



Health Santé
Canada Canada

PLANIFICATION EN SANTÉ, CONSULTATION ET PROJETS DE RECHERCHE

Synthèse d'évaluation – 2005-2006 à 2009-2010

Rapport final

Mars 2012

Canada 



Health Canada
Santé Canada

PLANIFICATION EN SANTÉ, CONSULTATION ET PROJETS DE RECHERCHE

Évaluation de synthèse de 2005-2006 à 2009-2010

Rapport final

Le 15 mars 2012

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire	iii
Historique et Contexte	1
Description du programme	2
Secteurs de programme.....	2
Modèles de financement	4
Financement.....	7
Contexte de l'évaluation de synthèse.....	7
Objectifs.....	7
Approche.....	8
Méthodologie	9
Méthodes de collecte de données.....	9
Limites	10
Pertinence.....	11
Rendement — Efficacité.....	18
Rendement — Efficience et Économie.....	29
Conclusions.....	30
Recommandations.....	31
Annexe A — Planification et gestion en santé – Modèle logique	32
Annexe B — Consultation et liaison en matière de santé – Modèle logique	33
Annexe C — Projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones – Modèle logique.....	34
Annexe D — Bibliographie	35

ACRONYMES

AC	Agence centrale
APN	Assemblée des Premières nations
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières nations
CLS	Consultation et liaison en matière de santé
CMT	Contrôle des maladies transmissibles
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GSSI	Gouvernance en santé et soutien à l'infrastructure
F et E	Fonctionnement et entretien
ETP	Employé à temps plein
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISA	Institut de la santé des Autochtones
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
ONG	Organisations non gouvernementales
ONSA	Organisation nationale de la santé autochtone
PCRSA	Projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones
PGS	Planification et gestion de la santé
PNI	Premières nations et Inuits
PN	Premières nations

SOMMAIRE

La présente évaluation de synthèse des composantes ciblées de la gouvernance en santé et soutien à l'infrastructure (GSSI) analyse la pertinence et le rendement du programme (efficacité, efficience et rentabilité) de 2005-2006 et 2009-2010. Les constatations soulignent les résultats, les leçons tirées, les pratiques exemplaires et les obstacles à l'atteinte des objectifs du programme pour : 1) gestion et planification en santé (GPS), 2) consultation et liaison dans le domaine de la santé (CLS) et 3) projets de coordination et de recherche en santé autochtones (PCRSA).

Le volet sur la GPS aidait les collectivités à planifier et à concevoir des modèles de services de santé et de prestation de programmes ainsi qu'une infrastructure en santé. Ses activités avaient pour objectifs 1) de permettre aux bénéficiaires de concevoir des programmes de santé, d'élaborer des plans de santé, de mettre en place des services ou d'affecter des fonds en fonction de leurs priorités en matière de santé, 2) de faire en sorte que les bénéficiaires disposent du maximum de souplesse en ce qui concerne les programmes et les services de santé, et 3) de renforcer et d'améliorer la responsabilisation des bénéficiaires relativement à la gestion et à la prestation des programmes et des services de santé.

Le volet sur la CLS permettait d'accroître les consultations et les partenariats avec des organismes autochtones et des gouvernements et visait à 1) établir et maintenir des voies de communication et des échanges d'information productifs en matière de politiques, de recherche, d'évaluation et de prestation de programmes, 2) à assurer une participation importante des dirigeants autochtones et des représentants communautaires à la prise des décisions concernant les politiques et la prestation des soins de santé, 3) à élaborer et maintenir des processus de consultation en matière de santé et 4) à mieux faire connaître les soins de santé aux Autochtones et renforcer leurs capacités à participer aux consultations sur les questions relatives à la santé.

Le volet sur les PCRSA permettait d'accroître les connaissances grâce aux activités suivantes : 1) le renforcement des capacités, 2) la diffusion de renseignements, 3) l'application du savoir, 4) la recherche nouvelle, 5) la collecte et l'analyse de données et 6) le financement de l'Organisation nationale de la santé autochtone et des Instituts de recherche en santé du Canada, pour diverses activités de recherche, notamment des consultations, des conférences et des enquêtes sur la santé.

Les composantes sur la GPS et la CLS favorisaient l'atteinte de l'objectif 1 de la GSSI : aider les Premières nations et les Inuits à prendre le contrôle sur les programmes et les services de santé. Le volet sur les PCRSA favorisait l'atteinte de l'objectif 2 : améliorer la capacité des Premières nations et des Inuits à générer des renseignements, à y accéder et à augmenter leur savoir en santé.

Puisque ces composantes sont conçus pour faciliter la mise en oeuvre des autres programmes et activités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), la présente évaluation de synthèse tire profit des évaluations antérieures des groupes de la DGSPNI, qui comprenaient des analyses de la documentation, des entrevues, des sondages, des études de cas et des visites sur place. Les données probantes utilisées pour l'évaluation de synthèse proviennent aussi d'une recension des écrits axée sur les programmes liés aux objectifs

et aux stratégies de ces composantes de la GSSI. Dans l'ensemble, l'approche pour l'évaluation de synthèse consistait à résumer un éventail de données probantes disponibles pour régler les principaux problèmes fondamentaux relatifs aux composantes exigées en vertu de la *Politique sur l'évaluation*.

Pertinence

Les composantes sur la GPS, la CLS et les PCRSA respectent les priorités du gouvernement du Canada en matière de services de santé et les populations autochtones, conformément aux discours du Trône. Ils respectent aussi les résultats stratégiques du ministère pour 2005-2006 à 2009-2010 : « de meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l'état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens. Les activités appuyaient le renforcement des programmes communautaires concernant la santé des Premières nations et des Inuits. Parmi les autres domaines d'activité liés aux résultats stratégiques pour 2009-2010 se trouvaient les programmes et les services de santé des Premières nations et des Inuits. Les composantes sont aussi au centre d'une des trois zones de responsabilité établies dans le Rapport sur les plans et les priorités du ministère pour 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010.

Le rôle du gouvernement fédéral dans la santé des Premières nations et des Inuits a été clairement appuyé par le biais de la *Loi canadienne sur la santé*, qui reconnaît que le maintien et l'amélioration de la santé nécessitent un accès permanent à des soins de qualité, et de la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, dont le but était d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en oeuvre par les communautés indiennes elles-mêmes.

L'ensemble des documents écrits de recherche tend à appuyer la pertinence des services de santé offerts par les Premières nations elles-mêmes afin de combler les priorités du gouvernement du Canada concernant la viabilité du système de santé canadien. Les écrits soutiennent aussi l'approche consistant à augmenter la souplesse du financement en santé au sein des Premières nations et des Inuits, qui est une façon d'améliorer les résultats en santé, en laissant entendre qu'un niveau de contrôle accru à l'échelle locale peut améliorer la pertinence de ces services en répondant aux besoins locaux.

Rendement - efficacité

La conception et les activités des composantes sur la GPS et la CLS favorisent la planification et la gestion des programmes et des services de santé des Premières nations et des Inuits de manière à augmenter le niveau de contrôle à l'échelle locale. La théorie selon laquelle les modèles de financement favorisant un contrôle accru à l'échelle locale devraient améliorer les services est solide. Il est également évident d'après la description du programme que les activités faisant partie de ces composantes sont, en général, uniformisées avec les approches en matière de contrôle local proposées dans les écrits. Toutefois, les données disponibles sur la mesure du rendement tendent à indiquer que l'augmentation du transfert du contrôle a été minime.

Des données probantes pour des autres groupes de programmes de la DGSPNI (enfants et jeunes, contrôle de maladies transmissibles, prévention des maladies chroniques et des blessures, hygiène de l'environnement et recherche environnementale) indiquent que la capacité pour ces services et ces programmes a été favorisée par les activités des composantes sur la GPS et la CLS. Certaines données probantes découlant de ces évaluations indiquaient aussi que le fait d'accorder plus de souplesse aux Premières nations et aux Inuits quant à l'identification de leurs propres besoins et priorités et en conséquence à l'affectation des dépenses était positif dans le cadre de ces programmes.

Rendement – efficience et rentabilité

L'évaluation de synthèse analysait, lorsque c'était possible, si les ressources avaient été utilisées de façon à minimiser les ressources requises pour obtenir les résultats souhaités dans le cadre des composantes de la GSSI et si des façons d'améliorer l'efficience et la rentabilité avaient été trouvées pendant l'exécution du programme. L'absence de comptabilité par activité ventilée par type d'accord (accords de contribution, ETP de la Direction générale et fonctionnement et entretien), ainsi que l'impossibilité d'obtenir des données montrant les liens entre les activités et les résultats, ont compliqué l'analyse de l'efficience et de la rentabilité pour l'ensemble des composantes .

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Conclusions

Dans l'ensemble, l'évaluation de synthèse a permis de constater que ces composantes de la GSSI sont pertinents en ce qui a trait aux priorités du gouvernement du Canada dans le domaine de la santé des Premières nations et des Inuits, y compris celles établies dans le cadre des discours du Trône subséquents et celles déterminées par le bureau du premier ministre, notamment en ce qui concerne la priorité consistant à fournir un système de santé accessible et durable pour tous les Canadiens et à améliorer la vie et la santé des populations autochtones. L'objectif de l'augmentation de l'autodétermination correspond aussi aux priorités du gouvernement du Canada établies en vertu des engagements pris dans les discours du Trône et à ses engagements à titre de pays signataire de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. En outre, les écrits sur les services de soutien en santé pour les populations autochtones et indigènes démontrent la pertinence des activités du programme et valide l'approche en matière de contrôle à l'échelle locale comme moyen d'améliorer les résultats en santé.

Les données probantes présentées indiquent que ces composantes de la GSSI ont efficacement permis d'atteindre les principaux objectifs fixés, sauf en ce qui a trait à l'établissement d'ententes plus souples sur le transfert et le financement avec un plus grand nombre de collectivités inuites et des Premières nations. Bien que les écrits tendent à appuyer l'approche en matière de contrôle local adoptée par le programme, il n'y a pas suffisamment d'information sur le rendement pour évaluer clairement si les activités du programme ont donné lieu à des formes

efficaces de contrôle local. Ce fait est appuyé par les constatations des évaluations de groupes de autres programmes, qui présente des résultats variables à savoir s'il est possible d'affirmer que ces programmes offrent un plus grand niveau de prise en charge ou de contrôle aux Premières nations et aux Inuits et si l'autodétermination s'est avérée être un facteur important dans l'amélioration des résultats en santé. Toutefois, une étude faisant partie de l'analyse documentaire confirmait que le modèle de transfert et de financement plus souple avait permis de réduire le taux d'hospitalisations au Manitoba.

L'évaluation de synthèse a aussi permis de confirmer que l'approche concernant les modèles de financement et l'autodétermination de la DGSPNI est plutôt solide, compte tenu des données sur la mesure du rendement disponibles et d'autres données probantes pertinentes. Bien qu'il soit trop tôt pour constater l'incidence des modèles de financement dans cette évaluation de synthèse, les données tirées des écrits appuient la théorie selon laquelle des modèles de financement plus souples sont liés à une amélioration des résultats en santé.

Un certain nombre d'obstacles pouvant influencer la mise en oeuvre des modèles de financement ont été ciblés pendant l'évaluation de synthèse (y compris la volonté des participants d'adopter les modèles de financement offrant un niveau plus élevé de contrôle à l'échelle locale, la capacité des collectivités et les ressources humaines requises pour faire la transition, ainsi que le leadership communautaire) et les évaluations futures des programmes communautaires devraient comprendre une évaluation précise des raisons expliquant la transition lente vers les modèles de transfert et de financement plus souples. De meilleures données sur la mesure du rendement (concernant les activités, les résultats et les aspects financiers) soutiendraient davantage ces évaluations et aideraient aussi les leaders et les décideurs à déterminer quels types d'activités ou de services de soutien du programme sont les plus efficaces pour faciliter la transition. Ces questions seront abordées dans les évaluations futures.

Recommandations

Le présent rapport d'évaluation de synthèse n'a permis de formuler aucune recommandation particulière, puisque l'évaluation repose sur d'autres évaluations de programmes, qui ont chacune donné lieu à leurs propres recommandations, qui ne doivent pas être répétées ici.

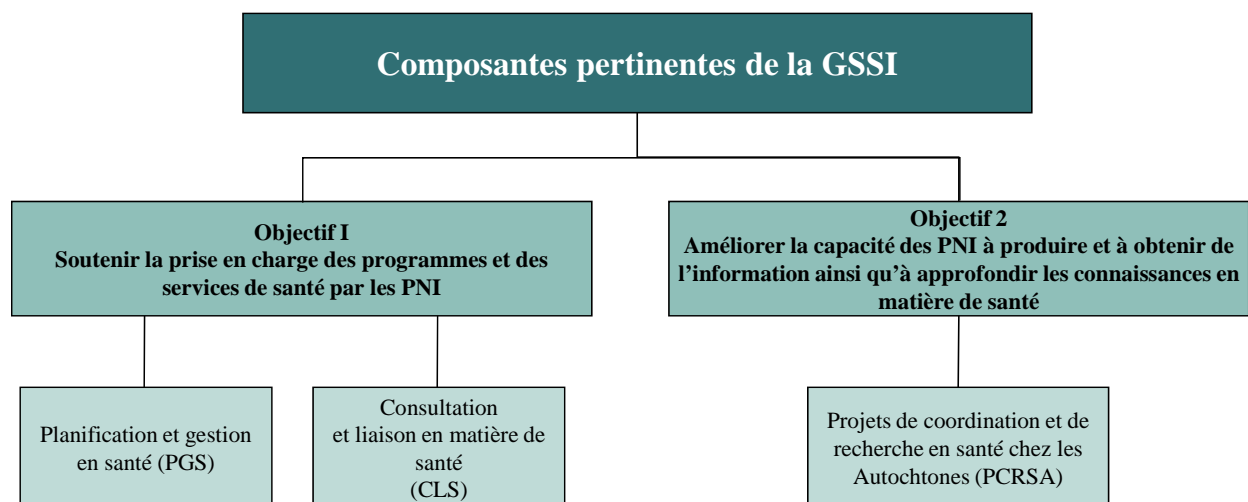
HISTORIQUE ET CONTEXTE

La présente évaluation de synthèse des composantes ciblées de la gouvernance en santé et soutien à l'infrastructure (GSSI) analyse la pertinence et le rendement du programme (efficacité, efficience et rentabilité) de 2005-2006 et 2009-2010, conformément à la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada, entrée en vigueur en 2009. L'évaluation attire l'attention sur les résultats obtenus, les leçons tirées, les pratiques exemplaires et les obstacles à l'atteinte des objectifs des programmes. Par ailleurs, elle permet de respecter l'exigence qui consiste à réaliser une évaluation, à tous les cinq ans, de l'ensemble des dépenses de programme directes de Santé Canada, en vertu de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Comme l'illustre la figure ci-dessous, l'évaluation de synthèse porte sur les trois composantes suivantes de la structure de GSSI pour 2005-2006 à 2009-2010 : 1) planification et gestion en santé (PGS), 2) consultation et liaison en matière de santé (CLS) et 3) projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones (PCRSA). Les autres composantes de la structure de GSSI ont été évaluées séparément. Puisque ces composantes visent à favoriser la mise en œuvre d'autres programmes et activités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), la présente évaluation de synthèse extrait de l'information des évaluations antérieures afin de mesurer le rendement des composantes visées. Les questions liées à la pertinence sont examinées à partir de documents clés énonçant les priorités et le mandat de Santé Canada et du gouvernement du Canada.

Les composantes liées à la planification et à la gestion en santé ainsi qu'à la consultation et à la liaison en matière de santé appuient l'objectif 1 du groupe GSSI : soutenir la prise en charge des programmes et des services de santé par les Premières nations et les Inuits. La composante se rapportant aux projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones appuie quant à elle l'objectif 2 : améliorer la capacité des Premières nations et des Inuits à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances en matière de santé.

Figure 1 : Structure de la GSSI



Description du programme

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a collaboré avec des communautés et des organisations nationales des Premières nations et des Inuits (PNI) afin d'améliorer les résultats en matière de santé et réduire les inégalités entre l'état de santé des PNI et celui des autres Canadiens. Pour la période de 2005-2006 à 2009-2010, les programmes et les services de santé étaient conçus et offerts dans le but de s'attaquer aux défis reconnus, comme des taux de blessure plus élevés que la moyenne, une charge de morbidité générale plus élevée et de grandes concentrations de population dans les petites collectivités rurales et éloignées difficiles à desservir. D'où l'importance de la coordination entre les différents paliers de gouvernement et les organisations non gouvernementales (ONG) pour améliorer l'efficacité des services et mieux répondre aux besoins des PNI.

Les activités effectuées dans le cadre de ces composantes de la GSSI pour cette période visaient 1) à accroître le contrôle exercé par les Premières nations et les Inuits sur les programmes et les services de santé et 2) à améliorer la capacité des Premières nations et des Inuits à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances en matière de santé. À ce titre, les composantes de la GSSI qui sont la PGS, la CLS et les PCRSA ont aidé à la planification et ont offert autres services de soutien, selon le modèle de financement adopté dans chaque communauté pour les programmes et les services offerts dans les communautés des PNI du Canada. Cela comprenait les programmes et services offerts dans le cadre de programmes communautaires (p. ex. Enfance et jeunesse, Santé mentale et toxicomanie, Prévention des maladies chroniques et des blessures), de programmes de protection de la santé (p. ex. Contrôle des maladies transmissibles, Hygiène du milieu et recherche environnementale) et de programmes de soutien à l'infrastructure (p. ex. le Programme des établissements de santé et des immobilisations).

Secteurs de programme

Planification et gestion en santé

La planification et la gestion en santé (PGS) aident les communautés à planifier et à établir des modèles de prestation de services et d'exécution de programmes en santé et de soutien à l'infrastructure (directeur des services de santé ou comité de la santé) à l'échelle locale, régionale ou nationale. Les activités visaient 1) à permettre aux bénéficiaires de concevoir des programmes de santé, d'élaborer des plans de santé, d'établir des services et d'affecter des fonds en fonction des priorités en matière de santé, 2) à optimiser la capacité d'adaptation des bénéficiaires en matière de programmes et de services de santé et 3) à renforcer et à accroître la responsabilité des bénéficiaires à l'égard de la gestion et de la prestation des services et des programmes de santé.

Conformément au modèle logique figurant à l'annexe A, la PGS vise l'atteinte des résultats immédiats suivants : 1) l'exécution des programmes en fonction des priorités en santé et 2) la prise en charge et le contrôle efficace des programmes et des services de santé par les communautés des PNI et la capacité de ces communautés de gérer et d'administrer ces

programmes et services. Ces résultats immédiats sont censés contribuer au résultat final, qui consiste en un système renforcé et durable de prestation, d'administration et de planification des services de santé aux échelons local, régional et national. Les résultats prévus ont pour fonction de contribuer à l'objectif général de la Direction générale d'accroître le contrôle exercé par les PNI sur les programmes et services de santé, qui se rapporte à l'objectif stratégique de la DGSPNI, soit obtenir de meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l'état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens.

Les stratégies officielles adoptées par la DGSPNI pour atteindre cet objectif stratégique pour la période de 2005-2006 à 2009-2010 s'harmonisent également avec le modèle de PGS, ce qui comprend : 1) le transfert aux Premières nations et aux Inuits de la maîtrise des ressources actuelles en matière de santé, selon un calendrier à établir avec ces populations, 2) l'appui des mesures prises pour remédier aux inégalités sur le plan de la santé qui touchent les communautés des Premières nations et des Inuits et 3) l'établissement de nouveaux rapports avec les Premières nations et les Inuits.

Consultation et liaison en matière de santé

La consultation et la liaison en matière de santé (CLS) aident les communautés en favorisant les consultations et les partenariats entre les organisations autochtones et les gouvernements afin d'améliorer les résultats en matière de santé. Des organisations comme l'Assemblée des Premières nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) reçoivent du financement dans les buts suivants : 1) établir et maintenir des rapports hiérarchiques et des échanges productifs entre les peuples autochtones, les agences de soins de santé et les différents parliers de gouvernement sur les questions et les préoccupations en matière de politiques, de recherche, d'évaluation et de programmes, 2) assurer la participation importante des dirigeants autochtones et des représentants communautaires à la prise des décisions relatives à la prestation des soins de santé et aux politiques sur le sujet, 3) mettre en place et maintenir des processus de consultation dans le domaine de la santé et 4) sensibiliser les Autochtones et accroître leur expertise dans le domaine des soins de santé et renforcer la capacité de tenir des consultations sur les questions de santé.

Comme il est indiqué dans le modèle logique figurant à l'annexe B, la CLS a pour résultat immédiat d'accroître le nombre de possibilités pour les Autochtones de participer à l'élaboration des politiques et des programmes et d'exercer une influence à cet égard, ce qui appuie le résultat final, participation accrue et rôle efficace des Autochtones dans la gouvernance du système de santé et la prestation des services. Ces résultats concordent avec les stratégies de la Direction générale qui sont mentionnées ci-dessus concernant le transfert de la maîtrise des ressources en matière de santé et la prise en compte des priorités établies par les PNI.

Projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones

Les projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones (PCRSA) visent à approfondir les connaissances sur le sujet. Le financement accordé sert à financer des projets de recherche sur la santé des Autochtones, y compris des initiatives communautaires, régionales, nationales et internationales. Parmi les activités réalisées, mentionnons les suivantes : 1)

renforcement des capacités, 2) diffusion de l'information, 3) application des connaissances, 4) recherche nouvelle et 5) collecte et analyse de données. Le financement de diverses activités de recherche de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), dont des consultations, des conférences et des enquêtes sur la santé, est un exemple du type d'activités soutenues.

Conformément au modèle logique figurant à l'annexe C, les PCRSA devraient avoir pour résultat immédiat d'améliorer la diffusion de connaissances et de données probantes sur les politiques et les programmes, ce qui contribue au résultat final, qui est d'accéder à l'information sur la santé grâce à la recherche et au savoir. Ces résultats concordent avec la stratégie de la Direction générale d'appuyer les décisions des PNI au moyen des priorités établies.

Modèles de financement

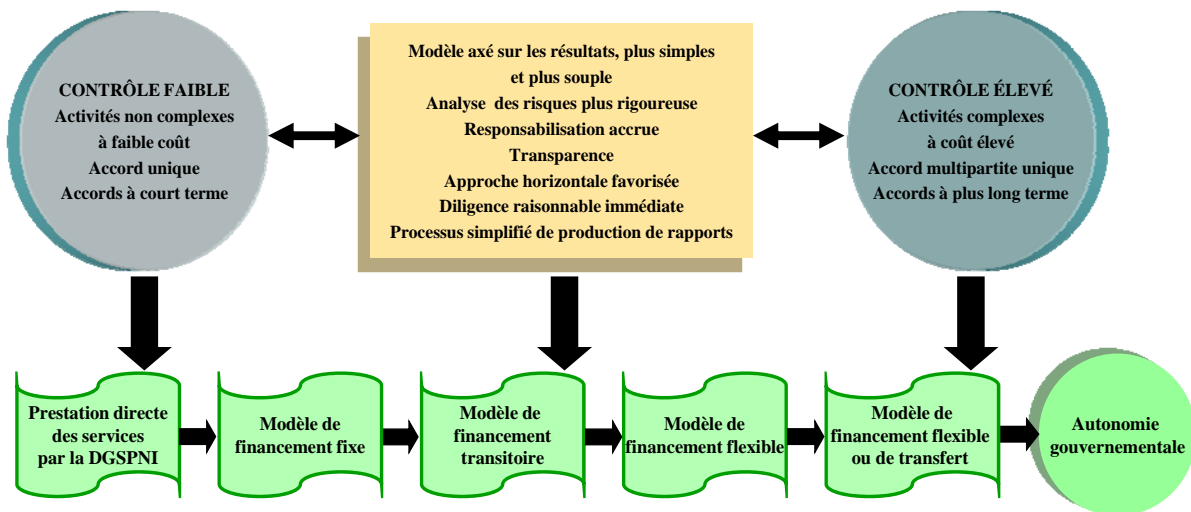
Avant l'introduction des nouveaux modèles de financement en 2005, la DGSPNI disposait de trois types d'accords de contribution unifiés : les accords généraux, les accords intégrés et les accords de contribution de transfert. Dans le cadre de ces accords, la DGSPNI et le bénéficiaire choisissaient un modèle de financement qui déterminait les modalités financières que le bénéficiaire était tenu de respecter pour tous les programmes et services qu'il fournissait dans le cadre de cet accord. Puisque ces modèles de financement ne pouvaient pas être adaptés en fonction des besoins des bénéficiaires, il était fréquent qu'un bénéficiaire conclue deux accords de contribution (AC) ou plus (parfois fondés sur plus d'un modèle de financement) pour s'assurer que le financement soit fourni selon la capacité du bénéficiaire et sa volonté d'offrir des programmes et des services.

Lorsque le Conseil du Trésor a approuvé de nouvelles autorisations au titre des programmes de la DGSPNI en 2005, cette dernière a établi quatre nouveaux modèles de financement : modèle de financement fixe, modèle de financement transitoire, modèle de financement flexible et modèle de financement flexible ou de transfert. Un ou plusieurs de ces modèles de financement pouvaient être regroupés en un seul accord de financement conclu avec chaque bénéficiaire. Cette caractéristique permettait de structurer les modalités de financement en vue de répondre aux exigences en matière de finances et d'établissement de rapports des groupes de programmes différents, et elle comportait en soi la souplesse requise pour tenir compte des niveaux particuliers de capacité de gestion d'un bénéficiaire, ainsi que des variations de cette capacité au cours de la durée d'un accord. Le modèle de financement utilisé pour soutenir l'exécution d'un programme particulier était évalué séparément pour chaque bénéficiaire. Avec l'application de ces modèles de financement, les programmes étaient regroupés dans un seul AC et certains bénéficiaires ont entamé un processus de planification des services de santé.

Les quatre modèles de financement variaient en fonction des éléments suivants : 1) le type de planification requis; 2) la possibilité de déplacer des fonds au sein des autorisations relatives aux programmes et entre ces autorisations; 3) la possibilité d'utiliser des fonds excédentaires ou de reporter des fonds non dépensés d'une année financière à la suivante; 4) la durée de l'accord; 5) les exigences en matière d'établissement de rapports sur les finances et les activités (Cadre des modèles de financement de la DGSPNI, 2007).

Les bénéficiaires avaient le loisir d'adapter les programmes en fonction des besoins de la communauté, y compris les niveaux de contrôle, de souplesse, d'exigences en matière de rapports et d'obligations redditionnelles. La négociation des accords de contribution dans les régions se faisait dans le cadre de discussions et de consultations entre la DGSPNI et le bénéficiaire. L'accès à des modèles de financement plus souples devait s'effectuer graduellement au moyen d'une approche de renforcement des capacités fondée sur un niveau croissant de responsabilités. La figure 2 illustre le continuum de contrôle dont dispose un bénéficiaire par l'entremise des différents niveaux et mécanismes de financement.

Figure 2 – Continuum de contrôle des bénéficiaires



Source : Cadre des modèles de financement de la DGSPNI, 2007

Dans le modèle de financement fixe, le bénéficiaire peut seulement utiliser les fonds de la manière décrite dans l'accord de contribution. Il y a peu de souplesse sur le plan de la réaffectation des fonds. Le modèle de financement transitoire permet de réaffecter des éléments ou des groupes de fonds dans une même autorisation. Avec l'accord écrit du ministre, les bénéficiaires peuvent transférer des montants inutilisés dans le cadre d'une autorisation à l'année financière suivante. Le modèle de financement flexible permet aux bénéficiaires de concevoir de nouveaux programmes et de réaffecter des fonds vers d'autres programmes, à la condition que les éléments de programme obligatoires qui sont établis par l'accord de contribution aient été exécutés. Le modèle de financement de transfert souple procure au bénéficiaire une latitude complète à l'égard des décisions relatives à l'exécution des programmes en fonction des priorités en santé.

Il incombe au bénéficiaire de veiller à ce que les programmes soient exécutés d'une manière conforme aux conditions de l'accord de contribution. L'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI assument toutefois, de pair avec les communautés des PNI, la responsabilité de concevoir les groupes de programmes communautaires, de les surveiller et d'en rendre compte.

Les modalités de financement visées par les accords de contribution sont déterminées en fonction des bénéficiaires et elles varient d'après des critères liés aux capacités démontrées en matière de planification, de gestion et d'exécution de programmes, de gestion financière et d'administration. Les fonds fournis pour la mise en œuvre du plan de santé incluent à la fois des fonds destinés aux programmes et des fonds destinés à la gestion. Pour le financement des programmes, une entente en matière de financement peut utiliser plus d'un modèle de financement, selon les programmes de santé inclus et la façon dont le bénéficiaire a géré chacun. Par exemple, le modèle de financement flexible pouvait être appliqué à la plupart des programmes, alors que le modèle de financement fixe pouvait être utilisé pour un programme précis au cours duquel le bénéficiaire avait eu de la difficulté à satisfaire aux exigences du programme; il est possible aussi que les conditions de ce dernier n'offraient pas de latitude. Si le bénéficiaire ne faisait pas état d'une nette amélioration de la gestion de ce programme au cours du processus de planification des services de santé, le modèle fixe était alors appliqué pour une certaine période, ce qui donnait au bénéficiaire le temps de renforcer ses capacités afin de gérer le programme avec succès.

De ce fait, le bénéficiaire aurait une latitude restreinte quant à l'attribution des fonds prévus pour ce programme. Les modèles de financement transitoire, flexible et flexible ou de transfert offrent plus de latitude pour allouer des fonds. Cette souplesse s'accompagne d'une responsabilité accrue à l'égard de la gestion et de la prestation des services et des programmes. Pendant le processus de planification, le bénéficiaire devrait avoir une idée de ce qui sera nécessaire pour gérer efficacement les programmes et les services et de la quantité de responsabilités additionnelles qu'il est capable d'assumer. Le bureau régional discute alors des modèles de financement avec le bénéficiaire et recommande les modalités de financement qui conviennent le mieux. Indépendamment du degré de souplesse et de contrôle que prévoit l'accord, le bénéficiaire est tenu de répondre à diverses exigences concernant les activités et les rapports relatifs aux programmes afin de demeurer responsable devant ses membres et ses bailleurs de fonds. Depuis 2008-2009, les bénéficiaires qui signent un nouvel accord ou qui renouvellent un accord existant sont tenus de remplir, dans le cadre de leurs exigences en matière de rapports, le modèle de rapport communautaire (MRC) et de produire des rapports financiers. Les bénéficiaires sont censés examiner leur efficacité à gérer les services de santé et en rendre compte, et doivent déterminer tout changement sur le plan de l'état de santé.

Tous les bénéficiaires qui sont soumis à un modèle de financement flexible ou à un modèle de financement flexible ou de transfert sont également tenus d'effectuer des évaluations à tous les cinq ans. Le bénéficiaire doit examiner et mettre à jour régulièrement son plan de santé en discutant avec ses membres et la région. Les mises à jour sont fondées sur les constatations des examens annuels et des évaluations quinquennales du bénéficiaire, et reflètent les changements qui sont survenus sur le plan des questions de santé prioritaires, des activités de programmes, du budget ainsi que de la gestion et de l'administration. De plus, les bénéficiaires doivent mettre à jour d'autres aspects de leur plan de santé, y compris les plans de formation et d'évaluation, de même que certains plans et certaines politiques qui doivent être mis à jour en fonction des changements apportés à la législation fédérale ou provinciale et à la situation du bénéficiaire. Les bénéficiaires qui ont des plans de programme pluriannuels ou des plans de travail pluriannuels doivent aussi mettre à jour leurs plans au moins une fois par année, dans le cadre de leur examen annuel. Les accords de financement fixes sont établis en fonction d'un plan de programme prescrit.

FINANCEMENT

Le tableau 1 comprend les dépenses réelles pour les exercices 2005-2006 à 2009-2010, ventilées par composante (PGS, CLS et PCRSA). Chaque ligne fait état des dépenses salariales et des dépenses de F et E de Santé Canada. Les projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones tiennent compte d'un financement annuel de 5 millions de dollars à l'Organisation nationale de la santé autochtone, de même que des contributions annuelles accordées à des projets de recherche particuliers. Le financement global le plus élevé pour la planification et la gestion en santé entre 2005-2006 et 2007-2008 découle des fonds alloués pour le transfert des services de santé, la gestion et le soutien et les activités de planification qui ont été réalisées au cours de ces années pour soutenir le continuum de contrôle des bénéficiaires.

Tableau 1 — Dépenses réelles par composante pour 2005-2006 à 2009-2010 (\$)

Composante	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	Total
Planification et gestion en santé	218 601 288	217 079 506	222 897 222	89 586 073	97 323 812	845 487 901
Consultation et liaison en matière de santé	10 776 243	11 164 509	17 162 484	19 563 457	20 469 957	79 136 650
Projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones	5 399 072	7 267 260	8 779 157	10 915 198	8 818 727	41 179 414
Total	234 776 603	235 511 275	248 838 863	120 064 728	126 612 496	965 803 965

Source : Documents financiers de la Direction générale du contrôleur ministériel.

CONTEXTE DE L'ÉVALUATION DE SYNTHÈSE

Objectifs

L'évaluation de synthèse a été réalisée pour satisfaire à l'exigence du Conseil du Trésor voulant que certaines composantes de la structure de GSSI fassent l'objet d'une évaluation en fonction des activités réalisées entre 2005-2006 et 2009-2010. L'évaluation de synthèse favorise également la gestion efficace de ces composantes au niveau des programmes et de la Direction générale, et fournit une synthèse des données probantes afin de démontrer sa contribution à la réalisation des objectifs de la Direction générale et du Ministère.

Approche

Le présent rapport donne un aperçu des constatations, des conclusions et des recommandations tirés de divers rapports d'examen et d'évaluation des programmes de la DGSPNI. De plus, nous avons examiné les écrits ayant trait à la pertinence et au rendement des stratégies menées dans le secteur de l'autodétermination de l'état de santé des Autochtones afin d'en déterminer les répercussions sur l'approche adoptée. Même si les réalités de ces groupes diffèrent de celles des communautés des PNI au Canada, les leçons apprises et les données tirées des projets de recherche sur l'expérience vécue s'appliquent à la présente évaluation de synthèse.

L'évaluation porte sur la pertinence de composantes particulières de la structure de GSSI, d'après les objectifs du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du Ministère. La pertinence est évaluée en fonction de la conformité du programme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral. Elle vise également à déterminer si ces composantes ont été établies dans le but de répondre aux besoins des PNI et si elles sont adaptées aux besoins changeants et particuliers de ces populations.

Le rendement représente le degré d'efficacité, d'efficience et d'économie. Les questions relatives à l'efficacité visent à évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés, comme le démontrent les modèles logiques de programme (annexes A, B et C). L'efficience et l'économie renvoient à l'évaluation de l'utilisation des ressources dans le contexte de la production des extrants et des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés. Le tableau 2 présente les questions d'évaluation.

Tableau 2 — Principaux enjeux et questions de l'évaluation de synthèse

Principaux enjeux	Description	Questions de l'évaluation de synthèse
Pertinence	Liens entre les objectifs du programme et i) les priorités du gouvernement fédéral et ii) les résultats stratégiques du Ministère	Ces composantes de la GSSI s'harmonisent-elles avec les priorités du gouvernement du Canada?
		Les composantes s'harmonisent-elles avec les priorités et les résultats stratégiques du Ministère?
	Rôles et responsabilités du gouvernement fédéral liés à l'exécution du programme	Les composantes cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de répondre à un besoin démontrable et tient compte des besoins des Canadiens	Les PNI devraient-ils prendre davantage en charge les programmes et les services de santé?
Peut-on démontrer qu'il est nécessaire d'améliorer les résultats des PNI sur le plan de la santé?		
Rendement : Efficacité	Soutien à la prise en charge des programmes et des services de santé par les PNI	Les composantes liées à la PGS et à la CLS appuient-elles la prise en charge des programmes et des services de santé par les PNI?
		Y a-t-il des obstacles ou des difficultés relativement à l'octroi d'un contrôle accru aux PNI à l'égard de la planification?
	Efficacité d'un contrôle accru par les PNI sur les programmes et les services de santé	L'exercice d'un plus grand contrôle sur les programmes et les services permet-il d'améliorer les résultats?

Principaux enjeux	Description	Questions de l'évaluation de synthèse
	Amélioration des renseignements et des connaissances sur la santé	La composante liée aux PCRSA a-t-elle permis d'accroître la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances? Y a-t-il des obstacles ou des difficultés relativement à l'amélioration de la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances?
Rendement : Efficience et économie	Évaluation de l'utilisation des ressources dans le contexte de la production d'extraits et des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés	Les ressources relatives aux composantes de la GSSI utilisées pour l'exécution du programme correspondent-elles plus ou moins au minimum requis pour atteindre les résultats escomptés? Y a-t-il moyen d'exécuter ces composantes de façon plus efficiente et plus économique?

MÉTHODOLOGIE

Les constatations de l'évaluation de synthèse sont fondés sur une série de données probantes découlant de divers examens et de diverses évaluations de programmes, ce qui comprend l'examen de documents, des entrevues, des enquêtes, des études de cas et des visites sur les lieux. Les données ayant servi à l'évaluation sont également tirées d'une recension des écrits axée sur les programmes se rapportant aux objectifs et aux stratégies des composantes de la GSSI. Dans l'ensemble, l'approche utilisée consistait à mettre en rapport la gamme de données probantes disponibles afin d'examiner les principales questions relatives aux composantes requises selon la Politique sur l'évaluation.

Méthodes de collecte de données

Examens et évaluations de programmes

Puisque l'un des objectifs des composantes de la GSSI consiste à favoriser l'exécution d'autres programmes, l'approche adoptée et l'exercice d'un contrôle accru par les PNI à l'égard de la prestation des services de santé ont des répercussions à l'extérieur des activités de la GSSI. La présente évaluation de synthèse extrait de l'information d'autres examens et d'autres évaluations de programmes et entraîne des répercussions plus grandes sur le plan de l'efficacité. Les évaluations suivantes ont notamment été utilisées : groupe de programmes Enfance et jeunesse, groupe de programmes Contrôle des maladies transmissibles, groupe de programmes Prévention des maladies chroniques et des blessures, groupe de programmes sur l'Hygiène du milieu et la recherche environnementale ainsi que l'évaluation de l'Organisation nationale de la santé autochtone. Chacune de ces évaluations faisait appel à diverses méthodes, dont les suivantes : recension des écrits, examen de documents, entrevues auprès d'intervenants clés, enquêtes, analyse de données financières et études de cas.

Recension des écrits

Une recension des écrits spécialisés et de la littérature grise liées à la prise en charge et à l'autodétermination par les communautés autochtones des programmes de santé a été utilisée comme source de données pour montrer la pertinence d'adopter un modèle de financement plus souple. La stratégie visant à améliorer la prestation des services de santé et les résultats sur le plan de la santé grâce à un contrôle et à une participation accrue à l'échelle locale dans les secteurs de la planification, de l'administration et de la prestation est abordée dans ces sources d'un point de vue canadien et international. Deux sources spécialisées (Lavoie et coll., 2007; Lavoie et coll., 2010c) se penchent plus précisément sur les répercussions des modalités de financement de la DGSPNI et contiennent d'excellentes données sur l'efficacité.

Limites

La complexité de la gamme d'activités de programme relevant de ces composantes de la GSSI se révèle être l'une des principales difficultés rencontrées dans le cadre de l'évaluation de synthèse. Bien qu'il soit possible de déterminer certaines incidences et d'émettre quelques hypothèses théoriques dans le cadre de l'évaluation de synthèse, peu de conclusions peuvent être tirées en ce qui a trait à l'interaction entre les différentes composantes et la contribution de certaines activités bien distinctes à l'atteinte des objectifs généraux. C'était à prévoir puisque les objectifs des composantes sous-entendent le soutien à d'autres programmes de la direction générale qui ne font pas partie des composantes étudiées.

De plus, l'approche de synthèse ne comprend aucun renseignement obtenu de source directe sur l'efficacité des programmes et repose principalement sur des sources d'information secondaires. Les résultats sont limités en ce qui concerne, par exemple, les hypothèses concernant la mesure dans laquelle le contrôle exercé par la communauté sur la planification et la prestation des services et des programmes accroît l'efficacité de ces programmes et services à améliorer les résultats sur le plan de la santé. Bien que les liens entre la planification de la santé et la planification des programmes soient théoriquement pertinents, les évaluations des groupes de programmes prises en compte dans la présente évaluation de synthèse ne portaient pas directement sur ces liens.

Afin d'atténuer partiellement ces contraintes, il a été décidé d'inclure dans l'évaluation de synthèse des sources spécialisées externes servant de base à une évaluation des résultats des modèles de financement de la DGSPNI, ainsi qu'une série d'études internationales appuyant l'approche théorique selon laquelle un plus grand contrôle à l'échelle locale de la planification et de la mise en œuvre des services et des programmes de santé permettrait d'améliorer la prestation et les résultats sur le plan de la santé. Ces sources externes permettent de démontrer plus avant la pertinence et l'efficacité de l'approche générale adoptée à l'égard de la prise en charge locale des programmes de santé par les PNI.

PERTINENCE

L'évaluation de synthèse porte sur les questions de pertinence définies dans la Politique sur l'évaluation de 2009, à savoir si les composantes de la GSSI s'harmonisent avec les priorités du gouvernement du Canada et les résultats stratégiques du Ministère et si elles cadrent avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral. Les questions de pertinence visent également à évaluer si les PNI devraient prendre davantage en charge les programmes et les services de santé et s'il est toujours nécessaire d'améliorer les résultats sur le plan de la santé au moyen d'un contrôle accru.

Ces composantes de la GSSI s'harmonisent-elles avec les priorités du gouvernement du Canada?

Les composantes s'harmonisent avec les priorités du gouvernement du Canada dans les secteurs des services de santé et des populations autochtones, tel qu'il est indiqué dans des discours du Trône subséquents. Dans le discours du Trône de 2006, l'établissement d'un système de santé durable et rapide au moyen de mécanismes de prestation novateurs visant à offrir un système équitable et accessible à tous, conformément à la *Loi canadienne sur la santé*, constitue une priorité. Le discours du Trône de 2007 est résolument pour l'amélioration de la qualité de vie des Autochtones et de la santé des Canadiens, et celui de 2009 est fondé sur des consultations clés auprès des dirigeants autochtones afin de mettre en place des mesures incitatives pour encourager une infrastructure et un soutien à l'intention des Premières nations.

Le discours du Trône de 2010 confirme notre appui à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones d'une manière qui respecte les lois et la Constitution canadiennes. En 2010, le Canada est devenu signataire à part entière de cette déclaration, réitérant ainsi son appui envers l'autodétermination des Premières nations. L'importance accordée à l'amélioration de la participation sociale des Premières nations dans le discours du Trône de 2011 est confirmée par l'objectif d'accroître le contrôle exercé par les Premières nations sur les programmes et les services de santé.

L'ensemble des écrits de recherche confirme l'utilité de services de santé des Premières nations autodéterminés pour respecter les priorités du gouvernement du Canada relatives à un système de santé durable au pays, notamment grâce à une réduction du fardeau des hospitalisations évitables attribuables à un accès limité aux services locaux (Lavoie et coll., 2007; Lavoie et coll., 2010b; Lavoie et coll., 2010c).

Conformément aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, ces composantes de la GSSI contribuent également à l'une des cinq priorités du gouvernement du Canada, soit offrir les services de santé dont les Canadiens ont besoin, comme l'indique le Cabinet du premier ministre.

Ces composantes de la GSSI s'harmonisent-elles avec les priorités et les résultats stratégiques du Ministère?

Les objectifs des composantes de la GSSI sont étroitement liés à un résultat stratégique du Ministère et aux résultats escomptés connexes.

Les résultats stratégiques du Ministère pour 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010 comprennent le suivant : Meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations, les Inuits et les autres Canadiens. Les activités visaient à appuyer la santé des Premières nations et des Inuits et le renforcement des programmes communautaires. Parmi les autres secteurs d'activités se rapportant aux objectifs stratégiques pour 2009-2010, mentionnons les programmes et les services liés à la santé des Premières nations et des Inuits.

Ces composantes sont au cœur de l'un des trois secteurs de responsabilité mentionnés dans les rapports sur les plans et les priorités de 2005-2006, 2006-2007, 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010. Santé Canada soutient des services de soins primaires de base dans des communautés éloignées et isolées des Premières nations; des soins à domicile et des soins de santé communautaires dans les communautés des PNI; des programmes de santé communautaires destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits qui sont axés sur les enfants et les jeunes, la santé mentale et les toxicomanies, de même que la prévention des maladies chroniques et des blessures; des programmes de santé environnementale et de santé publique destinés aux Premières nations. Ces composantes de la GSSI répondent au besoin de soutenir ces programmes en assurant une planification et une gestion efficaces.

Ces composantes de la GSSI cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?

Le rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de la santé des PNI est clairement appuyé par la *Loi canadienne sur la santé*, selon laquelle l'accès continu à des soins de santé de qualité est déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé. Le rôle du gouvernement fédéral est également décrit dans la Politique fédérale sur la santé des Indiens (1979), dont l'objectif est d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes. L'amélioration de l'accès des communautés inuites et des Premières nations aux soins de santé demeure un mandat du gouvernement fédéral qui concorde avec les rôles et les responsabilités énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* et la Politique sur la santé des Indiens.

Les PNI devraient-ils prendre davantage en charge les programmes et les services de santé?

La recension des écrits réalisée mettait l'accent sur les indicateurs d'efficacité, suivant les travaux de recherche relatifs aux liens entre le degré d'autodétermination, l'autonomie et le contrôle local des PNI à l'égard des politiques en matière de santé et leur mise en œuvre. La recension portait également sur les travaux de recherche pertinents concernant l'efficacité générale de l'exercice d'un contrôle local accru par les groupes autochtones dans le monde et l'amélioration des résultats sur le plan de la santé. Même si ces indicateurs ne s'appliquent pas directement à la situation des PNI au Canada, ils donnent des indications de la pertinence et de l'efficacité d'un contrôle accru à l'échelle locale et aident à valider la théorie sur laquelle reposent ces composantes de la GSSI.

D'après les résultats de l'évaluation de la Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits approuvée en 2006, ainsi qu'à la suite d'une recension des écrits et l'examen de d'autres documents, les communautés des PNI doivent obtenir ce qui suit afin d'optimiser la conception et l'exécution des programmes :

- 1) une plus grande marge de manœuvre pour la planification et la conception des programmes;
- 2) un rôle plus important dans la planification et la gestion des programmes et des services de santé;
- 3) des programmes et des services axés sur les besoins de la communauté et pas uniquement sur les politiques, les modes de financement et les accords de contribution;
- 4) une plus grande capacité pour assumer ces rôles;
- 5) un haut niveau de participation des communautés et une meilleure prise en charge par celles-ci afin d'assurer l'établissement de programmes et de services pertinents et souples;
- 6) des processus de planification et de financement souples pour permettre aux PNI de répondre à leurs besoins.

Par ailleurs, les écrits sur la prise en charge et l'autodétermination dans le secteur de la santé valident ces stratégies comme moyen d'améliorer la pertinence des programmes à l'échelle locale et les objectifs des programmes en santé. Ces sources ont tendance à mettre l'accent sur l'efficacité des stratégies d'autodétermination et soulignent des difficultés ou des obstacles potentiels à l'obtention du résultat à long terme qui constitue l'amélioration de l'état de santé. Mills et coll. (1990) définissent de façon générale la décentralisation des services de santé comme étant le transfert de compétence ou la dispersion des pouvoirs en ce qui a trait aux processus publics de planification, de gestion et de prise de décisions afin de les faire passer d'un niveau national à un niveau infranational ou, de façon plus générale, des paliers de gouvernement plus élevés aux paliers de gouvernement moins élevés. Par exemple, Wamai (2009) conclut que tant les pays développés que ceux en développement visent la décentralisation pour réaliser des économies. L'OMS encourage la décentralisation comme moyen de favoriser le développement local. Ainsi, la définition la plus générale de la décentralisation concorde avec les principes de l'autodétermination.

Dans le contexte canadien, Saltman et coll. (2007) font observer que la création des régies de santé régionales est souvent décrite comme étant un processus de décentralisation des pouvoirs des gouvernements fédéral et provinciaux. Toutefois, puisque cette mesure implique la prise de responsabilités à l'égard d'hôpitaux et de centres de santé, elle suppose aussi une certaine centralisation. La tendance à l'autodétermination et à l'exercice d'un contrôle accru sur les services de santé dans les Premières nations au moyen d'ententes tripartites avec la Colombie-Britannique pourrait également supposer une certaine centralisation étant donné que les programmes offerts par la DGSPNI nécessitent généralement le transfert direct de fonds aux communautés locales et que la nouvelle entente comprend la création de régies de santé des Premières nations pour collaborer avec les régies de santé régionales de la Colombie-Britannique. Lavoie et coll. (2010a) met l'accent sur les processus d'entente entre les gouvernements centraux et les groupes autochtones et conclut dans le même ordre d'idées qu'il existe une gamme d'ententes contractuelles en cours sur les relations entre les Premières nations et le gouvernement et qu'il n'y a aucune distinction distincte entre les ententes contractuelles classiques et les ententes contractuelles relationnelles.

C'est dans ce contexte que certaines sources mettent en garde contre le principe selon lequel la décentralisation est un concept commun qui peut s'appliquer dans différents contextes ou qu'elle a les mêmes répercussions et les mêmes résultats peut importe le contexte (p. ex. Lavoie et coll., 2010a; Mills et coll., 1990; Schwartz et coll., 2002; Smith, 1997). Dans le sens de l'observation selon laquelle l'autodétermination signifie différentes choses et a différentes répercussions selon le contexte, les ouvrages sur le sujet indiquent certains secteurs exigeant une attention particulière pour assurer un contrôle accru efficace, notamment la nécessité de bien surveiller le rendement, d'assurer la coordination entre les organismes et les partenaires relativement aux résultats en matière de santé, de prévoir une capacité suffisante à l'échelle locale pour cerner les priorités et effectuer la planification et de veiller à ce que les autorités centrales soient capables de prévoir des sanctions et des mesures incitatives en vue du respect des normes de rendement.

Smith (1997) conclut que bien qu'il existe plusieurs options quant aux types de structures gouvernementales pouvant appuyer la décentralisation, les décisions ne peuvent qu'être mues par les pouvoirs politiques. Les planificateurs gouvernementaux et les dirigeants des communautés n'ont pas toujours eu des objectifs communs et il est grandement temps d'établir des mécanismes de coordination entre les ministères puisque les objectifs en santé sont partagés par un certain nombre d'agences et de centres de programme différents.

La Banque mondiale (2011) examine les répercussions de la décentralisation des pouvoirs dans le domaine de la santé et souligne qu'il n'existe que très peu de données sur la question. Ils affirment que l'incidence théorique sur l'amélioration des services de santé dépend de la mesure dans laquelle ceux qui détiennent les pouvoirs centralisés sont bien informés au sujet des besoins en santé des populations locales. Ils indiquent que la prudence est de mise pour ce qui est de la décentralisation des pouvoirs en matière de santé dans les pays en développement étant donné que les capacités locales d'exercer ces pouvoirs sont souvent faibles, ce qui pourrait entraîner des résultats néfastes. De même, Mills et coll. (1990) précisent que la décentralisation peut avoir de nombreuses retombées, y compris la déconcentration des services, le manque de ressources humaines à mesure que les autorités locales deviennent responsables de l'embauche et une

diminution générale de l'intégration des services. Schwartz et coll. (2002) mentionnent également que la décentralisation a nuit à l'allocation optimale des ressources aux Philippines, qu'elle a eu pour effet de réduire les montants alloués à la santé publique et de diminuer de façon générale les résultats en matière de santé dans le secteur de l'immunisation.

Bossert (1998) s'est penché sur la situation relative à la décentralisation des services de santé à Columbia. D'après lui, même si la décentralisation peut favoriser la prise de décisions novatrices étant donné que les autorités locales ont tendance à prendre des décisions différentes de celles qu'auraient prises les autorités centrales, il est nécessaire de définir la portée des décisions afin que les décisions prises par les autorités locales visent à améliorer le rendement des services de santé. Cela comprend des mesures incitatives axées sur les conditions et les besoins locaux, qui doivent être soutenues par des systèmes d'information en mesure de surveiller efficacement le rendement et permettant aux autorités centrales d'appliquer efficacement les sanctions et les mesures incitatives. Hutchinson et Lafond (2004) ont également souligné que bien que les pays en développement prennent des mesures pour décentraliser les soins de santé dans le but d'améliorer les résultats, le processus a eu plus souvent pour effet de limiter les données probantes disponibles pour appuyer la mesure du rendement, y compris de diminuer le nombre de données comparables et de restreindre la capacité des autorités locales à obtenir des données sur le rendement dans son ensemble.

Leiberman et coll. (2002) indiquent que les arguments pour la décentralisation dans le monde mettaient surtout l'accent sur les avantages du point de vue des dépenses sans mentionner la nécessité de réattribuer les rôles en santé à différents paliers de gouvernement. Il conclut que l'efficacité de la décentralisation dépend des facteurs suivants : 1) le rôle important des effets externes, 2) le haut niveau de spécialisation requis, 3) le rôle essentiel de la qualité et de la rapidité d'exécution et 4) le niveau élevé de connaissances requis pour jouer un rôle dans le système de santé à tous les niveaux (p.155). Dans son étude sur la décentralisation des services de santé en Indonésie, aux Philippines et au Vietnam, il conclut que les fonctions de gérance des autorités centrales devaient pouvoir compter sur un soutien clé au moyen de responsabilités locales en matière d'allocation des ressources, d'établissement de politiques et de données financières.

Putnam (1993) a déclaré qu'en Italie, la décentralisation était plus susceptible d'être efficace dans les localités ayant un capital social supérieur, comme en témoigne une forte concentration d'agences communautaires bénévoles créant des attentes plus élevées en matière de rendement et établissant de meilleurs liens de confiance entre les individus. Wamai (2009) s'est aperçu que le rôle des organisations non gouvernementales (ONG) était essentiel pour atteindre les objectifs en matière de santé et de développement liés à la décentralisation. Il a également constaté que le rôle d'appui des ONG exige un niveau de capacité élevé au sein même des ONG, de même qu'un niveau élevé de confiance et d'engagement entre les gouvernements et les ONG.

Dans le contexte canadien, Lavoie et coll. (2010b) décrivent les changements dans le système de soins de santé des Premières nations comme un passage de l'assimilation à des processus participatifs demandant une part d'autonomie politique. Cette évolution a été présentée au niveau politique comme un moyen d'améliorer les résultats et de réduire les inégalités dans le domaine de la santé. Ils décrivent le contexte historique des Lois constitutionnelles qui ont fait des soins

de santé un domaine de compétence provinciale et de la santé des Premières nations un domaine de compétence fédérale. Cela a donné lieu à un système de santé dans les réserves qui se voulait complémentaire du système provincial plus général, qui variait en fonction de l'isolement, et du besoin accru de soins de santé primaires dans les communautés éloignées. Lavoie et coll. (2010a) ont également trouvé des données à l'appui du modèle de financement de la DGSPNI. Selon eux, la prestation continue de services dans les Premières nations n'est pas appuyée par les modèles contractuels classiques, et les contrats relationnels sont plus souples et répondent mieux aux besoins des groupes dans les communautés.

Ils indiquent que la Politique de 1979 sur la santé des Indiens visait précisément à améliorer les services de santé dans les communautés des Premières nations afin qu'ils soient mis en place et assurés par les communautés elles-mêmes (p.95). Toutefois, ils mentionnent des pressions sur les communautés des Premières nations qui nuisent à l'amélioration de l'état de santé, comme l'augmentation du nombre de résidents des réserves à recevoir des services sans toutefois être inscrits comme membres des Premières nations et l'accroissement des secteurs de santé, comme la promotion de la santé, ce qui a pour effet d'accroître la difficulté d'offrir des services de santé sans une augmentation du financement.

Dans l'ensemble, la stratégie visant à adopter des modèles plus souples de financement de la santé pour les PNI dans le but d'améliorer les résultats en matière de santé est étayée dans la littérature. Les activités liées aux composantes de la GSSI visant à accroître la participation locale à la planification et à la mise en œuvre des services de santé tendent à être confirmées par les publications spécialisées et la littérature grise, qui semblent indiquer dans l'ensemble qu'une plus grande prise en charge à l'échelle locale peut améliorer la capacité de ces services à répondre aux besoins locaux.

Peut-on démontrer qu'il est nécessaire d'améliorer les résultats des PNI sur le plan de la santé?

La nécessité d'améliorer les résultats sur le plan de la santé est démontrée par des taux plus élevés de maladie dans les communautés des PNI, l'accès différent aux services de santé par les PNI et les taux d'hospitalisation. Les données tirées d'enquêtes nationales qui mesurent les taux de maladies chroniques et autres troubles de santé, ainsi que des études sur les hospitalisations évitables appuient cette constatation.

Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la population des Premières nations dans les réserves a un taux d'invalidité standardisé selon l'âge de 28,5 %, par rapport à un taux de 25,8 % dans la population canadienne en général.

Le tableau 3 ci-dessous indique la prévalence de différents troubles de la santé chez les Premières nations dans les réserves et chez l'ensemble de la population canadienne. Mis à part l'emphysème, ces troubles sont tous plus prévalents chez les Premières nations. Le taux de diabète est presque quatre fois plus élevé chez les Premières nations.

Tableau 3 — Prévalence standardisée selon l'âge de certains troubles de la santé chez les Premières nations dans les réserves (2002-2003) et dans la population canadienne en général

Trouble de santé	Premières nations vivant dans les réserves	Population canadienne en général
Hypertension artérielle	20,4	16,4
Diabète	19,7	5,2
Asthme	10,6	7,8
Maladie cardiaque	7,6	5,6
Tuberculose	3,9	s. o.
Bronchite chronique	3,7	2,8
Cancer	2,4	1,9
Séquelles d'un accident vasculaire cérébrale (hémorragie cérébrale)	2,1	1,2
Hépatite	1,2	s. o.
Emphysème	1,0	1,4

Les habitants des réserves indiennes sont exclus de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Source : Centre de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations 2002-2003; Résultats de l'enquête sur le adultes, les jeunes et les enfants dans les communautés des Premières nations. Assemblée des Premières nations (APN), novembre 2005; Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003.

Une récente étude menée par Statistique Canada (Carrière 2011) se fondant sur les taux d'hospitalisation comme indice d'accès aux services de soins a utilisé des données regroupées afin de compenser l'absence d'indicateur précisant l'identité autochtone ou générale des patients hospitalisés. Elle tient compte des habitants des réserves qui ont été hospitalisés à l'extérieur des réserves et se fonde sur le code postal pour déterminer le lieu de résidence. Même si cette étude est limitée en raison de ce regroupement, elle fournit un indicateur indirect utile quant à la santé de la population des Premières nations et celle de la population en général. Selon les conclusions de l'étude, les membres de communautés comportant un plus haut pourcentage d'Autochtones sont beaucoup plus susceptibles d'être hospitalisés pour des affections aiguës – 1 764 personnes hospitalisées par 10 000 habitants quand le pourcentage est élevé, par rapport à 925 par 10 000 habitants dans les populations comportant un faible pourcentage d'Autochtones. La tendance est la même dans chaque province et territoire. Dans les populations comportant un pourcentage élevé d'Autochtones, les personnes ont tendance à être hospitalisées à un plus jeune âge.

L'étude a conclu que : 1) les régions comptant un pourcentage relativement élevé d'Autochtones affichent des taux d'hospitalisation significativement plus élevés que dans les régions où le pourcentage d'Autochtone est faible; 2) les taux les plus élevés d'hospitalisation ont été notés chez les résidents de régions où les Premières nations représentent l'identité autochtone prédominante; et 3) l'emplacement urbain du logement et les conditions de logement comportent les similitudes les plus fortes en ce qui a trait aux différences entre les taux d'hospitalisation des résidents comportant un fort et un faible pourcentage d'Autochtones.

En général, il existe un besoin manifeste d'améliorer la santé des PNI, comme le démontrent les taux plus élevés de maladies et d'hospitalisation.

RENDEMENT — EFFICACITÉ

L'évaluation de synthèse abordait les principales questions liées au rendement, tel que défini dans la Politique sur l'évaluation de 2009, en examinant si les composantes de la GSSI ont permis de faire progresser les deux objectifs principaux du secteur de programme et si elles ont atteints les résultats attendus (tels que présentés dans les modèles logiques). Premièrement, l'évaluation de synthèse visait à analyser si les composantes ont soutenus la prise en charge des programmes et services de santé par les PNI en appuyant d'autres groupes de programmes. Elle visait aussi à analyser si une meilleure maîtrise de la planification en santé grâce au soutien fourni par les composantes améliore les résultats des PNI sur le plan de la santé. Enfin, elle visait à analyser s'il existe des obstacles ou des difficultés à mettre en œuvre cette prise en charge accrue.

Deuxièmement, l'évaluation de synthèse visait à examiner si les composantes de la GSSI ont amélioré la capacité des PNI à produire des renseignements sur la santé, à y accéder et à renforcer les connaissances au moyen de projets de recherche et de coordination en santé chez les Autochtones, notamment par des efforts de l'Organisation nationale de la santé autochtone. Elle visait aussi à analyser s'il existe des obstacles ou des difficultés à améliorer la capacité des PNI à produire des renseignements sur la santé, à y accéder et à renforcer les connaissances.

Les composantes liées à la planification et gestion en santé (PGS) et à la consultation et liaison en matière de santé (CLS) appuient-elles la prise en charge des programmes et services de santé par les PNI?

De façon générale, il est clair que la conception et les activités des composantes liées à PGS et à CLS appuient la planification et la gestion par les PNI des programmes et des services de santé qui visent à appuyer un niveau accru de contrôle local. La théorie voulant que les modèles de financement qui appuient un contrôle local accru permettent d'améliorer les services est valide. D'après la description des programmes, il est aussi clair que les activités touchant ces composantes correspondent en général aux méthodes visant le contrôle local décrites dans les écrits. Toutefois, les mesures disponibles sur le rendement laissent croire que le transfert accru du contrôle est très limité.

Nombre de communautés PNI selon le modèle de financement, 2007-2008 à 2010-2011				
Modèle de financement	2007-2008		2010-2011	
	Nombre de communautés	Pourcentage	Nombre de communautés	Pourcentage
Fixe	153	24,5	152	23,8
Transitoire	204	32,6	203	31,8
Flexible ou de transfert	268	42,9	283	44,4
Total	625		638	

En 2010-2011, la proportion des communautés recevant des fonds en vertu d'un accord de financement flexible ou de transfert n'était pas beaucoup plus élevée qu'en 2007-2008. Toutefois, le nombre d'accords de financement flexibles n'est pas nécessairement une indication claire de contrôle local puisque l'autodétermination permet aussi de décider le niveau de souplesse par chaque communauté. En d'autres termes, une communauté qui exerce un contrôle local peut décider d'avoir un accord fixe qui ne lui donne aucune souplesse. Davantage de renseignements sont nécessaires pour déterminer les raisons du lent passage aux accords flexibles ou de transfert. De plus, il manque des renseignements qualitatifs qui permettraient d'indiquer si les activités ont appuyé la transition vers les accords flexibles de transfert, ou si les différences entre le financement fixe, transitoire ou flexible et de transfert à l'échelle des communautés illustre les conditions réelles de contrôle local.

Comme le décrit le modèle logique dans l'annexe B, la composante CLS vise à offrir davantage de possibilités aux Autochtones de participer à l'élaboration des politiques et des programmes et d'exercer une influence, ce qui mènera à une plus grande participation et un rôle efficace des Autochtones dans la gouvernance du système de santé et de la prestation des services. Le rapport sur le rendement de la composante CLS de 2008 décrit quelques-unes des principales activités menées pour appuyer les résultats de ce modèle logique :

- 1) le Plan directeur pour la santé des Autochtones, un effort concerté des représentants fédéraux, provinciaux, territoriaux, PNI et Métis tout au long de 2005, a mené à des cadres distincts pour les Premières nations, les Inuits et les Métis qui permettront de combler les écarts entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des Canadiens non autochtones;
- 2) Sommet national sur la santé des Autochtones de 2006 en Colombie-Britannique et de 2008 au Manitoba; des ministres et des cadres supérieurs de ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux et les chefs de cinq organisations autochtones nationales (APN, RNM, ITK, AFAC, CPA) ont participé à ces forums de dialogue, d'établissement de relations, de collaboration et de travail d'équipe;
- 3) cinq sommets provinciaux, territoriaux et autochtones sur la santé des Autochtones ont été organisés pour aborder les questions d'intérêt pour les peuples autochtones;
- 4) en décembre 2006, création d'un groupe de travail regroupant Santé Canada et l'Assemblée des premières nations (APN) à titre de tribune pour explorer et élaborer des approches en vue d'améliorer la santé des Premières nations;
- 5) création du Groupe de travail Santé Canada - Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) en avril 2007 afin d'examiner et d'élaborer des manières de faire progresser la santé des Inuits;
- 6) l'établissement d'un Bureau de la santé des Inuits au sein de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, entièrement doté en personnel et opérationnel au printemps 2008;
- 7) Un Plan tripartite pour la santé des Premières nations a été signé le 11 juin 2007 pour la Colombie-Britannique entre le gouvernement fédéral, la province et le First Nations Leadership Council de la Colombie-Britannique afin d'orienter l'interaction et la collaboration.

- 8) Le protocole d'entente entre l'Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC-ISA) et l'APN en novembre 2006 pour l'analyse secondaire des données de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations;
- 9) L'accord de collaboration sur le Système national de surveillance du diabète, signé en décembre 2006 entre la DGSPNI et les Instituts de recherche en santé du Canada en vue d'appuyer deux projets liés au Système national de surveillance du diabète en Alberta et en Nouvelle-Écosse;
- 10) une feuille de route sur les garanties sur les délais d'attente pour les Premières nations, comprenant un document élaboré par l'APN ainsi que des projets pilotes pour vérifier les garanties sur les délais d'attente pour les femmes qui reçoivent des soins prénataux et les diabétiques qui reçoivent des soins dans des communautés déterminées des Premières nations.

De plus, l'efficacité de l'utilisation des composantes pour augmenter le contrôle des PNI sur la planification et la mise en œuvre en santé peut être abordée dans l'évaluation existante de programmes qui examinent le rendement des programmes en ce qui a trait au contrôle des PNI dans ces domaines. Selon ces évaluations de services et de programmes de santé communautaires, la capacité de ces services et programmes est soutenue par leurs activités.

En outre, le programme conçu pour guider la planification et la gestion de programmes et de services de santé vers les besoins et les priorités locales constitue un appui positif à l'élaboration de ces programmes et services par les PNI. Certaines données provenant de d'autres évaluations de programmes et de services dans les communautés ont également indiqué que la capacité pour les PNI de cerner leurs propres besoins et priorités, ainsi que d'affecter les dépenses en conséquence, est un aspect positif de ces programmes.

Enfance et jeunesse

Une partie de l'évaluation du groupe de programmes Enfance et jeunesse de 2005-2006 à 2009-2010 visait à examiner la participation des Premières nations (PN) dans les décisions portant sur les groupes de programmes et de services Enfance et jeunesse ainsi que les facteurs ayant une incidence sur la capacité des PN de conclure des accords de transfert flexibles. Un sondage auprès du personnel de la DGSPNI a révélé que les PN participent davantage aux programmes Enfance et jeunesse ainsi qu'à l'établissement des priorités visant à répondre aux besoins de certaines communautés au cours de la durée du programme. Dans certains cas, les PN ont participé directement au processus de planification dans le but d'élaborer des plans de santé communautaire ainsi que dans l'exécution des programmes. Quarante pour cent du personnel communautaire interrogé trouvaient que la communauté participe davantage à la prise de décisions au sujet des programmes qu'il y a cinq ans. Les résultats de l'évaluation ont révélé que la portée des décisions prises par les Premières nations est limitée par le montant de financement disponible et par le type de modèle de financement adopté dans la communauté. Cependant, dans tous les programmes, les contraintes budgétaires sont un obstacle commun à l'incidence du programme.

Contrôle des maladies transmissibles

L'évaluation du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (CMT) visait en partie à examiner la mesure dans laquelle les programmes ont favorisé une amélioration de la prise en charge par la communauté et sa capacité à déceler, à signaler et à combattre les maladies transmissibles. La façon et la mesure dans lesquelles le type de paiement de transfert a influé sur les résultats attendus a aussi été examinée. Les programmes de CMT visent à renforcer les capacités des communautés en encourageant ces dernières à prendre davantage en charge leurs problèmes de santé et à faciliter l'acquisition de compétences liées aux maladies transmissibles grâce aux activités de formation et de renseignements disponibles pour les infirmières en santé communautaire et autre prestataires de soins de santé.

Les programmes de CMT ont appuyé les PN dans la planification et l'élaboration de plans et de programmes de santé en favorisant l'accès à des informations et à des ressources (allant de rapports de recherche et d'une expertise spécialisée en matière de programme ou d'épidémiologie à des renseignements sur les normes et les lignes directrices) et en fournissant des conseils, des directives et une aide au sujet des budgets, des plans de travail, de l'établissement de rapports, de l'élaboration de politiques et d'évaluations. Selon les résultats d'un sondage qui leur demandait d'évaluer leur satisfaction à l'égard des renseignements, de l'aide, du soutien et des directives fournis par le bureau national, 29 % des coordonnateurs régionaux se sont dits très satisfaits, 55 % se sont dits un peu satisfaits et 16 % ne l'étaient pas du tout. Les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire se sont dits généralement satisfaits de l'appui que leur procurent les bureaux régionaux de la DGSPNI : 48 % ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits, 34 % ont dit qu'ils étaient quelque peu satisfaits et 18 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas du tout satisfaits. L'augmentation du nombre de rencontres en personne avec les représentants régionaux des programmes de CMT, mieux définir et communiquer plus clairement les rôles et les responsabilités, ainsi que la réduction des exigences en matière de production de rapports font partie des occasions que les coordinateurs régionaux ont mentionné afin d'améliorer le soutien offert par l'administration centrale.

L'évaluation a révélé certains facteurs qui pourraient avoir une incidence sur le niveau de prise en charge de la communauté : 1) les compétences du personnel des soins de santé locale (y compris les compétences interpersonnelles des infirmières et du directeur des services de santé), 2) l'accent mis sur la participation de la communauté, 3) le niveau de roulement du personnel, 4) le nombre et la prévalence de d'autres problèmes dans la communauté, 5) le modèle de paiement de transfert dans le cadre duquel la communauté est financée, 6) la mesure dans laquelle les dirigeants de la communauté appuient les programmes et 7) l'expérience antérieure de la communauté sur le plan des relations avec le gouvernement et sur celui des maladies transmissibles.

Les perceptions concernant la mesure dans laquelle les communautés ont pris en charge des enjeux et des programmes de CMT sont partagées chez les personnes interrogées : 51 % des répondants étaient « plutôt » ou « fortement » d'accord que la communauté a pris en charge ces enjeux et ce type de programmes, alors que 33 % étaient en désaccord. Au nombre des autres indicateurs d'une prise en charge accrue dans certaines communautés comprennent les niveaux de participation croissants aux programmes de sensibilisation, l'augmentation des taux

d'immunisation et la participation accrue du personnel de la bande, du chef et du conseil à l'égard de la promotion et du soutien des programmes accomplis sur le plan de la sensibilisation et de l'éducation.

L'évaluation a révélé que les programmes de CMT ont une incidence marquée sur la capacité des communautés en favorisant un meilleur accès à la formation et aux autres ressources pour les infirmières en santé communautaire et autres intervenants dans les communautés. D'après les recherches menées sur le terrain et autres renseignements que les régions ont fournis, on estime que 1 600 personnes (700 infirmières et 900 autres intervenants) ont participé à ces programmes à l'échelon communautaire dans toutes les régions. Selon les données tirées des rapports sur le rendement, plus de 200 séances de perfectionnement des compétences ont été organisées entre 2005-2006 et 2007-2008, et plus de 10 000 personnes y ont participé.

Pour ce qui est de l'incidence des modèles de financement sur les résultats attendus, l'évaluation n'a pas permis de démontrer que certains types de financement favorisent davantage des résultats positifs. Bien que l'on note certaines différences dans les résultats entre les communautés ayant des types de modèles différents, elles étaient probablement plus attribuables à d'autres facteurs (p. ex. des différences dans les caractéristiques des communautés, comme l'emplacement, l'éloignement, l'infrastructure, la gamme des services disponibles ou des différences dans les activités du groupe de programmes selon les régions) qu'au type de modèle lui-même. Il est possible qu'il soit trop tôt pour démontrer l'effet réel des modèles de financement en raison de la durée de certains accords de contribution (3 ans). En général, l'évaluation a révélé que la plupart des directeurs, des infirmières et des coordonnateurs régionaux pensent que les programmes sont souples, ce qui leur permet d'être adaptés afin de répondre aux besoins de la communauté.

Prévention des maladies chroniques et des blessures

L'évaluation du groupe de programmes Prévention des maladies chroniques et des blessures de 2005-2006 à 2009-2010 visait la participation des PNI dans la conception et la planification des programmes, ainsi que l'incidence des modèles de financement ou de financement de transfert sur la mise en œuvre et l'efficacité des programmes. L'évaluation a permis de confirmer que la participation des PNI dans la conception et l'exécution des programmes a rehaussé la pertinence des programmes sur le plan culturel, un exemple étant la version du Guide alimentaire canadien s'adressant aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis qui est adaptée aux valeurs, aux traditions et aux choix alimentaires des peuples autochtones.

Pour ce qui est de l'incidence des modèles de financement et les accords de financement de transfert, l'avis du personnel de la santé communautaire est partagé quant au modèle qui permet d'offrir du soutien et des services de qualité dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. L'évaluation a révélé que la majorité des répondants avaient indiqué que l'exécution des programmes a aidé « beaucoup » (6 communautés sur 19) ou « un peu » (10 communautés sur 19) et que quelques-unes avaient répondu que le modèle de financement n'avait été d'aucune aide (3 communautés sur 19). L'évaluation a révélé que les communautés qui ont opté pour le modèle fixe sont les moins portées à indiquer que le modèle est utile (c.-à-d. 0 ont répondu « beaucoup »; 5, « un peu » et 3, « pas du tout ») alors que celles qui ont signé un accord flexible sont plus portées à indiquer que le modèle est utile (c.-à-d. 6 ont répondu

« beaucoup »; 5, « un peu » et 0, « pas du tout »). Selon les répondants, l'impossibilité d'étaler le financement sur plusieurs exercices, le manque de souplesse dans le type d'activités qui peuvent être financées et des exigences accrues en matière de rapports figurent parmi les principales difficultés que représentent les modèles de financement fixes.

Groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale

L'évaluation du groupe Hygiène du milieu et recherche environnementale de 2005-2006 à 2009-2010 visait à examiner l'incidence des modèles de financement sur le rendement de ce groupe. En ce qui a trait à la composante de l'hygiène du milieu, l'évaluation n'a pu établir qu'une participation accrue à la planification et à la mise en œuvre permettrait d'améliorer la prestation ou l'efficacité de la composante de l'hygiène du milieu. Elle a plutôt permis de constater que l'examen des dépenses et des activités était sérieusement limité en raison de la souplesse offerte par les accords de transfert, puisque les données financières sur les affectations et les dépenses destinées aux activités étaient peu fiables et incohérentes. Selon l'évaluation, cette situation est attribuable au fait qu'au niveau des régions, les fonds transférés par l'AC pour la santé environnementale et publique peuvent être distribués à des secteurs prioritaires qui ne font pas partie de ce groupe; au niveau des communautés, les fonds alloués dans le cadre de l'accord de contribution peuvent être affectés à des activités qui ne font pas partie du mandat du groupe de programmes afin de faire face à des priorités concurrentes.

Par contre, l'évaluation a permis de confirmer que la composante Recherche environnementale a grandement contribué à la base de données probantes appuyant la planification et la gestion des risques pour l'hygiène du milieu au niveau régional et communautaire en permettant d'établir les priorités et les façons d'atténuer ces risques. L'approche communautaire de cette composante est une source valide de renseignements portant sur la planification et la gestion, car il arrive que les membres de la communauté ne fassent pas confiance aux renseignements provenant de l'extérieur de la communauté.

L'exercice d'un plus grand contrôle sur les programmes et les services permet-il d'améliorer les résultats?

Certaines sources spécialisées ont évalué des résultats comme les taux d'hospitalisation et ont constaté des liens positifs entre les modèles de financement de la DGSPNI et une amélioration des résultats indiqués par ces liens.

Lavoie et coll. (2010c) soulignent que 83 % des Premières nations du Canada participent actuellement à la gestion de leurs propres services de santé, mais qu'il manque une analyse des résultats sur le plan de la santé. Afin d'augmenter la base de données probantes du lien entre le contrôle des Premières nations et ces résultats, les chercheurs ont analysé les taux d'hospitalisation évitable, par exemple dans les cas d'amputation causée par le diabète. Ils ont relevé des liens entre l'isolement des communautés et l'accès aux services de santé au Manitoba, constatant qu'il s'agit d'un des principaux facteurs des inégalités en matière de santé entre les Premières nations et les autres Canadiens.

Les chercheurs ont schématisé le contrôle de la communauté plus particulièrement en fonction de l'approche de la DGSPNI en matière de transfert des services de santé, qui définit l'autodétermination en fonction du niveau d'administration locale des programmes communautaires et régionaux, y compris le transfert des connaissances, la capacité et le financement qui viennent soutenir les besoins et les priorités locaux. En associant les données d'hospitalisation aux modèles de financement de la communauté, ils ont pu déterminer ce qui suit : 1) un meilleur accès aux soins primaires par l'intermédiaire des services de santé locaux est associé à des taux plus faibles d'hospitalisation évitable, 2) les communautés qui ont conclu des accords de transfert présentent de meilleurs résultats sur le plan de la santé – « plus l'accord de transfert est de longue durée, meilleurs sont les résultats », 3) les communautés qui ont conclu un accord intégré n'ont pas obtenu les mêmes améliorations (p. 723). Plus important encore, ils ont aussi remarqué que les communautés ayant conclu un accord n'étaient pas en meilleure santé au début de l'étude; cela indique que les améliorations pourraient être attribuées à l'approche en matière de transfert. Ils estiment qu'en général, un délai de deux à cinq ans s'écoule entre la signature d'un accord de transfert et l'amélioration des résultats.

Les chercheurs concluent que, globalement, la politique de transfert mis en place par la DGSPNI au cours des vingt dernières années a permis d'améliorer les résultats sur le plan de la santé des Premières nations, ce qui vient soutenir la politique de la DGSPNI, ainsi que les politiques d'autodétermination autochtone des Nations Unies, de l'Organisation mondiale de la Santé (2008), et du *Provincial Health Officer's Report* de la Colombie-Britannique (2009).

Lavoie et coll. (2007) ont aussi confirmé que la prise en charge par les Premières nations de la planification et la mise en place de services conçus en tenant compte des besoins et des priorités à l'échelle locale « offrent un potentiel d'amélioration considérable des résultats sur le plan de la santé » (traduction, p. 93). Cependant, ils précisent que les formules de financement doivent être particulières aux divers besoins locaux et aux circonstances changeantes, comme la démographie et le coût des services de santé.

Le *Journal de l'Association médicale canadienne* (2009) rapporte que la recherche effectuée par Lavoie à définir quel est l'ensemble de services essentiels des réserves du Manitoba et que les constatations indiquent que l'initiative de la DGSPNI de transférer le contrôle de services de santé aux communautés des Premières nations avait réussi, « malgré des préoccupations quant aux contraintes financières » (traduction, p. e249). L'article se termine en mentionnant que les constatations sont importantes, puisque la recherche antérieure avait été freinée par l'absence de données de rendement sur les résultats en matière de santé.

Lavoie et coll. (2011) ont mené une autre étude importante sur l'incidence du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits sur les taux d'hospitalisation pour des conditions propices au traitement ambulatoire. Ils ont pu approfondir leur recherche sur la prise en charge par la communauté et l'accès aux soins primaires dans les réserves et ont conclu que ces services élargis avaient une incidence positive démontrable, entre autres sur la diminution des taux d'hospitalisation.

L'évaluation de la Politique de transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits (2006) a permis de conclure que cette politique avait permis d'améliorer l'accès aux soins de santé et les résultats sur le plan de la santé, et qu'aucune donnée ne venait justifier la recentralisation, à Santé Canada, de la gestion ou de l'exécution de services de santé dans les réserves. L'objectif de la politique de transfert, soit d'offrir des possibilités de participer à la planification, à l'administration et à l'exécution de services de santé dans les réserves, a été confirmé par des répondants des PNI de communautés ayant conclu un accord, qui ont recensé les avantages d'un accord de transfert pour la détermination des priorités locales.

Ces répondants ont aussi indiqué que le processus décisionnel local avait amélioré l'adaptation des programmes aux besoins changeants. Les répondants des communautés n'ayant conclu aucun accord étaient beaucoup moins susceptibles d'affirmer que le financement pouvait être affecté à leurs besoins locaux. Les répondants de l'évaluation ont déclaré que l'amélioration des services de santé avait été rendue possible grâce à la politique de transfert et que le contrôle local avait amélioré la connaissance 1) des questions de santé communautaire, 2) des déterminants de la santé et 3) de la disponibilité des services. La majorité des membres de la communauté déclarent que leur état de santé s'est amélioré, et une série d'évaluations dans la communauté a permis de constater que l'amélioration était attribuée au processus de transfert.

La synthèse (2010) des rapports d'évaluation dans les communautés des Premières nations reçus entre 2003 et 2008 consistait en un examen de l'efficacité du modèle de financement du transfert de la gestion et de l'exécution des programmes et des services de santé et constitue un examen à petite échelle de la politique de transfert des services de santé. L'examen consistait en une synthèse de 70 évaluations dans la communauté et comprenait une évaluation des liens entre 29 plans de santé communautaires et ces évaluations. Soixante-trois pour cent (63 %) des évaluations portaient sur l'incidence du transfert des services de santé sur la communauté et font état d'une incidence globale positive sur l'amélioration ou le maintien de la qualité des services, la capacité d'autogestion et la flexibilité des programmes de santé, qui entraînent une augmentation de la participation. En ce qui concerne les résultats, les évaluations rapportent que, dans l'ensemble, l'état de santé demeure inchangé à la suite d'un processus de transfert. Cependant, seulement 76 % des évaluations examinées comprenaient des indications sur l'état de santé ou le résultat, et la plupart de celles qui comprenaient ces indications étaient fondées sur des perceptions autodéclarées.

Y a-t-il des obstacles ou des difficultés relativement à l'octroi d'un contrôle accru aux PNI à l'égard de la planification?

Autant les évaluations des groupes de programmes que la recension des écrits ont permis de recenser des obstacles et des défis dans la prise en charge accrue, par les PNI, de la planification et de la gestion des services de santé.

Dans l'évaluation du groupe de programmes « Enfance et jeunesse », les résultats d'un sondage auprès du personnel de la DGSPNI indiquent que 47 % des répondants qualifient les modèles de financement de « très/assez appropriés » et 47 % les qualifient de « plutôt appropriés »

(traduction). Ce sondage demandait aussi au personnel de la DGSPNI de déterminer les facteurs qui facilitaient la conclusion d'un accord de transfert flexible pour les PNI. Les facteurs recensés comprennent notamment : 1) la capacité communautaire et la présence d'un personnel capable de gérer le financement et d'un personnel formé pour mettre le plan en œuvre, 2) l'élaboration et le suivi des plans de santé communautaire et 3) le soutien du leadership, associé à une solide structure gouvernementale et gestion de la bande.

Autrement, l'absence de ces facteurs est perçue par le personnel de la DGSPNI du groupe de programmes « Enfance et jeunesse » comme le principal obstacle limitant la capacité des Premières nations à conclure des accords de transfert flexibles. Le personnel de la DGSPNI a recensé d'autres facteurs qui facilitent ou entravent la conclusion d'un accord de transfert flexible, soit : 1) la présence de solides équipes de groupe de programmes dans les régions de la DGSPNI, afin d'appuyer les communautés et les discussions sur la planification entre les communautés et les régions de la DGSPNI, 2) la coordination des services de santé provinciaux, 3) la taille et l'emplacement des communautés, 4) l'absence de lignes directrices, 5) les questions de financement et 6) la gestion par une tierce partie.

L'évaluation du groupe de programmes « Contrôle des maladies transmissibles » (CMT) indique aussi la nécessité d'améliorer la mise en œuvre d'un contrôle accru. Les étapes recommandées par le personnel de l'administration centrale et des régions pour accroître la prise en charge par la communauté comprennent ce qui suit : 1) l'augmentation de la participation de la communauté à la planification et à l'exécution des activités liées au CMT; 2) l'élargissement des programmes d'éducation et de sensibilisation; 3) la présentation, plus opportune et plus précise, d'une rétroaction à chaque communauté relativement aux progrès par rapport aux taux d'immunisation, aux taux d'infection et à la sensibilisation; 4) l'amélioration de la coordination et de l'intégration des activités de programme aux activités communautaires.

La vérification, en 2009, de la fonction de vérification des bénéficiaires de la DGSPNI a permis de confirmer la nécessité d'améliorer cette fonction, qui fournit d'importants éléments de preuve sur les programmes et le rendement financier du processus de financement des services de santé et qui vient soutenir tous les secteurs de la planification. Cette vérification a permis de constater que, même si le processus fondé sur le risque des vérifications des bénéficiaires est bien conçu, les délais des vérifications prévues et les directives données par la Direction générale ont une incidence sur la cohérence de la planification et de la réalisation des vérifications des bénéficiaires, ainsi que sur la cohérence des rapports de vérification. La Direction générale a convenu de certaines mesures recommandées afin de combler ces lacunes.

La composante liée aux PCRSA a-t-elle permis d'accroître la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances?

L'évaluation de synthèse avait pour but de vérifier si les projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones avaient contribué à améliorer la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information et à approfondir les connaissances. Elle visait aussi à déterminer si l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) avait contribué à ce résultat, au moyen

des données de l'évaluation 2005-2006 – 2009-2010 de l'ONSA, puisque l'ONSA était la principale bénéficiaire du financement des projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones pendant cette période et contribuait majoritairement à cet objectif.

Le rapport sur le rendement de la GSSI de 2008 comprend une description des principales activités des projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones, notamment :

1. Création du Groupe de travail conjoint sur les données relatives à la mortalité infantile chez les PNI et les Métis, afin de soutenir la collaboration entre le gouvernement fédéral, le milieu universitaire et les organisations autochtones et d'améliorer la qualité et la couverture de ces types de données. Le Groupe a dirigé l'élaboration de deux projets de recherche.
2. Conception et administration du premier cycle de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations grâce à un financement de plus de 11,7 M\$ de la DGSPNI. Un financement additionnel de 12,5 M\$ a été engagé pour le 2^e cycle, en 2011.
3. Élaboration du Cadre pour la recherche de la DGSPNI en collaboration avec l'Institut de la santé des Autochtones des Instituts de recherche en santé du Canada, l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami.
4. Lancement d'ateliers conjoints de l'Institut de recherche sur la santé autochtone, en juillet 2007.
5. L'atelier d'été a été suivi d'un atelier de deux jours sur la rédaction d'une demande de subvention, à Calgary.
6. Lancement de l'Enquête sur la santé des Inuits.
7. Projet Géozones de Statistique Canada, d'AADNC et de Santé Canada, qui comprend la publication de données sur l'espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada.
8. Tenue du Symposium sur les données de santé concernant les Premières nations, les Inuits et les Métis, en 2007.

L'évaluation du processus et de l'incidence de 2005-2008 de l'ONSA comprenait de multiples éléments de preuve, dont un sondage auprès de 227 répondants des Premières nations. Même si l'évaluation a révélé que les membres faisaient ouvertement état de difficultés à équilibrer les intérêts des PNI membres et de l'ONSA en ce qui concerne les priorités organisationnelles et les plans de travail, les membres mentionnaient aussi que la situation s'améliorait. Cela comprend des effets positifs sur le savoir traditionnel et les pratiques de guérison, ainsi qu'une sensibilisation des PNI relativement à ces pratiques et aux obstacles à l'accès au savoir traditionnel. Le sondage a révélé une augmentation du niveau de connaissance des questions de santé chez les PNI par l'entremise du programme de modèles de l'ONSA et de l'information sur le Web, comme le prouve une augmentation de 67 % des téléchargements du site de l'ONSA, soit un total de plus de 1,5 million entre 2005 et 2008.

L'évaluation indiquait aussi des progrès vers l'accroissement de la recherche, des politiques et des lois relatives à la santé, adaptées à la culture, grâce à la recherche directe, ainsi qu'à l'accroissement de la capacité communautaire d'effectuer de la recherche. Les répondants confirment que les activités de l'ONSA avaient permis d'accroître la recherche dans les

domaines de la santé juvénile, maternelle et infantile et de la prévention des maladies. Des représentants partenaires ont mentionné que l'ONSA avait soutenu l'utilisation continue de recherche adaptée à la culture par les communautés et qu'elle avait accru cette capacité d'utilisation parmi les PNI. Cela comprend une sensibilisation accrue à la nécessité de la recherche adaptée à la culture pour soutenir les programmes de santé.

Une source externe (Smith et Lavoie, 2008) a inclus une évaluation de l'efficacité d'un savoir traditionnel accru des Premières nations en matière de santé. Les chercheurs ont effectué des entretiens en profondeur avec six Premières nations du Canada, en mettant l'accent sur les effets d'un contrôle accru de la planification et de la mise en place de services de santé dans le cadre du processus de transfert des services de santé de la DGSPNI. Ils ont inclus des mesures de l'assurance de la qualité et des résultats sur le plan de la santé, ainsi que des points forts et des enjeux. Ils ont constaté que les innovations locales en planification et en évaluation comprenaient le recours à la narration de contes traditionnels pour faciliter la participation des clients des services, qui était le moyen choisi pour « adapter notre propre façon de savoir » (traduction) et éviter les perspectives universitaires et axées sur le fournisseur.

Y a-t-il des obstacles ou des difficultés relativement à l'amélioration de la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information ainsi qu'à approfondir les connaissances?

L'évaluation de la politique de transfert des services de santé (2006) a permis de constater que les mesures visant à créer un système d'information sur la santé complet et pratique étaient limitées par les ressources administratives requises pour présenter des rapports. Cela limite en retour la capacité de suivre les progrès de l'état de santé et d'établir des priorités pour la planification et la mise en place de services locaux. Cependant, l'évaluation a relevé les progrès de certaines communautés à associer des données sur les résultats avec leurs systèmes d'information sur la santé.

Il existe des lacunes similaires dans les données, qui ne permettent pas de montrer une amélioration de la capacité des PNI à produire et à obtenir de l'information et à approfondir les connaissances grâce aux projets de coordination et de recherche en santé chez les Autochtones et à l'ONSA. Même si les activités constituent des approches plutôt valides pour accroître les connaissances et améliorer les consultations et les liaisons en matière de santé, il existe peu de données venant prouver que ces activités ont permis d'améliorer les résultats en matière de santé.

RENDEMENT — EFFICIENCE ET ÉCONOMIE

L'évaluation de synthèse visait à vérifier, lorsque c'était possible, si les ressources avaient été utilisées de façon à minimiser les ressources requises pour obtenir les résultats escomptés dans le cadre des composantes de la GSSI et s'il y avait moyen d'améliorer l'efficacité et l'économie de l'exécution des programmes.

Les ressources utilisées pour l'exécution correspondent-elles plus ou moins au minimum requis pour atteindre les résultats escomptés?

L'absence de comptabilité par activité ventilée par type d'accord (accords de contribution, ETP de la Direction générale et fonctionnement et entretien), ainsi que l'impossibilité d'obtenir des données montrant les liens entre les activités et les résultats, ont compliqué l'évaluation de l'efficacité et de l'économie de l'ensemble des composantes. Même si les évaluations des programmes soutenus par une planification et une gestion des services de santé et de l'information sur la santé ont tendance à démontrer que ces programmes sont exécutés efficacement, elles ne déterminent pas particulièrement que le soutien de la planification et de la gestion de ces programmes dans le cadre de ces composantes de la GSSI a produit des économies en elles-mêmes. Quant à l'évaluation 2005-2008 de l'ONSA, elle consistait en une comparaison des dépenses et des résultats de l'organisation avec des organisations du savoir similaires et avait conclu que l'ONSA était tout aussi efficace pour dépenser son financement. Les écarts budgétaires des centres de l'ONSA variaient entre zéro (0) et quinze pour cent (15 %).

Y a-t-il des façons d'améliorer l'efficacité et l'économie de l'exécution des programmes?

Encore ici, le manque de données financières démontrant qu'il existe des moyens d'augmenter l'efficacité et l'économie complique l'identification des domaines pouvant être améliorés. Par exemple, le niveau de financement par différent type d'activité, comme les accords de contribution directs avec les communautés des PNI par rapport aux ETP de la Direction générale pour le soutien des activités de planification et de gestion, n'était pas disponible pour l'évaluation de synthèse.

CONCLUSIONS

Dans l'ensemble, l'évaluation de synthèse a permis de constater que ces composantes de la GSSI sont pertinentes dans le contexte des priorités du gouvernement du Canada dans le domaine de la santé des PNI, y compris celles établies dans le cadre des discours du Trône subséquents et celles déterminées par le Cabinet du premier ministre. Cela comprend la priorité d'assurer un système de santé accessible et durable pour tous les Canadiens et d'améliorer la qualité de vie et la santé des populations autochtones. L'objectif d'accroître l'autodétermination correspond aussi aux priorités du gouvernement du Canada établies en vertu des engagements pris dans les discours du Trône et à ses engagements à titre de pays signataire de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. De plus, les écrits sur la santé des populations autochtones et indigènes appuient la pertinence des activités de programme et ratifie l'approche en matière de contrôle à l'échelle locale comme moyen d'améliorer les résultats en matière de santé.

Les données probantes présentées indiquent que ces composantes de la GSSI ont efficacement permis d'atteindre les principaux objectifs fixés, sauf en ce qui a trait à l'établissement d'accords de financement flexible ou de transfert avec un plus grand nombre de communautés des PNI. Bien que les écrits tendent à appuyer l'approche en matière de contrôle local adoptée par le programme, il n'y a pas suffisamment d'information sur le rendement pour évaluer clairement si les activités de programme ont donné lieu à des formes efficaces de contrôle local. Ce fait est appuyé par les constatations des évaluations des autres groupes de programmes, qui présentent des résultats variables à savoir s'il est possible d'affirmer que ces programmes offrent un plus grand niveau de prise en charge ou de contrôle aux PNI et si l'autodétermination s'est révélée être un facteur important dans l'amélioration des résultats en matière de santé. Toutefois, une étude faisant partie de la recension des écrits confirmait que le modèle de financement flexible ou de transfert avait permis de réduire le taux d'hospitalisations évitables au Manitoba.

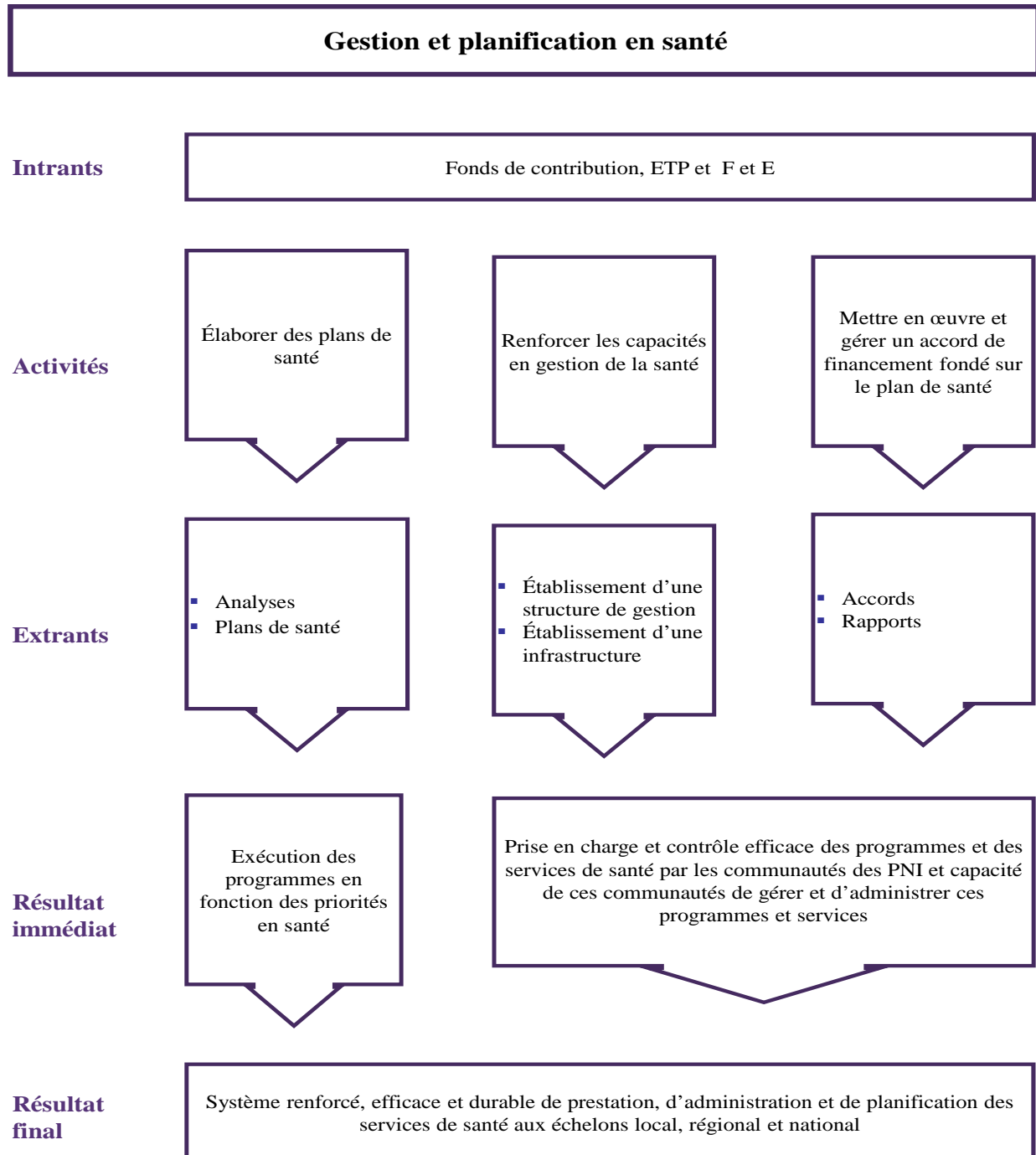
L'évaluation de synthèse confirme aussi que l'approche de la DGSPNI concernant les modèles de financement et l'autodétermination est plutôt solide, compte tenu des données sur la mesure du rendement disponibles et d'autres données probantes pertinentes. Bien qu'il soit peut-être trop tôt pour constater l'incidence des modèles de financement dans cette évaluation de synthèse, les données tirées des écrits soutiennent la théorie selon laquelle des modèles de financement plus souples sont liés à une amélioration des résultats en matière de santé.

Un certain nombre d'obstacles pouvant influencer la mise en œuvre des modèles de financement ont été ciblés pendant l'évaluation de synthèse, notamment la volonté des participants d'adopter les modèles de financement offrant un niveau plus élevé de contrôle à l'échelle locale, la capacité des communautés et les ressources humaines requises pour faire la transition et le leadership communautaire. De plus, les évaluations futures des programmes communautaires devraient comprendre une évaluation précise des raisons expliquant la transition lente vers les modèles de financement flexible ou de transfert. De meilleures données sur la mesure du rendement (concernant les activités, les résultats et les aspects financiers) soutiendraient davantage ces évaluations et aideraient aussi les dirigeants et les décideurs à déterminer quels types d'activités ou de services de soutien de programme sont les plus efficaces pour faciliter la transition. Ces questions seront abordées dans les évaluations futures.

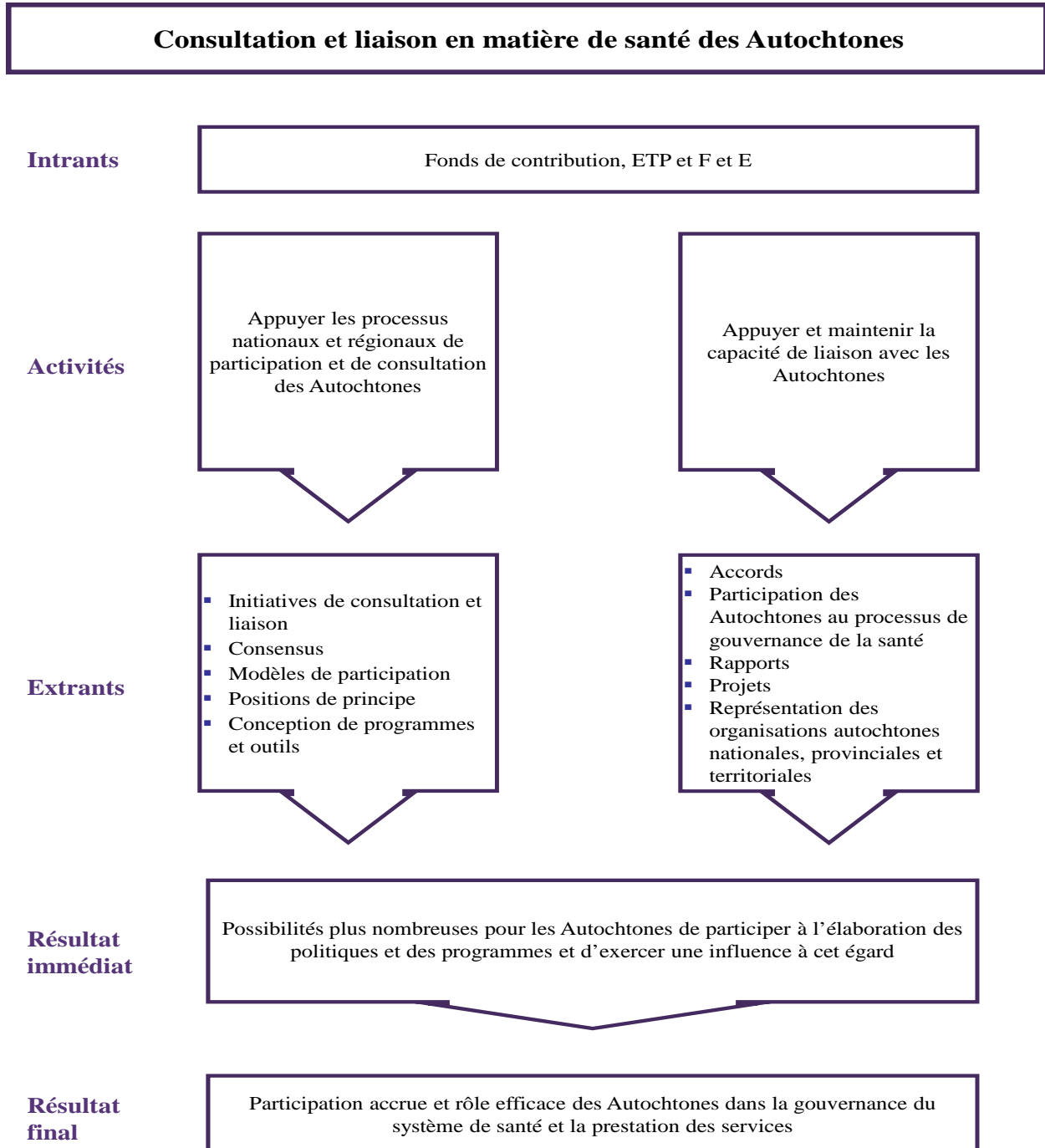
RECOMMANDATIONS

Le présent rapport d'évaluation de synthèse n'a permis de formuler aucune recommandation particulière, puisque l'évaluation repose sur d'autres évaluations de programmes, qui ont chacune donné lieu à leurs propres recommandations, qui ne doivent pas être reproduites ici.

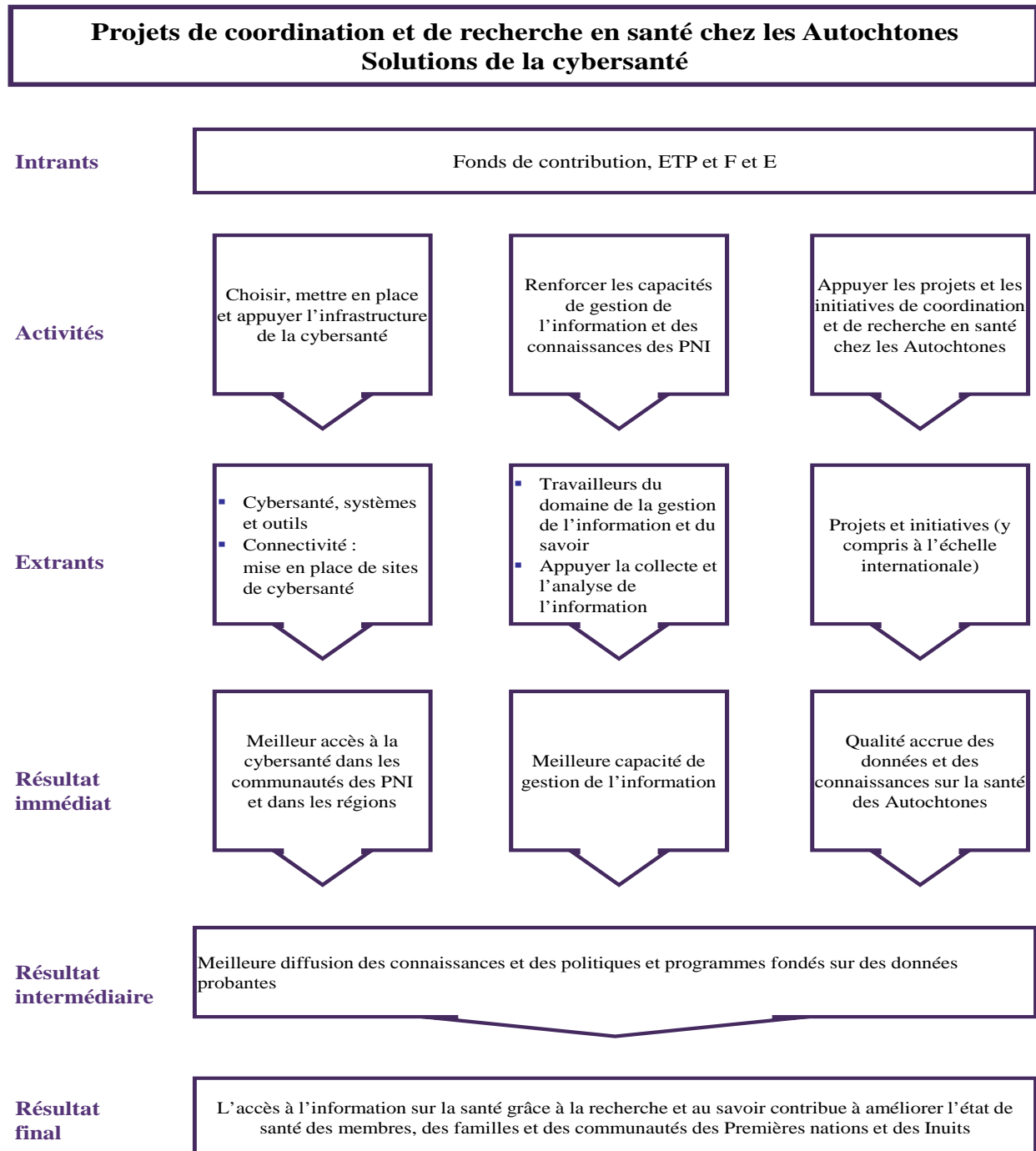
ANNEXE A — PLANIFICATION ET GESTION EN SANTÉ – MODÈLE LOGIQUE



ANNEXE B — CONSULTATION ET LIAISON EN MATIÈRE DE SANTÉ – MODÈLE LOGIQUE



ANNEXE C — PROJETS DE COORDINATION ET DE RECHERCHE EN SANTÉ CHEZ LES AUTOCHTONES — MODÈLE LOGIQUE



ANNEXE D — BIBLIOGRAPHIE

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE. « Local Control over Aboriginal Health Care Improves Outcome, Study Indicates », *Journal de l'Association médicale canadienne = Canadian Medical Association Journal*, vol. 181(11), 2009, p. e249-250.

BANQUE MONDIALE. *Decentralization: Health*, 2011, site Web de la Banque mondiale.

BOSSERT, Thomas. « Analysing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries in Developing Countries: Decision, Space, Innovation and Performance », *Social Science and Medicine*, vol. 47(10), 1998, p. 1513-1527.

CARRIÈRE, Gisèle, Rochelle GARNER, Claudia SANMARTIN, et l'équipe de recherche de l'Initiative sur le DLAS. *Hospitalisations dans des hôpitaux de soins de courte durée et identité autochtone au Canada, 2001-2002*, Ottawa, Statistique Canada, 2011.

HUTCHINSON, Paul L., et Anne K. LAFOND. « Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors », U.S. Agency for International Development, 2004.

LAVOIE, Josée, Evelyn L. FORGET, Matt DAHL, Patricia MARTENS, John O'NEIL. « Is it Worthwhile to Invest in Home Care? », « Vaut-il la peine d'investir dans les soins à domicile? », *Politiques de santé = Healthcare Policy*, vol. 6(4), 2011, p. 35-48.

LAVOIE, Josée, Evelyn L. FORGET, Matt DAHL, Patricia MARTENS, John O'NEIL. *Is Community Control Over Health Services Good for First Nations' Health?*, Assembly of First Nations Manitoba Chiefs Task Force, 2011.

LAVOIE, Josée, Amohia BOULTON, et Judith DWYER. « Analysing Contractual Environments: Lessons Learned from Indigenous Health in Canada, Australia and New Zealand », *Public Administration*, vol. 88(3), 2010a, p. 665-679.

LAVOIE, Josée, Evelyn L. FORGET, et Annette J. BROWNE. « Caught in the Crossroad: First Nations, Health Care, and the Legacy of the Indian Act », *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, vol. 8(1), 2010b, p. 83-100.

LAVOIE, Josée, Evelyn L. FORGET, Tara PAKASH, Matt DAHL, Patricia MARTENS, John D. O'NEIL. « Have Investments in On-Reserve Health Services and Initiatives promoting Community Control Improved First Nations' Health in Manitoba? », *Social Science and Medicine*, vol. 71, 2010c, p. 717-724.

LAVOIE, Josée, Evelyn L. FORGET, John D. O'NEIL. « Why Equity in Financing First Nations On-Reserve Health Services Matters: Findings from the 2005 National Evaluation of the Health Transfer Policy », « Pourquoi l'équité dans le financement des services de santé dans les réserves des Premières nations est importante : constatations de l'évaluation nationale de 2005 de la Politique de transfert des services de santé », *Politiques de santé = Healthcare Policy*, vol. 2(4), 2007, p. 80-96.

MILLS, Anne, J. Patrick VAUGHN, Duane L. SMITH, Iraj TABIBZADEH. *La décentralisation des systèmes de santé : concepts, problèmes et expérience de quelques pays*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1991.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Comblar le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, OMS, 2008.

PUTNAM, R. D. *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton, Princeton University Press, 1993.

SALTMAN, Richard B., Vaida BANKAUSKAITE, Carsten VRANGBAEK (éditeurs). *Decentralization in Health Care: Strategies and Outcomes*, European Observatory on Health Care, 2007.

SCHWARTZ, J. Brad, David K. GUILKEY, et Rachel RACELIS. *Decentralization, Allocative Efficiency and Health Service Outcomes in the Philippines*, Carolina Population Center, University of North Carolina, Chapel Hill, 2002.

SMITH, BC. « The decentralization of health care in developing countries: Organizational options », *Public Administration and Development*, vol. 17, 1997, p. 399-412.

SMITH, Ross, et Josée LAVOIE. « First Nations Health Networks: A Collaborative System Approach to Health Transfer », « Réseaux santé des Premières nations : approche collaborative pour le transfert des services de santé », *Politiques de santé = Healthcare Policy*, vol. 4(2), 2008, p. 101-112.

WAMAI, Richard G. *Reforming health systems: the role of NGOs in Decentralization – lessons from Kenya and Ethiopia*, 2009.