont révélé que le désir de renouer avec leurs enfants est un facteur majeur dans la décision de suivre un traitement. Cela s'harmonise avec le résultat général relatif aux capacités d'adaptation accrues. Il a été décidé de limiter les résultats à trois, pour insister sur les résultats principaux. On a aussi limité les indicateurs aux trois plus pertinents. Chacun des indicateurs indirects liés aux coûts financiers a été choisi pour sa capacité à refléter le coût si l'indicateur n'était pas atteint. Les valeurs réelles en dollars assignées aux coûts indirects étaient fondées sur les données disponibles du gouvernement du Canada ou des gouvernements provinciaux, et nombre d'entre elles avaient été validées au moyen de la base de données indirectes (Proxy Database) de SROI Canada.

Analyse des données

L'information recueillie dans chacune des sources de données a été résumée et présentée dans l'aperçu du rapport sur l'évaluation progressive et dans la base de données au sujet de l'analyse et de la collecte de données. On a utilisé le logiciel SPSS pour épurer et analyser les données tant qualitatives que quantitatives recueillies grâce aux entrevues et aux sondages. Les techniques d'analyse des données comportaient une analyse statistique des données quantitatives issues de bases de données, de sondages, d'entrevues avec des répondants clés et une analyse thématique des données qualitatives. On a présenté, dans un document PowerPoint, des conclusions préliminaires à la Direction de l'évaluation, au Comité d'évaluation et aux partenaires de l'Assemblée des Premières Nations et de l'Inuit Tapiriit Kanatami. La mise en correspondance de plusieurs sources de données a permis de tirer des conclusions et de mettre à l'essai les forces et les limites de chaque source de données au moment de préparer le rapport définitif. Les conclusions soutenues par plus d'une source de données sont présentées dans le rapport définitif.

Détails supplémentaires sur l'analyse et les calculs relatifs au rendement social des investissements

Les résultats pour le centre de traitement étaient fondés sur la théorie du changement du centre et harmonisés avec les résultats individuels généraux du Programme de mieux-être mental. La théorie du changement indique ce qui suit : si les adultes inuits et des Premières Nations souffrant d'alcoolisme ou de toxicomanie participent à un programme de traitement en établissement adapté à la culture, sûr et centré sur le client, doté d'une approche fondée sur les forces, y compris un volet de préparation au traitement et de suivi, ils bénéficieront alors d'un meilleur lien avec soi, de meilleures capacités d'adaptation et d'une capacité accrue à réduire leur dépendance à l'alcool ou aux drogues, ce qui leur permettra d'atteindre un meilleur équilibre et un mieux-être accru. Les résultats choisis à l'égard de la théorie du changement étaient des capacités d'adaptation accrues, un mieux-être accru et une réduction de la consommation d'alcool et de drogues.

Comme le suivi après le traitement était limité, on s'est appuyé sur les taux de rechute et l'expérience du personnel pour calculer le nombre de personnes qui obtenaient chaque résultat. Il a été décidé, à la lumière des données de l'étude des résultats du PNLAADA et du programme de soins de suivi du centre de traitement de choisir une valeur de réussite de 50 % pour la réduction de la dépendance. La quantité d'autres résultats choisis a été fixée à environ 10 % des clients. Dans le cas des enfants pris en charge, cela pourrait être une sous-représentation, car les clients du programme peuvent avoir plus d'un enfant. Les cas de baisse des visites à l'hôpital et des interactions avec la police étaient fondés sur des entrevues avec des clients concernant le nombre d'occurrences au cours de l'année précédant le début du traitement.

Comme le centre de traitement n'est pas le seul programme possible auquel les clients ont accès, on a utilisé un taux d'attribution de 25 % pour tenir compte des réussites attribuables à d'autres programmes dans les collectivités dont les clients ont pu bénéficier. Ce taux d'attribution était de 50 % pour la diminution de l'itinérance, car le centre de traitement ne fournissait pas de logements. Il y avait aussi une réduction des avantages au fil du temps, car la recherche montre que les taux de réussite pour le traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie diminuent au fil du temps. Avec ces connaissances, on a évalué le rendement social des investissements sur trois ans.

L'intrant pour le calcul du RSI comprend le financement provenant de toutes les sources. Plus de 75 % du financement opérationnel des programmes vient du gouvernement fédéral, dans le cadre du financement du PNLAADA. Le financement lié aux immobilisations n'était pas compris.

Le tableau 2 fournit des détails sur les valeurs financières calculées et les valeurs financières indirectes. Le tableau 3 décrit les valeurs sommaires.

Tableau 2 : Valeur associée à chaque indicateur

Résultats de la théorie du changement	Indicateur	Indicateur financier indirect	Valeur financière indirecte	Quantité ¹¹	Impact				Valeur totale sur trois ans	Valeur actuelle totale
					Poids mort ¹²	Déplacement ¹³	Attribution ¹⁴	Réduction ¹⁵ (chaque année)		
Capacités d'adaptation accrues	Capacités parentales accrues	Coût pour un enfant en famille d'accueil	32 000 \$	14	10 %	0 %	25 %	20 %	737 856 \$	641 043 \$
	Augmentation de l'emploi ou de l'éducation	Prestations d'invalidité annuelles	13 176 \$	14	10 %	0 %	25 %	20 %	303 812 \$	263 949 \$
Bien-être accru	Réduction du nombre de visites à l'urgence	Coût d'une visite à l'urgence et d'une ambulance	388 \$	20	10 %	0 %	25 %	20 %	12 781 \$	11 104 \$
	Diminution des admissions à l'hôpital liées à la consommation d'alcool ou de drogues	Coût d'un séjour à l'hôpital lié à la consommation d'alcool ou de drogues	6 368 \$	10	10 %	0 %	25 %	20 %	104 881 \$	91 120 \$
	Diminution de l'utilisation du transport médical	Coût moyen de transport	301 \$	10	10 %	0 %	25 %	20 %	4 957 \$	4 307 \$
Dépendance réduite à l'alcool ou aux drogues	Diminution de la dépendance	Coût de la dépendance	55 400 \$	69	10 %	0 %	25 %	20 %	6 295 822 \$	5 469 753 \$
	Diminution de l'itinérance	Coûts d'hébergement	6 752,50 \$	5	10 %	0 %	50 %	20 %	37 071 \$	32 207 \$
	Diminution des interactions avec la police	Coût des services de police	342 \$	14	10 %	0 %	25 %	20 %	7 886 \$	6 851 \$

¹¹ La quantité correspond au nombre de fois où l'indicateur a été atteint pour les clients du centre de traitement au cours d'une année.

¹² Le poids mort est une mesure des résultats qui auraient été obtenus même si l'activité ne s'était pas déroulée.

¹³ Le déplacement est une évaluation de la mesure dans laquelle le résultat a déplacé d'autres résultats. Ce phénomène n'a pas été observé à l'égard des programmes liés à la toxicomanie.

¹⁴ L'attribution est une évaluation de la mesure dans laquelle le résultat découle de la contribution d'une autre organisation ou d'un autre programme.

¹⁵ La réduction rend compte du fait que la valeur du résultat sera moindre dans les prochaines années.

Tableau 3 : Rapport du RSI

Valeur actuelle totale (VAT)	6 520 333 \$
Intrant	1 692 548 \$ (1 271 417 \$ — fédéral 421 131 \$ — provincial)
Rapport du RSI (VAT/intrant)	3.85:1

Avec ces calculs et ces hypothèses, on est en mesure de dire que, pour chaque dollar de financement consenti au cours d'une année, le rendement social est de 3,85 \$ sur trois ans.

Détails supplémentaires sur les défis de l'évaluation et les stratégies d'atténuation

Il y a eu un faible niveau de participation des directeurs et des membres du personnel de la santé et des dirigeants communautaires au sondage Web. En raison du besoin de protéger l'anonymat des répondants, on n'a pas demandé aux personnes d'indiquer leur collectivité. Sans cette information, il n'est pas possible d'évaluer combien de collectivités les répondants de chaque région représentent (plusieurs répondants auraient pu venir de la même collectivité). On ne connaît pas non plus la mesure dans laquelle les régions canadiennes étaient représentées de façon égale dans le sondage. Afin d'atténuer ce défi, on a mis en correspondance les constatations du sondage Web avec les résultats des visites sur les lieux et ceux des entrevues avec les répondants clés.

Annexe 4 — Bibliographie

- Allan, B. & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto, ON: The Wellesley Institute.
- Assembly of First Nations, Health Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. (2015). Accessed at:
http://health.afn.ca/uploads/files/24-14-1273-fn-mental-wellness-framework-en05_low.pdf
- Boyer, Yvonne and McCaslin, Wanda D. *First Nations Communities at Risk and in Crisis: Justice and Security*. *Journal of Aboriginal Health*, November 2009.
http://www.naho.ca/documents/journal/jah05_02/05_02_03_Communities.pdf
- Canada (2014). *Economic Action Plan 2014, the Road to Balance: Creating Jobs and Opportunities*. Retrieved, Jan 28, 2016: <http://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-eng.pdf>
- Centre for Suicide Prevention (2013) *Suicide Prevention Resource Toolkit*.
- Cousins, J., Descent, D., Kinney, M., Moore, M., Pruden, J., Sanderson, K., and Wood, I. (2010). *Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones: Multiple Case Study of Community Initiatives*.
- First Nations Information Governance Centre. (2014). *Youth Resilience and Protective Factors Associated with Suicide in First Nations Communities*.
- First Nations Information Governance Centre. (2012). *First Nations Regional Health Survey Phase 2 2008-2010. National Report on the Adults, Youth and Children Living in First Nations Communities*.
- DGSPNI (2014) *PNLAADA Report Cards*
- Galloway T. et Saudny H. (2012). *Inuit Health Survey 2007-2008 Nunavut Community and Personal Wellness*
- Health Canada (2005). *Fetal Alcohol Syndrome*. Ottawa, ON: First Nations Inuit Health, Health Canada.
- Health Canada. (2010). *NIHB Ontario Region prescription drug trends: A ten-year analysis*.
- Health Canada, *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey (2011)*.
<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/2011/summary-sommaire-eng.php>
- Health Canada. (2012). *Transition Binder Template Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits*.
- Health Canada. (2012). *Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones Treatment Centre Outcome Study, Summary Report*.
- Health Canada. (2013). *Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones Treatment Centre Outcome Study, Phase II, 2012 Summary Report, Final Draft*.
- Health Canada (2014). *Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey: Summary of Results for 2012*.
- Health Canada. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières nations Framework*.
- Health Canada (2014) *Report on Plans and Priorities 2014-2015*.
- Health Canada (2015) *Report on Plans and Priorities 2015-2016*.
- PSS RQPI (2011) *Gender-Based Analysis of the Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens*.
- Khan, Saman (2008). *Aboriginal Mental Health: The statistical reality*. "Aboriginal People" issue of *Visions Journal*, 2008, 5 (1), pp. 6-7.
- Kielland, Norah & Simeone, Tonina (2014). *Current Issues in Mental Health in Canada: The Mental Health of First Nations and Inuit Communities*. Library of Parliament, Publication No. 2014-02-E.

- Mental Health Commission of Canada (2012). *Changing Directions, Changing Lives: The Mental Health Strategy for Canada*.
- National Aboriginal Health Organization (2009). *Community Resilience: Models, Metaphors and Measures*.
- National Advisory Committee on Prescription Drug Misuse (CCNAMO) (2013). *First do no harm: Responding to Canada's prescription drug crisis*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2010). *Fact Sheet: Aboriginal and Non-Aboriginal Children in Child Protective Services*.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2011). *Looking for Aboriginal Health in Legislation and Policies, 1970 to 2008: The Policy Synthesis Project*. 2011.
- Oliver, L., Peters, P.A. et D.E. Kohen. (2012) Mortality Rates among Children and Teenagers Living in Inuit Nunangat from 1994 to 2008.
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-eng.htm>
- Peters, P.A., Oliver, L.N. et D.E.Kohen. (2013). Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007.
http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2424.pdf
- Polson-Lahache, W. (2012). Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones (PNLAADA) Renewal Engagement Review, Final Report.
- Public Health Agency of Canada. (2014). *Developing a Federal Framework for Suicide Prevention: Report on Stakeholder Consultation Process*.
- Rhymes, J. (2013). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières nations Framework: Atlantic Regional Submission*.
- Statistics Canada (2012). *Enquête régionale des peuples autochtones, 2012: Lifetime suicidal thoughts among First Nations living off reserve, Métis and Inuit aged 26 to 59: Prevalence and associated characteristics*. Retrieved Mars 2016:
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016008-eng.htm>
- Statistics Canada (2012). *Inuit Health: Selected findings from the 2012 Enquête régionale des peuples autochtones*. <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2014003-eng.htm>
- Statistics Canada (2015). Table 105-0512 - Health indicator profile, by Aboriginal identity, age group and sex, four year estimates, Canada, provinces and territories, occasional (rate), CANSIM (database). (accessed: 2015-04-16) <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=eng&id=1050512>
- Statistics Canada. (2014). *Inuit health: Selected findings from the 2012 Enquête régionale des peuples autochtones; 89-653-X — No. 003*; Retrieved on Mars 2016
<http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2014003-eng.pdf>
- Wallace, Susan (2014). *Inuit Health: Selected findings from the 2012 Enquête régionale des peuples autochtones*. Statistics Canada.

Notes de fin de document

- ¹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ² Statistique Canada. Tableau 2 – Prévalence de certains problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé, selon les caractéristiques de la population, membres des Premières nations vivant hors réserve et ensemble de la population du Canada, personnes âgées de 15 ans et plus, 2012. www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/2016010/tbl/tbl02-fra.htm.
- ³ Statistique Canada. Étude : Santé des Inuits : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/140826/dq140826b-fra.htm.
- ⁴ Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2012. Les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières nations de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012. www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016010-fra.htm.
- ⁵ Statistique Canada. Tableau 105-0512 - Profil d'indicateur de la santé, par identité autochtone, le groupe d'âge et sexe, estimations de quatre ans, Canada, provinces et territoires, occasionnel (taux), CANSIM (base de données). (Consulté le 04-16-2015) <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=1050512>.
- ⁶ Peters, P.A., Oliver, L.N. et D.E. Kohen. (2013). « Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007 ». http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2424.pdf.
- ⁷ Oliver, L., Peters, P.A. et D.E. Kohen. (2012) « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 ». Statistique Canada. Rapports sur la santé (vol. 23, n° 3) <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-fra.htm> Utilise une approche géographique et des données de la base de données de l'état civil sur les décès. Normalisée en fonction des recensements de 1996, de 2001 et de 2006.
- ⁸ Peters, P.A., Oliver, L.N. et D.E. Kohen. (2013). « Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007 ». http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2424.pdf
- ⁹ Oliver, L., Peters, P.A. et D.E. Kohen. (2012) « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 ». Statistique Canada. Rapports sur la santé (vol. 23, n° 3) <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-fra.htm> Utilise une approche géographique et des données de la base de données de l'état civil sur les décès. Normalisée vers les recensements de 1996, de 2001 et de 2006.
- ¹⁰ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ¹¹ Statistique Canada. 2012. *Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 : Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes*. Consulté en mars 2016 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2016008-fra.htm>.
- ¹² Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.

- ¹³ Statistique Canada. 2014. Santé des Inuit : certains résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012; 89-653-X — N° 003; consulté en mars 2016 : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-653-x/89-653-x2014003-fra.pdf>.
- ¹⁴ Santé Canada, Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues. 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogués/stat/2011/summary-sommaire-fra.php>.
- ¹⁵ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ¹⁶ Galloway T. et Saudny H. *Inuit Health Survey 2007-2008*, Nunavut Community and Personal Wellness.
- ¹⁷ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ¹⁸ Conseil consultatif national sur l'abus de médicaments sur ordonnance (CCNAMO). 2013. *S'abstenir de faire du mal : Répondre à la crise liée aux médicaments d'ordonnance au Canada*. Ottawa : Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- ¹⁹ Santé Canada (2014). Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : Sommaire des résultats pour 2012.
- ²⁰ Santé Canada. (2010). *NIHB Ontario Region prescription drug trends: A ten-year analysis*. http://www.chiefs-of-ontario.org/sites/default/files/files/NIHB%20Ontario%20Region%20Prescription%20Drug%20Trends%20A%20Ten-Year%20Analysis_0.pdf.
- ²¹ Kielland, Norah et Simeone, Tonina. 2014. *Questions d'actualité en santé mentale au Canada : La santé mentale des communautés des Premières Nations et des communautés inuites*. Bibliothèque du Parlement, publication N° 2014-02-F.
- ²² Centre for Suicide Prevention (2013) Suicide Prevention Resource Toolkit.
- ²³ Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto (Ont.) : The Wellesley Institute.
- ²⁴ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ²⁵ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010*. Rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières nations.
- ²⁶ Région du Nord, 2012. *Mental Health and Addictions Evaluation 2005-2010*.
- ²⁷ Ministère des Finances du Canada. 2015. *Plan budgétaire : Un leadership fort - un budget équilibré et un plan axé sur des impôts bas pour favoriser l'emploi, la croissance et la sécurité*.
- ²⁸ Chambre des communes (2014) *Sur la voie de l'équilibre : Créer des emplois et des opportunités*. Consulté le 28 janvier 2016 : <http://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf>.
- ²⁹ Peters, P.A., Oliver, L.N. et D.E.Kohen. (2013). « Mortality among children and youth in high-percentage First Nations identity areas, 2000-2002 and 2005-2007 ». http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2424.pdf.