



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

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

Évaluation du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers des Premières Nations de 2008-2009 à 2011-2012

Préparé par
Direction générale de l'évaluation
Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada

Juin 2013

Liste d'acronymes

DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
IA	Infirmière autorisée ou infirmier autorisé
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée ou infirmier auxiliaire autorisé
IP	Infirmière praticienne ou infirmier praticien
PNSISI	Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers
TI	Technologie de l'information
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse de la direction	vii
1.0 Objet de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme.....	1
2.2 Profil du programme.....	1
2.3 Modèle logique du programme et description	2
2.4 Harmonisation des programmes et ressources	3
3. Description de l'évaluation	4
3.1 Portée de l'évaluation	4
3.2 Questions relatives à l'évaluation	4
3.3 Méthode d'évaluation	5
3.4 Conception de l'évaluation	5
3.5 Méthodes de collecte et d'analyse des données	5
3.6 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation	6
4.0 Constatations.....	7
4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 — Nécessité du PNSISI	7
4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 — Harmonisation avec les priorités du gouvernement	10
4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 — Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.....	11
4.4 Rendement : Enjeu n° 4 — Réalisation des résultats immédiats (efficacité).....	13
4.5 Enjeu n° 5 — Évaluation de l'économie et de l'efficacité	21
5.0 Conclusions.....	26
5.1 Conclusions sur la pertinence	26
Question fondamentale n° 1 : Nécessité du PNSISI	26
5.2 Conclusions sur le rendement	27
6.0 Incidence	28
7.0 Leçons tirées	28
Annexe 1 : Précisions sur les méthodes de collecte et d'analyse des données.....	30

Liste des tableaux et de la figure

Tableau 1 — Tableau sommaire des constatations, des conclusions et de l'incidence de l'évaluation
Tableau 2 — Modèle logique du PNSISI
Tableau 3 — Questions fondamentales et questions spécifiques liées à l'évaluation
Figure 1 — Dépenses annuelles du PNSISI

Sommaire

Objectif, portée et conception de l'évaluation

L'évaluation du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) faisait partie du Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada afin que le Ministère puisse remplir ses obligations en matière de production de rapports dans le cadre du *Renouvellement des autorisations (2011)* de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et obtenir un aperçu des réalisations des projets pilotes financés grâce à ce programme.

L'évaluation couvrait la période de 2008-2009 à 2011-2012, avant la fin du PNSISI, soit le 31 mars 2013. Elle visait à déterminer la pertinence et le rendement du PNSISI.

De façon particulière, l'évaluation a porté sur le succès des projets pilotes et les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats immédiats suivants : l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires, le renforcement des capacités du personnel des soins primaires, l'amélioration de l'accès à la formation en soins infirmiers primaires, l'amélioration de la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et l'ensemble des intervenants, ainsi que l'utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour orienter la prestation de services de soins primaires de qualité. En raison du financement à durée limitée des projets pilotes mis en œuvre, la présente évaluation a porté essentiellement sur l'atteinte des résultats immédiats.

Description du programme

La prestation des soins primaires repose essentiellement sur le personnel infirmier. Les facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques, par exemple, l'isolement professionnel et l'adaptation à une approche en soins de santé qui valorise le respect des valeurs culturelles, augmentent la complexité des soins primaires, particulièrement dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Les infirmières et infirmiers jouent un rôle crucial dans la prestation des services de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Étant souvent le premier et le seul point de contact, les infirmières et infirmiers doivent recourir à des approches innovatrices et faire preuve d'adaptabilité au sein de leur organisme réglementé pour gérer les besoins sans cesse changeants, y compris l'utilisation des technologies médicales et de l'infrastructure en évolution.

Le gouvernement fédéral s'est donc engagé à financer sur une période de cinq ans (2008-2013) des projets pilotes touchant des pratiques et des approches innovatrices dans le cadre du PNSISI. Le PNSISI a utilisé une stratégie de financement fondée sur des propositions pour financer des projets pilotes sur une période limitée de cinq ans. Des propositions ont été acceptées dans quatre volets d'innovation, chacun portant sur des aspects différents de la prestation de services de soins primaires : Volet 1 — Équipes de soins en collaboration; Volet 2 — Intégration des soins infirmiers et de la technologie; Volet 3 — Nouvelles heures d'ouverture; Volet 4 — Stratégie nationale de formation.

L'administration centrale de Santé Canada dans la région de la capitale nationale était responsable en dernier ressort du programme, en partenariat avec les bureaux régionaux de la DGSPNI. La haute direction et le personnel des programmes de la DGSPNI ont assuré la gestion et la coordination du programme. Les bureaux régionaux de Santé Canada, qui ont aidé à la mise en œuvre des projets pilotes, comptaient des directeurs régionaux, des directeurs et des agents régionaux des soins infirmiers, des infirmières et infirmiers éducateurs, du personnel infirmier, des gestionnaires et des chefs de projet et le personnel des projets.

Les partenaires comptaient des bandes des Premières Nations et des conseils tribaux de communautés éloignées et isolées, qui ont été chargés de mettre en œuvre certains projets pilotes du PNSISI dans leurs communautés.

Conclusions et incidence de l'évaluation

CONCLUSIONS : PERTINENCE

Nécessité du PNSISI

Le PNSISI a été adéquatement conçu pour relever des défis précis cernés dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, par l'utilisation de l'innovation dans la prestation de services de soins primaires. La prestation de ces services nécessite le recours constant à des approches innovatrices.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PNSISI cadrerait avec les priorités du gouvernement et les résultats stratégiques du Ministère. Même si le PNSISI s'est terminé le 31 mars 2013, le gouvernement fédéral continue de considérer la prestation de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations comme une priorité.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

Le PNSISI était conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral visant à améliorer la santé des Premières Nations en recourant à des pratiques et à des approches innovatrices dans la prestation de services de soins primaires.

CONCLUSIONS : RENDEMENT

Atteinte des résultats

Le PNSISI a permis de faire des progrès vers l'atteinte de résultats immédiats. Les pratiques et approches innovatrices en matière de soins primaires adoptées dans le cadre de nombreux projets pilotes, combinées aux leçons tirées de cette initiative, pourraient être intégrées dans les futurs modèles de prestation de services de soins primaires.

Économie et efficacité

De nombreux projets pilotes ont fourni des exemples de façons d'influer sur l'efficacité de la prestation de services de soins primaires qui peuvent être pris en considération dans les futurs modèles de prestation de soins primaires. L'amélioration des données sur la mesure du rendement global permettrait de mieux appuyer les exigences en matière de production de rapports et la réalisation des futures évaluations de la prestation de services de soins primaires.

Incidence

Aucune recommandation officielle n'a été proposée pour cette évaluation, étant donné que le PNSISI a pris fin le 31 mars 2013. Cependant, d'après les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, certaines leçons tirées des projets pilotes sur l'innovation devront être prises en compte pour les activités courantes de prestation de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Leçons tirées

Tel qu'il est indiqué ci-dessous, les leçons tirées peuvent être classées en deux thèmes et comprennent certaines façons de mettre en œuvre des pratiques et des approches innovatrices qui pourraient améliorer la prestation future de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Leçons tirées de projets particuliers

- Mettre en œuvre des stratégies de partenariat avec des intervenants d'autres administrations afin de promouvoir la durabilité d'une innovation réussie grâce à la participation et au soutien à long terme des communautés ou des provinces.
- Améliorer les partenariats avec les administrations dans la prestation des services de santé en adoptant des approches axées sur la collaboration à l'égard de la prestation de services de soins primaires (p. ex. télérobotique).
- S'assurer de disposer de suffisamment de temps et d'expertise pour faciliter l'élaboration et le financement de projets en temps opportun; déterminer les compétences appropriées pour la mise en œuvre des projets (p. ex. compétences technologiques); veiller à ce que la surveillance et la mesure du rendement soient faites de façon appropriée et uniforme dans l'ensemble des projets.
- Élaborer des stratégies permettant de gérer les attentes croissantes des communautés pour obtenir d'autres services de santé.

Leçons tirées de la prestation de services de soins primaires

- Reconnaître et relever les défis continuels que présentent la formation continue et le perfectionnement professionnel des infirmières et infirmiers et qui influent sur le recrutement et le maintien en poste (c.-à-d. augmenter les ressources en ligne et d'autres ressources électroniques qui améliorent l'accès des infirmières et infirmiers des communautés éloignées ou isolées à des possibilités de formation à distance).
- Offrir d'autres façons de soutenir la formation (p. ex. documents imprimés et cours sur CD) dans les communautés isolées où le service Internet haute vitesse n'est pas offert.
- Élaborer des descriptions de travail claires pour les postes récemment créés.

- Améliorer l'approche fondée sur des équipes de soins en collaboration (c.-à-d. régler les problèmes touchant la résistance au changement, le chevauchement des efforts et la capacité de travail des équipes de soins; renforcer la capacité des communautés et des équipes à appuyer le processus de changement; clarifier et expliquer les rôles des nouvelles équipes et la répartition de la charge de travail associée aux clients entre les membres de l'équipe).

Tableau 1 : Tableau sommaire des constatations, des conclusions et de l'incidence de l'évaluation

Élément d'évaluation		Constatations	Conclusions	Incidence
Pertinence	Nécessité du PNSISI	Le PNSISI était nécessaire pour trouver des façons innovatrices d'assurer la prestation des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, notamment relever les défis de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux.	<p>Pertinence du programme</p> <p>Nécessité de poursuivre le programme</p> <p>1. Le PNSISI a été adéquatement conçu pour relever des défis précis cernés dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, par l'utilisation de l'innovation dans la prestation des services de soins primaires. La prestation de ces services nécessite le recours constant à des approches innovatrices.</p>	Aucune recommandation officielle n'a été proposée pour cette évaluation, étant donné que le PNSISI a pris fin le 31 mars 2013. Cependant, d'après les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, certaines leçons tirées des projets pilotes sur l'innovation devront être prises en compte pour les activités courantes de prestation des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.
	Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Le PNSISI cadrait avec les priorités stratégiques du gouvernement fédéral et des provinces, particulièrement en ce qui concerne l'accent mis sur l'innovation dans la prestation des soins de santé primaires, la collaboration entre les équipes de santé et l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires. Il cadrait également avec la priorité visant à s'assurer que les communautés éloignées et isolées des Premières Nations reçoivent des services et des prestations de santé qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé.	<p>Priorités du gouvernement</p> <p>2. Le PNSISI cadrait avec les priorités du gouvernement et les résultats stratégiques du Ministère. Même si le PNSISI a pris fin le 31 mars 2013, le gouvernement fédéral continue de considérer la prestation de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations comme une priorité.</p>	
	Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Les projets pilotes du PNSISI étaient conformes aux rôles et aux responsabilités de Santé Canada en vue d'améliorer le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier, permettant de régler les problèmes liés au soutien de l'infrastructure de santé. Le PNSISI cadrait aussi étroitement avec les rôles et responsabilités du Ministère afin d'appuyer les mesures prises pour remédier aux inégalités sur le plan de la santé qui touchent les communautés des Premières Nations.	<p>Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral</p> <p>3. Le PNSISI était conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral visant à améliorer la santé des Premières Nations en recourant à des pratiques et à des approches innovatrices dans la prestation des services de soins primaires.</p>	

Élément d'évaluation		Constatations	Conclusions	Incidence
Rendement	Atteinte des résultats escomptés	<p>Bien qu'il n'existe pas de systèmes normalisés de production de rapports pour aider à évaluer les progrès réalisés en vue de l'atteinte des résultats, l'évaluation a permis de recenser des projets pilotes novateurs témoignant de progrès qui favorisent la collaboration entre les équipes, l'intégration des soins infirmiers et de la technologie, et l'amélioration de l'accès à la formation continue et au perfectionnement professionnel des infirmières et infirmiers. Globalement, ces succès montrent une progression vers l'atteinte des résultats immédiats escomptés.</p> <p>Autres constatations relatives aux résultats</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Certains projets financés dans le cadre du PNSISI ont renforcé l'accès des Premières Nations aux services de soins primaires dans des communautés pilotes. 2. Dans l'ensemble, les projets visant à renforcer les capacités du personnel de soins primaires avaient atteint leurs objectifs. 3. Le PNSISI a contribué à améliorer, pour les infirmières et infirmiers praticiens des communautés éloignées et isolées, l'accès à des programmes de formation en soins infirmiers relatifs aux soins primaires. 	<p>Rendement du programme</p> <p>Atteinte des résultats escomptés</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Le PNSISI a permis de faire des progrès en vue de l'atteinte des résultats immédiats. Les pratiques et approches innovatrices en matière de soins primaires adoptées dans le cadre de nombreux projets pilotes, combinées aux leçons tirées de cette initiative, pourraient être intégrées dans les futurs modèles de prestation des services de soins primaires. 	
		<ol style="list-style-type: none"> 5. Le PNSISI a contribué à renforcer la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et les intervenants, mais peu de partenariats officiels sont issus des projets pilotes. 6. L'information fondée sur des données probantes n'a été utilisée que pour l'élaboration de quelques propositions de projets pilotes du PNSISI, mais de nombreux projets ont tenté de recueillir et d'analyser les données. 		
	Preuve de l'efficacité et de l'économie	<p>En dépit de la sous-utilisation des fonds alloués au PNSISI, de nombreux projets pilotes ont fait état de gains d'efficacité pour la prestation de programmes visant à fournir des services de soins primaires.</p>	<p>Efficacité et économie</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. De nombreux projets pilotes ont donné des exemples de façons d'influer sur l'efficacité de la prestation des services de soins primaires qui peuvent être pris en considération dans les futurs modèles de prestation de soins primaires. L'amélioration des données sur la mesure du rendement global permettrait de mieux appuyer les exigences en matière de production de rapports et la réalisation des futures évaluations de la prestation des services de soins primaires. 	

RÉPONSE DE LA DIRECTION

ÉVALUATION du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) des Premières Nations

Aucune recommandation officielle n'a été proposée pour cette évaluation, étant donné que le PNSISI s'est terminé le 31 mars 2013. Cependant, d'après les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, certaines leçons tirées des projets pilotes sur l'innovation devront être prises en compte pour la prestation continue des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Conclusions	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires ou mesures
<p>Nécessité de poursuivre le programme Le PNSISI a été adéquatement conçu pour relever des défis précis cernés dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, par l'utilisation de l'innovation dans la prestation des services de soins primaires. La prestation de ces services nécessite le recours constant à des approches innovatrices.</p> <p>Priorités du gouvernement Le PNSISI cadrait avec les priorités du gouvernement et les résultats stratégiques du Ministère. Même si le PNSISI a pris fin le 31 mars 2013, le gouvernement fédéral continue de considérer la prestation des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations comme une priorité.</p> <p>Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral Le PNSISI était conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral visant à améliorer la santé des Premières Nations en recourant à des pratiques et à des approches innovatrices dans la prestation des services de soins primaires.</p> <p>Atteinte des résultats escomptés Le PNSISI a permis de faire des progrès en vue d'atteindre les résultats immédiats. Les pratiques et approches innovatrices en matière de soins primaires adoptées dans le cadre de nombreux projets pilotes, combinées aux leçons tirées de cette initiative, pourraient être intégrées dans les futurs modèles de prestation de services de soins primaires.</p> <p>Efficacité et économie De nombreux projets pilotes ont donné des exemples de façons d'influer sur l'efficacité de la prestation des services de soins primaires qui peuvent être pris en considération dans les futurs modèles de prestation des soins primaires. L'amélioration des données sur la mesure du rendement global permettrait de mieux appuyer les exigences en matière de production de rapports et la réalisation des futures évaluations de la prestation des services de soins primaires.</p>	<p>La direction est d'accord avec les conclusions de cette évaluation étant donné que les fonds ont contribué à la mise à l'essai de nouveaux modèles de prestation des services de soins primaires ainsi qu'au renforcement de la collaboration et des partenariats dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Les leçons tirées de cette évaluation aideront à réaliser l'objectif général qui consiste à améliorer dans l'avenir l'accessibilité et la qualité des soins primaires par l'entremise du <i>Programme de soins cliniques et pour le client</i>.</p> <p>Le fonds d'innovation en soins infirmiers a donné naissance à de nombreux projets pilotes intéressants qui ont entraîné des améliorations sur le plan de la prestation de services de soins primaires dans les communautés des Premières Nations et ont indiqué un certain nombre de gains d'efficacité. La DGSPNI s'est engagée à poursuivre la mise en œuvre d'un grand nombre de ces nouvelles pratiques afin d'améliorer la prestation des services de soins primaires, notamment la mise en place d'équipes interdisciplinaires de soins en collaboration; l'adoption de nouvelles technologies; des approches axées sur la formation en ligne et l'adoption d'horaires souples pour les infirmières et infirmiers.</p> <p>La DGSPNI appliquera les nombreuses leçons tirées de ces projets pilotes afin d'éclairer les initiatives futures, notamment les stratégies de recrutement et de maintien en poste, et s'efforcera également de tirer parti de ces nouvelles données.</p>	<p>Le PNSISI a contribué à de nombreuses initiatives stratégiques, par exemple, le <i>Modèle de prestation de services de santé (MPSS)</i>, approuvé par la Direction générale en 2012 qui vise à mettre au point des approches plus efficaces pour offrir des services de soins cliniques centrés le client dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, dans le cadre d'une approche multivolets s'étalant sur 3 à 5 ans.</p> <p>Les activités de mise en œuvre et de transformation du projet MPSS sont menées en collaboration avec les régions afin de mieux répondre aux besoins changeants des communautés des Premières Nations.</p>

1.0 OBJET DE L'ÉVALUATION

L'évaluation du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) faisait partie du Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada afin que le Ministère puisse remplir ses obligations en matière de production de rapports dans le cadre du *Renouvellement des autorisations (2011)* de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et obtenir un aperçu des réalisations des projets pilotes financés grâce à ce programme.

L'évaluation couvrait la période de 2008-2009 à 2011-2012, avant la fin du PNSISI, soit le 31 mars 2013. Elle visait à déterminer la pertinence et le rendement du PNSISI.

2.0 DESCRIPTION DU PROGRAMME

2.1 Contexte du programme

La prestation des soins primaires repose essentiellement sur le personnel infirmier. Les facteurs socioéconomiques, démographiques et géographiques, par exemple, l'isolement professionnel et l'adaptation à une approche en soins de santé qui valorise le respect des valeurs culturelles, augmentent la complexité des soins primaires, particulièrement dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Les infirmières et infirmiers jouent un rôle crucial dans la prestation des services de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Étant souvent le premier et le seul point de contact, les infirmières et infirmiers doivent recourir à des approches innovatrices et faire preuve d'adaptabilité au sein de leur organisme réglementé pour gérer les besoins sans cesse changeants, y compris l'utilisation des technologies médicales et de l'infrastructure en évolution. Le gouvernement fédéral s'est donc engagé à financer sur une période de cinq ans (2008-2013) des projets pilotes touchant des pratiques et des approches innovatrices dans le cadre du PNSISI.

2.2 Profil du programme

Le PNSISI a été lancé pour étudier de nouvelles pratiques et approches (innovations) capables d'améliorer les services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Le programme était assorti d'un financement annuel non permanent, s'échelonnant sur cinq ans, qui permettait de mettre à l'essai ces innovations.

Des propositions de financement de projet pilote du PNSISI ont été acceptées dans quatre volets, chacun portant sur des aspects différents de l'innovation en soins infirmiers, soit :

- Volet 1 – Équipes de soins en collaboration : Ce volet comportait des projets intégrant pour la première fois de nouveaux fournisseurs de soins de santé aux équipes de soins infirmiers

existantes. Il comprenait aussi l'intégration de nouveaux effectifs en soins infirmiers, par exemple, des infirmières et infirmiers praticiens, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et des infirmières et infirmiers en santé mentale. Ce volet comprenait également l'ajout de professionnels paramédicaux, tels que des techniciens en radiologie, des commis de pharmacie et des sages-femmes.

- Volet 2 – Intégration des soins infirmiers et de la technologie : Ce volet portait sur l'intégration de certaines technologies à la prestation des soins de santé, notamment la télésanté, les appareils mobiles, des outils en ligne (p. ex. de sites Web didactiques), des applications logicielles et des systèmes de gestion des ordonnances et des inventaires des pharmacies.
- Volet 3 – Nouvelles heures d'ouverture : Ce volet comportait la prolongation des heures d'activité dans certains postes de soins infirmiers afin d'améliorer l'accès aux cliniques sans rendez-vous.
- Volet 4 – Stratégie nationale de formation : Ce volet comportait des projets pilotes en matière de formation en soins infirmiers ainsi que des activités régionales de formation en soins infirmiers qui offraient aux infirmières et infirmiers un plus grand accès à la formation continue et au perfectionnement professionnel.

De nombreux intervenants étaient associés au PNSISI. L'administration centrale de Santé Canada dans la région de la capitale nationale était responsable en dernier ressort du programme, en partenariat avec les bureaux régionaux de la DGSPNI. La haute direction et le personnel des programmes de la DGSPNI ont assuré la gestion et la coordination du programme. Les bureaux régionaux de Santé Canada, qui ont aidé à la mise en œuvre des projets pilotes, comptaient des directeurs régionaux, des directeurs et des agents régionaux des soins infirmiers, des infirmières et infirmiers éducateurs, du personnel infirmier, des gestionnaires et des chefs de projet, et le personnel des projets.

Les partenaires comptaient des bandes des Premières Nations et des conseils tribaux de communautés éloignées et isolées qui ont été chargés de mettre en œuvre certains projets pilotes du PNSISI dans leurs communautés. Du personnel expressément affecté pouvait aussi travailler avec Santé Canada sur certains projets pilotes.

2.3 Modèle logique du programme et description

Le modèle logique du programme, présenté à la page suivante, décrit la chaîne des résultats du PNSISI. L'objectif général du PNSISI consistait à « promouvoir des innovations et des partenariats en prestation de soins de santé afin de mieux répondre aux besoins en soins primaires », le groupe cible étant les Premières Nations vivant dans les communautés éloignées et isolées. Le modèle logique comportait cinq thèmes principaux : prestation de services; renforcement des capacités; engagement et collaboration des intervenants; surveillance, recherche et collecte de données; élaboration de politiques et partage des connaissances. Chaque thème principal était relié à divers extrants qui visaient à mener, à leur tour, à des résultats immédiats, intermédiaires et à long terme, tel qu'il est indiqué au tableau 2 (ci-dessous).

Tableau 2 : Modèle logique du PNSISI

Objectif	Promouvoir des innovations et des partenariats dans la prestation des services de soins de santé				
Groupe cible	Membres des Premières Nations dans les réserves et les communautés éloignées et isolées des Premières Nations				
Thème	Prestation des services	Renforcement des capacités	Engagement et collaboration des intervenants	Surveillance, recherche et collecte des données	Élaboration de politiques et partage des connaissances
Extrants	Nouveaux modèles et approches en matière de services de soins primaires ayant été mis à l'essai	Programme d'éducation et activités de formation en soins infirmiers ayant été offerts et menés à terme	Équipes de soins primaires en collaboration ayant été mises sur pied	Processus de gestion du changement ayant été mis en place	Analyses et recommandations visant à éclairer les pratiques innovatrices en prestation de services de soins primaires dans les communautés des Premières Nations ayant été présentées
Portée	Membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés éloignées et isolées des Premières Nations	Personnel des services infirmiers de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations : IP, IA, IAA.	Fournisseurs internes de soins primaires : IA, IAA, techniciens en pharmacie, en laboratoire ou en radiologie, paramédicaux Fournisseurs externes de services de soins primaires	Intervenants et partenaires internes, intervenants et partenaires externes, y compris les organisations des communautés éloignées et isolées des Premières Nations	Intervenants et partenaires internes
Résultats immédiats	Meilleur accès aux services de soins primaires	Renforcement des capacités (connaissances, compétences et habiletés) du personnel de soins primaires Meilleur accès aux études en soins infirmiers primaires en vue d'exercer dans les régions éloignées et isolées	Meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et l'ensemble des intervenants	Utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour éclairer la prestation des services de soins primaires de qualité	
Résultats intermédiaires	Meilleure qualité des services de soins primaires utilisés		Meilleures intégration et coordination des programmes, des services et des technologies de soins primaires	Mise en œuvre d'un programme continu d'amélioration de la qualité en matière de prestation des services de soins primaires	
Résultats à long terme	Services de soins primaires durables qui répondent aux besoins des communautés des Premières Nations				

2.4 Harmonisation des programmes et ressources

Le PNSISI contribue à la réalisation du résultat stratégique n° 3 : Les communautés (inuites¹) et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé. Dans l'architecture d'alignement des programmes du Ministère, la sous-sous-activité Innovation en soins infirmiers correspond à l'activité de programme n° 3.3 : Soutien à l'infrastructure de santé destinée aux Premières Nations et aux Inuits ainsi qu'à la sous-sous-activité Transformation du système de santé. Le PNSISI avait approuvé l'allocation d'environ 22 millions de dollars pour la période de 2008-2009 à 2011-2012 pour financer des projets pilotes.

¹ Le PNSISI a porté principalement sur les communautés éloignées et isolées des Premières Nations et n'incluait pas les communautés inuites.

3. DESCRIPTION DE L'ÉVALUATION

3.1 Portée de l'évaluation

L'évaluation a couvert la période de 2008-2009 à 2011-2012 et incluait l'ensemble des 52 projets pilotes du PNSISI. En raison du court délai accordé pour la mise en œuvre des projets financés (c.-à-d. 1 ou 2 ans en moyenne), l'évaluation a porté essentiellement sur l'atteinte des résultats immédiats.

3.2 Questions relatives à l'évaluation

L'évaluation tient compte des cinq questions fondamentales énoncées dans la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor de 2009, sous les aspects de la pertinence et du rendement. Des questions spécifiques ont été élaborées en fonction de considérations liées au programme, puis utilisées pour guider le processus d'évaluation. Le tableau 3 ci-dessous présente les enjeux et les questions qui ont été traitées dans le cadre de l'évaluation.

Table 3 : Enjeux et questions fondamentaux liées à l'évaluation

Enjeu fondamental	Questions relatives à l'évaluation
Pertinence N° 1 : Nécessité du programme	1.1 : Le programme répond-il à un besoin démontrable? 1.2 : Le programme répond-il aux besoins des communautés éloignées et isolées des Premières Nations?
N° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	2.1 : Le programme cadre-t-il avec les priorités du gouvernement fédéral? 2.2 : Le programme cadre-t-il avec les priorités et résultats stratégiques du Ministère?
N° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	3.1 : Le programme est-il conforme aux rôles et aux responsabilités du Ministère? 3.2 : Aux yeux des principaux intervenants, les activités du programme sont-elles pertinentes et cadrent-elles avec les rôles et responsabilités du Ministère? 3.3 : Les activités du programme sont-elles harmonisées avec le rôle en matière de compétences, établi par mandat ou prescrit par la loi du Ministère?
Rendement N° 4 : Atteinte des résultats escomptés	4.1 : Le programme a-t-il permis d'atteindre les résultats immédiats?
N° 5 : Preuve de l'efficacité et de l'économie	5.1 : Le programme a-t-il montré que les ressources ont été bien utilisées relativement aux résultats et aux progrès réalisés en vue d'atteindre les résultats escomptés?

3.3 Méthode d'évaluation

Dans le cadre de l'évaluation, une approche axée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès accomplis en vue d'atteindre les résultats immédiats. L'approche était fondée sur la collaboration entre les principaux intervenants internes et externes pour l'élaboration du cadre d'évaluation, le déroulement de l'évaluation, l'examen des données techniques ainsi que l'analyse du rapport d'évaluation et de la réponse de la direction.

3.4 Conception de l'évaluation

Un modèle rétrospectif non expérimental a été utilisé dans le cadre de cette évaluation. L'évaluation était non expérimentale parce que les données probantes sur les progrès accomplis en vue de l'atteinte des résultats escomptés étaient de nature observationnelle. De plus, il a fallu recourir à un modèle rétrospectif non seulement parce que les données étaient fondées sur les années déjà écoulées du financement des projets pilotes (de 2008-2009 à 2011-2012), mais aussi parce qu'il n'y avait pas de données de référence.

3.5 Méthodes de collecte et d'analyse des données

L'évaluation comportait quatre méthodes principales de collecte de données : un examen des documents et des données (voir les précisions à l'annexe 1); des entrevues avec des informateurs clés et des groupes de discussion; une brève enquête menée auprès de représentants des Premières Nations (ci-après appelée enquête communautaire); un examen des propositions et des rapports de projet. Un examen des données financières au niveau du programme a été utilisé pour terminer l'analyse de l'affectation et de l'utilisation des ressources. Une liste de ressources additionnelles est fournie à l'annexe 2.

La participation d'intervenants clés à l'évaluation a été réalisée grâce à une série d'entrevues individuelles et en groupe, et à des discussions de groupe menées au téléphone. Les participants des communautés ayant participé aux projets pilotes ont été désignés par le personnel régional qui avait pris part à un sondage téléphonique.

Les données recueillies ont été analysées à l'aide des méthodes suivantes :

- examen systématique des données extraites de documents, création de tableaux sommaires et formulation de conclusions en fonction des données sommaires;
- analyse statistique des données quantitatives et création de graphiques résumant les résultats;
- analyse des données quantitatives issues des entrevues auprès des informateurs clés et des questions soumises aux groupes de discussion, au moyen d'une technique d'analyse thématique selon laquelle les réponses sont examinées systématiquement et les thèmes émergents sont définis et classés;

- comparaison des données provenant de l'examen de documents et des sondages menés auprès des intervenants afin de résumer les données issues de sources disparates et de valider les tendances à même les constatations tirées à la suite de cette évaluation.

3.6 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Les évaluations sont limitées par des difficultés qui peuvent avoir des conséquences sur les constatations. Des stratégies d'atténuation ont donc été utilisées pour s'assurer que les données recueillies permettaient la production d'un rapport d'évaluation fiable comprenant des conclusions et des recommandations reposant sur des données probantes.

Le tableau suivant souligne les limites, leur incidence réelle ou éventuelle sur l'évaluation ainsi que les stratégies d'atténuation utilisées dans le cadre de l'évaluation pour en limiter l'incidence.

Tableau 4 : Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Limites	Difficultés	Stratégie d'atténuation
<p>Données sur le rendement</p> <p>Absences de données cohérentes et normalisées sur le rendement concernant les résultats escomptés dans les rapports des projets pilotes.</p> <p>Peu de données financières disponibles au Ministère</p>	<p>La plupart des renseignements contenus dans les rapports des projets pilotes individuels (semestriels et annuels) ne fournissent que de l'information anecdotique sur les résultats. De plus, bien que la DGSPNI avait fourni un modèle de rapport, l'information était généralement présentée de manière différente par les différents projets pilotes. En outre, peu de projets ont procédé à des évaluations officielles, bien que plusieurs d'entre eux envisagent d'en présenter une après la fin du PNSISI.</p> <p>Le manque de données financières sur l'établissement du coût de revient empêche l'évaluation complète de l'économie et de l'efficacité.</p>	<p>Un examen additionnel des propositions et des rapports de projet a été nécessaire pour déterminer et évaluer la quantité de données sur les résultats et les plans d'évaluation des projets.</p> <p>Une évaluation ciblée de l'affectation et de l'utilisation des ressources a été incluse dans l'évaluation en n'utilisant que des données approuvées fournies par l'agent financier principal de la Direction générale.</p>
<p>Entrevues avec des informateurs clés</p> <p>Difficultés d'avoir accès à des informateurs clés au niveau du projet</p>	<p>Le modèle comprenait 10 entrevues téléphoniques de groupe. Les difficultés rencontrées pour réunir des groupes ont rendu cette approche trop difficile à gérer. Par conséquent, cette méthode n'a pas fourni une gamme et un nombre suffisants d'informateurs clés.</p> <p>L'enquête communautaire n'a pas permis d'atteindre un groupe assez large de répondants qui soit statistiquement significatif.</p>	<p>Des entrevues additionnelles avec des directeurs régionaux et des directeurs de soins infirmiers ont été ajoutées au cours de la phase de collecte de données. Des entrevues de groupe ont été menées avec des infirmières et infirmiers éducateurs régionaux et des membres du comité directeur. D'autres entrevues avec des membres de la haute direction et des directeurs exécutifs ont été menées en personne ou par groupes de deux.</p> <p>En dépit de la petite taille de l'échantillon (N = 37), qui a été choisi intentionnellement, les entrevues et les sondages ont donné un taux de réponse relativement élevé (61 %). L'enquête a permis de recueillir les observations des membres des communautés sur les résultats des projets pilotes.</p>

4.0 CONSTATIONS

4.1 Pertinence : Enjeu n° 1 — Nécessité du PNSISI

Le PNSISI était nécessaire pour trouver des façons innovatrices d'assurer la prestation des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, notamment régler les difficultés de recrutement, de maintien en poste et de formation du personnel infirmier et des professionnels paramédicaux.

Les Premières Nations sont distinctes pour ce qui est des questions de santé (<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-fra.php>). Elles sont aux prises avec des taux plus élevés de certaines maladies aiguës et chroniques que l'ensemble de la population canadienne et, de ce fait, elles présentent des besoins différents de ceux du reste du Canada en matière de prestation de soins de santé.

Besoins en matière de santé et de soins de santé

Selon les données issues de l'examen des documents et des entrevues auprès des informateurs clés, le PNSISI a été conçu pour répondre à un certain nombre de besoins pertinents relatifs à la santé des Premières Nations. Plusieurs études ont mis en évidence les difficultés particulières en matière de santé auxquelles doivent faire face les communautés des Premières Nations. Selon l'examen des documents, le PNSISI a été élaboré en réponse à ces difficultés. Par conséquent, le PNSISI a permis de répondre aux besoins des Premières Nations en matière de santé en offrant des services de santé dans les communautés éloignées au moyen de projets novateurs. Certains informateurs clés ont mentionné plusieurs besoins et difficultés en matière de santé liés à la prestation de services dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations ayant une incidence sur la conception de projets novateurs financés. C'est là une indication que le PNSISI répond aux besoins de ces communautés.

Les membres des Premières Nations vivant dans les réserves se distinguent des autres Canadiens pour ce qui est des questions de santé. Selon Statistique Canada, ils affichent pour certaines maladies des taux plus élevés que l'ensemble de la population canadienne (Statistique Canada, 2007). Les écarts relevés dans les taux de maladie sont souvent liés, à leur tour, à des facteurs socioéconomiques tels que les niveaux de revenu, d'éducation et d'emploi — qui sont tous des déterminants importants lorsqu'il s'agit de santé.

De plus, selon l'Enquête sur la santé dans les communautés canadiennes menée en 2006, 62 % de l'ensemble des Canadiens (incluant les adultes âgés de 15 ans et plus) ont déclaré être en « excellente » ou en « très bonne » santé, alors que seulement 53 % des adultes des Premières Nations vivant hors réserve ont déclaré la même chose (Statistique Canada, 2010). En 2002-2003, 88 % de l'ensemble de la population canadienne a déclaré être en « bonne », en « très bonne » ou en « excellente » santé, alors que seulement 79,7 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves ont déclaré la même chose (Santé Canada, 2009, p. iii). Bon nombre des informateurs clés ont également mentionné des difficultés en matière de santé chez les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, notamment des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète, hypertension, maladies rénales, VIH, tuberculose, etc.), des problèmes de santé mentale ainsi que des problèmes d'accoutumance et de toxicomanie.

Un autre défi de taille lié à la santé des Premières Nations réside dans le fait que la prestation des soins de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations est significativement différente de celle assurée dans le reste du Canada (DGSPNI, 2011; Misener et coll., 2008; Smith, 2010). Non seulement, ces communautés dépendent-elles davantage des infirmières et infirmiers pour la prestation des soins primaires, mais aussi le rôle des infirmières et infirmiers qui travaillent dans ces régions est différent de ceux qui travaillent ailleurs dans les communautés non isolées. De l'avis de certains informateurs clés, souvent les communautés éloignées et isolées des Premières Nations ne bénéficient pas de soins de santé primaires et de soins d'urgence. D'autres facteurs, tels que l'éloignement géographique et la dynamique culturelle, rendent complexe et difficile la pratique des soins infirmiers dans les communautés éloignées. Souvent, ces défis peuvent mener à des taux de roulement élevés et à des pénuries de personnel infirmier. Les études sur les infirmières et infirmiers qui fournissent des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées ont indiqué que ces professionnels doivent acquérir des compétences additionnelles pour pouvoir exercer dans les communautés éloignées et isolées et également recevoir une formation complémentaire qui soit appropriée au contexte de l'exercice de la profession dans ces communautés (DGSPNI, 2011; Misener et coll., 2008; Smith, 2010).

Compte tenu de ces défis, l'examen des documents a confirmé plusieurs besoins auxquels doit répondre le PNSISI, notamment augmenter l'offre de fournisseurs de soins de santé; améliorer l'accès aux soins et renforcer la capacité de fournir des soins dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations; offrir des postes de santé ouverts tous les jours, 24 heures sur 24, afin de permettre l'accès sans rendez-vous après les heures normales de travail; offrir aux infirmières et infirmiers des programmes de formation leur permettant d'acquérir les connaissances et compétences nécessaires pour exercer leur profession dans les communautés éloignées et isolées (ONS, 2010b, p. 10).

Certains informateurs clés ont relevé des besoins précis auxquels, à leur avis, le PNSISI, de par sa conception, devait répondre, notamment améliorer l'accès aux services de soins primaires; renforcer les services de soins primaires ainsi que les moyens de soutien disponibles; donner aux communautés la possibilité d'essayer des approches nouvelles et innovatrices à l'égard de la prestation des services de santé dans le but d'appuyer un nouveau modèle de prestation de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées.

Selon l'examen des documents et les réponses reçues des informateurs clés, on a continuellement besoin d'infirmières et infirmiers et de professionnels paramédicaux qui ont la formation nécessaire pour travailler dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Il est clair que la prestation des soins de santé dans ces communautés, où les infirmières et infirmiers doivent fournir une vaste gamme de services de soins primaires, est très différente de la prestation de soins dans les communautés moins isolées. Cependant, les systèmes de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations doivent faire face à de nombreux défis, par exemple, les taux disproportionnellement élevés de maladies chroniques, de maladies transmissibles et d'abus d'alcool et de drogues (<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-fra.php>). Le personnel des services de santé qui travaille dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations est souvent aux prises avec d'autres types de défis, par exemple, l'éloignement géographique, les pénuries de ressources et l'adoption d'une approche en soins de santé qui valorise le respect des valeurs culturelles.

Capacité de répondre aux besoins des communautés éloignées et isolées des Premières Nations

D'après les résultats des entrevues avec les informateurs clés, le modèle général du PNSISI ainsi que le modèle de certains projets financés par le PNSISI convenait bien pour répondre aux besoins des personnes ciblées par le programme.

Pour ce qui est de la conception générale du programme, certains informateurs clés ont indiqué que les intervenants régionaux se sont intéressés aux toutes premières étapes de l'élaboration du PNSISI, une participation essentielle garantissant que le programme était bien conçu. Quelques-uns d'entre eux ont indiqué que les études consacrées à l'innovation dans la prestation de services de soins primaires ont été consultées. D'autres informateurs clés, surtout les représentants des projets relatifs à la formation, ont indiqué que les activités liées à la formation ont été conçues pour répondre aux besoins des participants en fait de compétences en soins primaires et aux besoins particuliers des travailleurs de la santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations (p. ex. en offrant de la formation à distance ou en ligne en plus ou au lieu de la formation professionnelle pratique sur place). Selon quelques informateurs clés, étant donné que le programme porte sur ces communautés, les projets ont été bien ciblés dans les communautés qui ont le moins accès aux soins primaires. En général, de nombreux informateurs clés ont convenu que le programme était bien conçu pour les besoins en santé qui ont été relevés chez les membres des Premières Nations vivant dans les communautés éloignées et isolées.

Quant à la conception des projets pilotes du PNSISI, certains informateurs clés ont indiqué les façons par lesquelles certains projets ont été conçus et adaptés pour répondre à des besoins cernés des communautés des Premières Nations en matière de services de soins de santé. À titre d'exemples, citons les projets comportant des approches axées sur le transfert de tâches et la pratique en collaboration qui visaient à régler certains problèmes de santé touchant des communautés éloignées et isolées des Premières Nations, tels que le diabète, l'hypertension et les maladies rénales. D'autres projets ont porté sur l'embauche de professionnels de la santé (p. ex. des infirmières et infirmiers en santé mentale et des infirmières et infirmiers spécialisés en diabète) requis dans certaines communautés.

De façon générale, les informateurs clés étaient convaincus de la pertinence de la conception du programme; toutefois, certains ont relevé des problèmes de mise en œuvre qui ont pu influencer sur la capacité du PNSISI d'atteindre certains objectifs et de répondre à certains besoins recensés. De l'avis de quelques répondants, certains projets n'étaient pas innovateurs; cependant, ce point de vue ne tient pas nécessairement compte des disparités régionales selon lesquelles une pratique normale dans une région peut être considérée comme innovatrice dans une autre. D'autres informateurs clés ont mentionné des défis liés au versement en temps opportun des fonds aux régions, à la non-viabilité du projet et au court délai accordé pour la conception du programme ainsi que pour l'élaboration et la mise en œuvre du processus de financement des projets, autant de facteurs qui ont rendu difficiles le déroulement et la réalisation de projets innovateurs durables.

Le PNSISI a été conçu surtout pour répondre aux besoins réels des communautés éloignées et isolées des Premières Nations en ce qui concerne les défis liés à la prestation des soins de santé et aux ressources. L'examen des documents a montré que le PNSISI a été conçu pour relever des défis précis cernés dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. La plupart des informateurs clés ont également convenu que la conception du PNSISI a tenu compte des constatations tirées des études et que des intervenants pertinents ont été consultés au tout début du processus de conception. Plusieurs informateurs ont également mentionné les consultations qui se sont déroulées pendant l'élaboration des différents projets pilotes. De façon générale, ces facteurs ont appuyé la pertinence du PNSISI.

4.2 Pertinence : Enjeu n° 2 — Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PNSISI était conforme aux priorités stratégiques du Ministère et du gouvernement fédéral, particulièrement pour ce qui est de l'accent mis sur l'innovation dans la prestation des soins de santé primaires, la création d'équipes de soins en collaboration et l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires. Il était également conforme à la priorité visant à s'assurer que les communautés éloignées et isolées des Premières Nations reçoivent des services de santé et de prestation qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement fédéral

Selon l'examen des documents, le gouvernement fédéral envisageait d'utiliser le PNSISI pour faciliter l'harmonisation des systèmes de soins de santé des Premières Nations avec ceux des provinces. L'idée première est que l'investissement dans l'innovation dans les soins de santé mènerait à un changement structurel à long terme. Certains informateurs clés ont analysé des projets pilotes menés en partenariat avec les administrations sanitaires régionales, mais les entrevues n'ont pas permis de dégager clairement les résultats atteints au terme de ces efforts.

Bien qu'il n'y ait aucune mention spécifique du PNSISI dans le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de 2012-2013, ce dernier document décrit la façon dont Santé Canada entend

aborder ses résultats stratégiques et les priorités connexes pour ce qui est des programmes liés à la santé des Premières Nations dans le but d'améliorer les résultats à cet égard (Santé Canada, 2012a, pp. 38–39, 42). Selon, le Rapport sur les plans et les priorités de 2012-2013, le gouvernement fédéral continuera de considérer comme des priorités l'amélioration du système de soins de santé, la lutte contre les inégalités en matière de santé qui touchent les Premières Nations, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et la création d'équipes de soins en collaboration, qui sont tous des aspects centraux du PNSISI.

L'examen des documents montre clairement que le gouvernement fédéral considère la prestation des services des soins de santé dans les communautés éloignées comme une priorité et continue d'appuyer une panoplie de programmes connexes, notamment la prestation continue de services de soins primaires, et ce, même si le financement des projets pilotes liés à l'innovation a pris fin en mars 2013.

Conformité aux résultats et priorités stratégiques du Ministère

Selon l'examen des documents et les entrevues avec les informateurs clés, le PNSISI était harmonisé avec les résultats stratégiques de Santé Canada et le mandat de la DGSPNI.

En ce qui concerne les résultats stratégiques de Santé Canada, les documents et les informateurs clés ont indiqué que le PNSISI correspondait étroitement au résultat stratégique n° 3 : Les communautés des Premières Nations et leurs membres reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé (Santé Canada, 2012a, p. 37). Ce résultat stratégique vise à améliorer l'accès aux services de soins de santé des communautés des Premières Nations et aussi à combler l'écart entre l'état de santé des membres des Premières Nations et celui des autres Canadiens.

Selon l'examen des documents, le PNSISI cadrerait également avec le mandat de la DGSPNI, qui est conforme à l'approche générale de Santé Canada à l'égard de la prestation des services de soins de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. La DGSPNI s'affaire à améliorer l'accès aux services de soins de santé, notamment dans les communautés éloignées, et à améliorer l'état de santé des Premières Nations (Santé Canada, 2005), deux objectifs qui se trouvaient au cœur des activités du PNSISI.

Tant l'examen des documents que les entrevues avec les informateurs clés ont indiqué des liens solides entre le PNSISI et les résultats stratégiques de Santé Canada. Le PNSISI semble également être conforme au mandat de la DGSPNI, qui consiste à assurer l'accès aux services de soins de santé et à éliminer les obstacles en matière de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

4.3 Pertinence : Enjeu n° 3 — Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Les projets pilotes du PNSISI étaient conformes aux rôles et aux responsabilités de Santé Canada visant à améliorer le recrutement et le maintien en poste du personnel infirmier, en vue de régler les problèmes liés au soutien de l'infrastructure de la santé. Le PNSISI cadrait aussi étroitement avec les rôles et responsabilités du Ministère afin d'appuyer les mesures prises pour remédier aux inégalités sur le plan de la santé qui touchent les communautés des Premières Nations.

Selon l'examen des documents, le PNSISI cadrait étroitement avec les trois activités de programme et les priorités de la DGSPNI.

Les questions liées aux ressources humaines sont au cœur de l'activité de programme n° 3.1 (soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits). Selon le Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013 de Santé Canada (p. 38), Santé Canada avait prévu de régler de nombreuses questions de ressources humaines liées à l'innovation dans les soins infirmiers. Les priorités incluaient notamment l'appui de la pratique professionnelle à l'intention des infirmières et infirmiers des communautés éloignées; la résolution des problèmes de recrutement et de maintien en poste; la facilitation des services de consultation à l'intention des infirmières et infirmiers; l'investissement dans l'innovation dans les soins de santé afin de réduire l'écart entre l'état de santé des membres des communautés des Premières Nations et celui du reste de la population canadienne. Puisque le PNSISI portait essentiellement sur l'innovation, le recrutement et le maintien en poste ainsi que sur la prestation des services de soins de santé, il cadrait avec l'activité de programme 3.1 de Santé Canada pour l'exercice 2012-2013. L'accent mis sur les initiatives communautaires et l'innovation dans les soins de santé a grandement contribué à l'harmonisation du PNSISI avec cette activité de programme.

L'approche du PNSISI à l'égard des projets novateurs était harmonisée avec un indicateur de rendement clé de l'activité de programme 3.3, c'est-à-dire le soutien de l'infrastructure de santé. Ce point figurait dans le Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013 de Santé Canada (p. 16), selon lequel l'innovation, la durabilité, l'efficacité, l'efficacé et la responsabilisation dans le système de santé font partie des priorités essentielles du Ministère. Bien que cette activité de programme ne s'applique pas exclusivement aux Premières Nations, elle est certainement liée à quelques-uns des aspects clés du PNSISI, notamment la transformation du système de santé. Par exemple, l'un des objectifs de rendement de cette activité de programme est l'adoption de nouveaux modèles de soins de santé et de pratiques exemplaires, avec lesquels les objectifs du PNSISI sont harmonisés.

En ce qui concerne les priorités organisationnelles de Santé Canada, l'examen des documents a montré que le PNSISI cadrait avec deux d'entre elles en particulier : Promouvoir l'innovation dans le système de santé (priorité n° 1) et Renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations [et aux Inuits] (priorité n° 3) (Santé Canada, 2012a, pp. 5–6). Deux aspects importants de la priorité organisationnelle n° 1 encouragent l'innovation et contribuent à la viabilité à long terme des systèmes de santé. Toutefois, les informateurs clés étaient divisés quant à savoir si les projets du PNSISI étaient vraiment innovateurs. Pour certains, ils l'étaient en ce sens qu'ils n'avaient jamais été faits avant, tandis que pour d'autres, les projets pilotes n'étaient pas trop différents des « pratiques habituelles ». De nombreux informateurs clés ont certes relevé des aspects de certains projets qui, à leur avis, étaient innovateurs, par exemple, l'embauche

d'infirmières et infirmiers praticiens dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations; la fourniture d'appareils électroniques ou portatifs au personnel des soins infirmiers; l'intégration d'infirmières et infirmiers praticiens autorisés ou d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés aux équipes de soins primaires; l'utilisation de la technologie de télésanté et les ententes conclues avec certaines administrations sanitaires provinciales.

L'examen des documents a permis de constater que les principaux aspects de la priorité organisationnelle n° 3 (Renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations [et aux inuits]) qui sont reliés au PNSISI consistaient surtout à encourager l'innovation, à mettre en œuvre les équipes de soins de santé interdisciplinaires et à assurer la prestation de services de qualité. En général, les informateurs clés s'entendaient pour dire que le PNSISI cadrerait avec le renforcement des programmes de santé des Premières Nations; cependant, selon quelques-uns d'entre eux, le PNSISI était plus précisément orienté vers le renforcement de la prestation des services, et ce n'est que de façon indirecte qu'il a renforcé les programmes de santé.

Le PNSISI cadrerait aussi étroitement avec la priorité de la DGSPNI d'« appuyer les interventions relatives aux inégalités en matière d'état de santé qui touchent les Premières Nations et les Inuits, en fonction des priorités qu'ils auront établies » (Santé Canada, 2005). On peut soutenir que c'est l'accent mis sur la communauté qui a permis d'harmoniser le PNSISI avec cette priorité de la DGSPNI.

4.4 Rendement : Enjeu n° 4 — Réalisation des résultats immédiats (efficacité)

Bien qu'il n'existe pas de systèmes normalisés de production de rapports pour aider à évaluer les progrès réalisés dans l'atteinte des résultats, l'évaluation a permis de recenser des projets pilotes innovateurs qui ont permis de faire des progrès favorisant la collaboration entre les équipes, l'intégration des soins infirmiers et de la technologie, et l'amélioration de l'accès à la formation continue et au perfectionnement professionnel des infirmières et infirmiers. Globalement, ces succès montrent une progression vers l'atteinte des résultats escomptés immédiats.

Résultat immédiat n° 1 : Meilleur accès aux services de soins primaires

Quelques-uns des projets financés dans le cadre du PNSISI ont permis d'améliorer l'accès des Premières Nations aux services de soins primaires dans les communautés pilotes.

Les projets pilotes du PNSISI ont permis de faire ce qui suit :

- donner un accès à des consultations auprès d'infirmières et infirmiers praticiens, à de l'aide au diagnostic et à des ordonnances de traitement électroniques pour appuyer les infirmières et infirmiers des centres de pratique isolés;
- permettre une harmonisation plus étroite avec les modèles de soins primaires provinciaux afin de faciliter, de manière continue, la collaboration et l'intégration en ce qui concerne les systèmes de soins de santé provinciaux;

- améliorer l'accès aux soins de santé grâce à la technologie qui rend un plus grand nombre de services accessibles à distance;
- ajouter de nouveaux membres aux équipes de soins primaires dans le cadre des projets pilotes, ce qui a permis d'offrir des services additionnels et d'équilibrer la charge de travail de l'équipe existante, et tous les membres ont pu ainsi travailler à leur pleine capacité;
- améliorer l'accès à certains services nécessaires aux membres de la communauté (p. ex. le dépistage de problèmes oculaires, rénaux et glycémiques pour les membres de la communauté atteints du diabète, et le dépistage du cancer, le projet pilote du soin des plaies);
- prolonger les heures d'ouverture, ce qui a amélioré l'accès aux services dans une administration.

Selon quelques informateurs, l'amélioration de l'accès des membres de la communauté aux services des soins primaires ne s'inscrit pas directement dans les objectifs de tous les projets du PNSISI. Dans les projets portant sur la mise en service de systèmes de dossiers de santé électroniques ou la distribution d'appareils électroniques personnels, par exemple, on a plutôt cherché à améliorer l'organisation de l'information et l'accès à celle-ci pour les professionnels des soins de la santé. Ainsi, l'amélioration attendue quant à l'accès aux services de soins primaires ou à la qualité de ces services pourrait n'être qu'un résultat indirect d'une meilleure organisation du travail.

Résultat immédiat n° 2 : Renforcement des capacités (connaissances, compétences et habiletés) du personnel des soins primaires

Les projets visant à renforcer les capacités du personnel des soins primaires ont indiqué de façon générale avoir atteint leur objectif.

Les projets pilotes du PNSISI ont permis de faire ce qui suit :

- renforcer la capacité de service des infirmières et infirmiers praticiens par l'utilisation de technologies en vue de permettre les consultations et le traitement à distance, ce qui a permis de réduire les frais de déplacement des clients;
- diminuer le recours fréquent à des agences de sous-traitance de l'extérieur par le recrutement de professionnels paramédicaux et l'expansion des équipes d'infirmières et infirmiers ressources;
- mettre à l'essai des horaires de fonctionnement souples dans un poste de soins infirmiers afin de réduire les heures supplémentaires, de répondre aux besoins de la communauté et d'augmenter la satisfaction des infirmières et infirmiers;
- introduire les technologies portatives pour offrir de l'information sur les soins cliniques qui favorise la prestation des soins de santé et la sensibilisation des patients, les résultats des tests ainsi que la réduction des temps d'attente;
- recourir à des techniciens en pharmacie et à des systèmes de gestion d'inventaire de pharmacie pour répondre aux besoins en matière de gestion des médicaments et améliorer le traitement des ordonnances des clients.

Pour ce qui est des projets faisant l'objet d'un ajout ou d'une réaffectation de ressources, les rapports ont souvent indiqué une capacité accrue à fournir des services à la communauté et une

plus grande satisfaction pour cette augmentation de services. Dans certains cas, l'embauche de personnel additionnel a permis de réduire les heures supplémentaires effectuées par le personnel en fonction. Selon les rapports, cette diminution des heures supplémentaires a compensé quelque peu le coût des ressources additionnelles et a également diminué les niveaux de stress des employés qui travaillaient de longues heures pour maintenir les niveaux de service, ce qui a amélioré du même coup la capacité globale de l'équipe des soins de santé.

De l'avis de certains informateurs clés, la pratique de soins en collaboration et le recours à la technologie ont diminué les pressions exercées sur les fournisseurs de services de soins primaires, en leur permettant de se concentrer davantage sur les soins aux patients. Les nouveaux employés (p. ex. les infirmières et infirmiers praticiens) ajoutés aux équipes de projet ont renforcé les capacités des équipes, et les nouvelles technologies ont amélioré les niveaux de connaissance du personnel (p. ex. par un meilleur accès à l'information).

Selon les sondages menés auprès du personnel des projets, qui sont inclus dans les rapports annuels sur les projets pilotes, certaines améliorations au niveau des connaissances, des compétences ou des habiletés ont été relevées à la suite de programmes de formation spécifiques. Dans certains projets, la capacité accrue n'a pas été pleinement atteinte, étant donné que les postes étaient difficiles à doter. Les difficultés comprenaient notamment l'absence de candidats qualifiés et la nécessité de doter les postes laissés vacants en raison des taux de roulement élevés. Pour ce faire, il fallait souvent offrir une nouvelle fois la formation nécessaire pour occuper certains postes spécialisés, ce qui influait sur le délai imparti pour qu'un projet atteigne ses objectifs. De plus, certaines questions administratives et sensibilités communautaires ont influé sur le recrutement d'employés pour les postes des projets. Selon quelques informateurs clés, le personnel des soins primaires en fonction montrait à l'occasion une certaine résistance à changer leurs habitudes de travail afin de permettre l'intégration d'une infirmière praticienne ou d'un infirmier praticien, ce qui entraînait des chevauchements.

Dans l'enquête communautaire, 84 % des répondants ont déclaré que les infirmières et infirmiers étaient mieux en mesure d'offrir des services comparativement à trois ans auparavant, tandis que 11 % n'étaient pas d'accord avec cette affirmation. En outre, 76 % ont déclaré que les méthodes utilisées pour fournir l'information et les services dans leurs projets pilotes ont augmenté la formation et les compétences, mais 22 % n'étaient pas d'accord qu'il en était ainsi. Il convient de noter que ce ne sont pas tous les projets pilotes du PNSISI qui avaient pour objectif de renforcer les capacités, ce qui pourrait expliquer un peu le désaccord de 22 %.

Résultat immédiat n° 3 : Meilleur accès aux études en soins infirmiers primaires en vue d'exercer dans les régions éloignées et isolées

Le PNSISI a contribué à améliorer l'accès aux études en soins infirmiers primaires pour ceux qui exercent la profession dans les communautés éloignées et isolées.

Les projets pilotes du PNSISI ont permis d'augmenter le nombre d'infirmières et infirmiers possédant des compétences liées à la pratique dans des communautés éloignées grâce à l'accès à de nouveaux programmes d'enseignement et à un accès amélioré à des programmes d'enseignement et de formation en ligne. Selon les rapports régionaux annuels sur la formation

en soins infirmiers présentés entre 2010 et 2012 par chacune des six régions (C.-B., Alb., Sask., Man., Ont. et Qc) et d'après les données probantes contenues dans les rapports de projet individuels sur la formation, le PNSISI a contribué à améliorer l'accès aux études en soins infirmiers primaires pour les personnes qui exercent dans les régions éloignées et isolées. Il s'agissait notamment des activités régionales de formation en soins infirmiers et des projets pilotes nationaux et régionaux de formation.

Dans de nombreux cas, la formation a été assurée par l'entremise de cours en ligne ou des vidéoconférences que le personnel infirmier a suivis sur Internet par le truchement d'un portail Web sécurisé. Cette façon de procéder a offert aux infirmières et infirmiers la possibilité de recevoir la formation à leur convenance ou à distance, et a également permis à ceux qui n'avaient pas facilement accès à des établissements d'enseignement de suivre le programme de formation offert. Quelques informateurs clés ont fait remarquer que les cours en ligne ont réduit les frais de déplacement et permis à un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers d'y prendre part. Toutefois, selon les documents et quelques informateurs, l'éloignement de certaines communautés a rendu difficile l'accès à la formation en ligne, étant donné que l'Internet haute vitesse n'était pas souvent disponible. Dans de telles circonstances, d'autres formes de formation à distance, par exemple « l'apprentissage électronique », ont été utilisées (l'apprentissage électronique utilise des vidéos préenregistrées pour assurer la formation du personnel). L'apprentissage électronique a remplacé des formes de formation moins accessibles, mais il a peut-être également influé sur la capacité des étudiants à poser des questions ou à recevoir de la rétroaction sur des sujets qui auraient pu être pertinents sur le plan local, mais qui ne sont pas traités dans le matériel pédagogique de base.

Dans quelques cas, les rapports ont signalé qu'il était difficile, voire impossible, d'obtenir une attestation d'un établissement d'enseignement reconnu pour certains cours de formation. Dans un rapport, il est mentionné que les programmes universitaires et les lois provinciales comportent des différences qui font en sorte que les crédits universitaires obtenus dans une province pourraient ne pas être transférables dans un établissement différent d'une autre province. Ce problème a certes été réglé, mais il a suscité certaines préoccupations parmi les personnes touchées.

Dans l'enquête communautaire, 68 % des répondants ont convenu que c'était grâce aux projets pilotes lancés dans leurs communautés que des infirmières et infirmiers ont pu bénéficier de possibilités de formation ou de perfectionnement professionnel. Pour les autres répondants (32 %), cela n'a pas été le cas. Cette variation pourrait s'expliquer en partie par le fait que ce ne sont pas tous les projets pilotes du PNSISI qui avaient pour objectif d'améliorer l'accès aux possibilités de formation ou de perfectionnement professionnel.

Résultat immédiat n° 4 : Meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et l'ensemble des intervenants

Le PNSISI a contribué à renforcer la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et les intervenants, mais peu de partenariats officiels sont issus des projets pilotes.

Les projets pilotes du PNSISI ont permis de faire ce qui suit :

- régler des problèmes de prestation des soins par la mise en place d'équipes de soins en collaboration composées de divers fournisseurs de soins de santé (p. ex. infirmières et infirmiers praticiens, infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, techniciens en pharmacie, sages-femmes et paramédicaux);
- répartir les services de soins primaires entre une équipe de fournisseurs de soins de santé, ce qui a permis aux infirmières et infirmiers de se concentrer sur les services de soins infirmiers;
- fournir aux clientes des services prénataux l'accès aux cliniques de sages-femmes en passant par les infirmières et infirmiers praticiens.

Bien que de nombreux rapports de projets pilotes ont fait mention d'une meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et les intervenants, seulement quelques-uns de ces projets ont signalé des partenariats avec des organisations spécifiques et aucun n'a mentionné d'ententes officielles pour consolider ces partenariats. Le plus souvent, les rapports ont indiqué une collaboration accrue entre les professionnels des soins de santé à l'intérieur ou à l'extérieur des communautés à la suite du projet pilote. Il a également été fait mention d'une meilleure communication entre les travailleurs de la santé et leurs clients, ce qui a permis d'offrir de meilleurs services aux patients et aux autres personnes en quête de services à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté. Dans plusieurs cas, les rapports ont indiqué la tenue de réunions régulières entre les divers intervenants afin de mieux coordonner les services et planifier la mise en œuvre d'activités visant à offrir de meilleurs services à leurs clients. L'enquête communautaire a également indiqué une meilleure collaboration, 81 % des répondants s'entendaient pour dire qu'il y avait davantage de collaboration entre les fournisseurs de soins de santé comparativement à la situation trois ans auparavant.

De nombreux informateurs clés ont fait mention de tentatives visant à faire participer les chefs des Premières Nations à la conception et à l'exécution des projets. Toutefois, ces tentatives ont connu un succès mitigé : pour certains gestionnaires de projet, la participation communautaire était importante tandis que pour quelques-uns d'entre eux, les membres de la communauté n'assistaient pas toujours aux séances de planification ou d'information et ne s'engageaient pas comme les gestionnaires l'auraient voulu.

Selon l'Enquête communautaire, les partenaires des Premières Nations semblaient prendre une part « très active » ou « un peu active » dans la conception (63 %), la mise en œuvre (57 %) et l'exécution (54 %) des projets pilotes. Quelques répondants ont indiqué que les partenaires ne participaient pas du tout. Toutefois, environ un tiers des répondants n'ont fourni aucune réponse, soit parce qu'ils n'étaient pas certains ou parce qu'ils ne savaient pas. Pour plusieurs projets, les rapports indiquent qu'il était important de faire participer les communautés des Premières Nations aux projets afin de pouvoir aller de l'avant et que cette participation (collaboration) communautaire aidait à mettre au point d'autres services pour les résidents.

En général, les informateurs clés semblaient convenir que de nombreux projets permettaient d'améliorer la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et également entre les fournisseurs de soins de santé et les membres de la communauté. Certains volets du PNSISI étaient plus centrés sur la collaboration que d'autres. Les informateurs clés ont donné des exemples précis de collaboration, par exemple :

- des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés embauchés dans le cadre des projets du PNSISI ont travaillé étroitement avec les autres professionnels de la santé (infirmières et infirmiers de soins primaires, médecins, etc.) pour assurer les services et aider à combler les écarts dans la prestation des services (p. ex. en travaillant pour appuyer les infirmières et infirmiers recrutés auprès des agences, à titre de remplaçants dans les moments de rotation du personnel);
- des infirmières et infirmiers praticiens embauchés dans le cadre des projets du PNSISI ont travaillé de concert avec des infirmières et infirmiers qui travaillent déjà dans une communauté et qui peuvent ainsi bénéficier des aptitudes et de l'expertise additionnelles de l'infirmière ou l'infirmier praticien;
- des infirmières et infirmiers praticiens ont travaillé avec des infirmières et infirmiers en santé communautaire et ont joué un rôle dans le développement communautaire.

Des informateurs clés ont déclaré que certains projets du PNSISI ont facilité, pour l'ensemble des intervenants, des partenariats avec des administrations sanitaires régionales, des organisations sanitaires provinciales, des hôpitaux et des organismes nationaux dans le domaine de la santé. Cependant, certains informateurs clés ont mentionné des obstacles à une meilleure collaboration, notamment entre les fournisseurs de services. Il est clair que les tentatives visant à relier certaines communautés isolées aux systèmes de santé provinciaux se sont heurtées à des problèmes, surtout de nature technique. Par exemple, le personnel de Santé Canada n'avait pas accès à une base de données électronique nationale, ce qui a rendu difficile la possibilité le partage des données.

Résultat immédiat n° 5 : Utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour éclairer la prestation de services de soins primaires de qualité

L'information fondée sur des données probantes n'a été utilisée que pour élaborer quelques-unes des propositions de projet pilote du PNSISI, mais les responsables de nombreux projets ont essayé de recueillir et d'analyser les données de projet.

Selon le modèle logique, le PNSISI appuie une utilisation accrue de l'information axée sur des données probantes pour éclairer la prestation des services de soins primaires de qualité. D'après l'examen de l'ensemble des propositions, il est évident que l'information fondée sur des données probantes (sous la forme d'examens de la documentation, d'évaluations des besoins, de cadres établis, de pratiques exemplaires et de compétences; de consultations auprès de professionnels de soins de santé, de chercheurs et d'experts en TI; de rapports de consommateurs; de données statistiques; etc.) n'a servi à élaborer que quelques-uns (64 %) des projets du PNSISI. Des universitaires ont pris part à un petit nombre de propositions et, dans ces cas, celles-ci étaient fondées sur des données scientifiques, étaient dotées de plans de travail clairs et prévoyaient des résultats mesurables. Ces particularités des propositions se reflétaient souvent dans les rapports, qui présentaient habituellement beaucoup plus que de simples données anecdotiques des résultats.

Les résultats obtenus des entrevues étaient différents de ceux tirés de l'examen du projet. Les informateurs clés ont indiqué que l'élaboration du PNSISI et de ses projets pilotes a été largement influencée par l'information fondée sur des données. Presque tous les informateurs clés représentant les projets portant sur la formation ont mentionné que les projets avaient été

élaborés à l'aide de données probantes établies, comme des examens de la documentation, des cadres établis, des pratiques exemplaires, des consultations menées auprès de professionnels des soins de santé et d'autres sources.

De nombreux informateurs clés qui étaient des gestionnaires de projet ou des membres de l'équipe ont mentionné que leurs projets étaient fondés sur des données de recherche et des lignes directrices ou des conventions établies. Cela étant, les entrevues ont permis de dégager que ce n'était pas la totalité des projets qui ont tenu compte de l'information fondée sur des données probantes (p. ex. quelques gestionnaires de projet ont indiqué que leurs projets étaient fondés sur des besoins reconnus dans les communautés).

Pour ce qui est des projets eux-mêmes, selon l'examen des documents et les entrevues, il apparaît que les membres des équipes de projet ont essayé de recueillir et d'analyser des données sur le rendement des projets, bien que la plupart des rapports présentent essentiellement des données empiriques ou qualitatives. Dans plusieurs projets, les opinions des intervenants ou des fournisseurs de soins de santé ont été obtenues de façon fortuite. Les analyses de ces constatations dans les rapports de projet, même si elles ne sont pas très détaillées, ont quand même donné une idée du niveau de réussite des projets. Que les données sur les résultats du projet aient été enregistrées de façon systématique ou informelle, il a semblé y avoir des analyses et des mesures fondées sur l'information recueillie, étant donné que les projets étaient souvent modifiés ou recentrés lorsque les responsables se heurtaient à des difficultés dans l'atteinte des objectifs.

Défis ou obstacles rencontrés

Au niveau du programme, des défis importants ont été relevés, par exemple, le court délai accordé pour examiner les propositions de projet, des changements de personnel qui ont modifié l'approche générale de gestion du programme ainsi que la difficulté à trouver un équilibre entre les divers volets des projets.

Selon certains informateurs clés, parmi les mesures nécessaires pour aborder plus efficacement les enjeux au niveau du programme, il y a lieu de citer l'établissement de lignes directrices et de normes plus claires pour orienter le processus d'examen des propositions, le versement plus rapide des fonds destinés au programme ainsi que l'amélioration de la collaboration entre les bandes et le personnel de la TI de Santé Canada en ce qui concerne les initiatives technologiques mises en œuvre dans les communautés ayant conclu une entente de transfert.

Selon les rapports de projet et les informateurs clés, en raison de l'éloignement géographique des communautés, les fournisseurs de soins de santé avaient rarement accès à certaines technologies, par exemple, l'accès à un réseau Internet haute vitesse fiable souvent utilisé dans les communications, la formation et les évaluations. Dans certains cas, particulièrement pour les projets liés à la formation, cette difficulté a été surmontée en offrant des vidéos de formation préenregistrées aux infirmières et infirmiers affectés dans les régions isolées où Internet haute vitesse n'était pas facilement accessible. Certains répondants à l'enquête communautaire ont relevé une vaste gamme de problèmes, mais le facteur le plus commun a été la difficulté d'intégrer la technologie à la prestation des services de soins primaires.

En plus des obstacles d'ordre technologique, il y a eu souvent des problèmes de ressources humaines liés au recrutement et au maintien en poste de personnel compétent dans les postes créés par le projet. L'éloignement géographique des postes et les charges de travail souvent élevées ont aggravé les problèmes de dotation. Certains informateurs clés ont signalé un taux de roulement continu et le manque de temps pour assurer la formation des nouveaux employés. Plusieurs rapports de projet ont également mentionné les crises dans le domaine de la santé, par exemple, l'écllosion de grippe H1N1, ce qui a aggravé les difficultés à respecter les délais (p. ex. embauche de candidats compétents) et, par conséquent, a retardé la mise en œuvre du projet. Dans de tels cas, une fois la crise passée, des progrès ont été réalisés quant au recrutement de personnel qualifié.

Les informateurs clés ont également indiqué certains problèmes imprévus liés à l'adoption d'une approche collaborative à l'égard de la prestation de services de soins primaires. Certains informateurs clés ne s'attendaient pas au niveau de résistance à l'égard des professionnels de la santé nouvellement recrutés par le personnel des soins de santé desservant déjà une communauté. De plus, quelques-uns des intervenants ont signalé qu'ils ne s'attendaient pas à ce que des différences au niveau des normes d'éducation provinciales et de la reconnaissance de crédits entre les établissements d'enseignement dissuadent à un tel point des infirmières et infirmiers de participer à des projets de formation du PNSISI.

Six projets ont été annulés parce que les obstacles étaient trop difficiles à surmonter; dans les rapports présentés pour deux de ces projets, il est mentionné parmi les causes d'annulation les difficultés à faire participer la communauté et les intervenants provinciaux dans la mise en œuvre du projet. Lorsqu'un rapport indiquait qu'une autre approche avait été conçue, mais sans succès, la raison invoquée pour cet échec était habituellement le manque de ressources.

Résultats ou conséquences imprévues à la suite de la mise en œuvre du programme

L'évaluation a révélé qu'il y avait des attentes accrues concernant le maintien des services, c'est-à-dire que les projets pilotes ont suscité dans la communauté des attentes accrues à l'égard de services qui ne seront peut-être pas maintenus une fois que les fonds du PNSISI seront épuisés.

De nombreux informateurs clés (représentant tous les groupes d'intervenants) ont exprimé des inquiétudes à l'égard de ces attentes et plusieurs membres des comités de financement des projets ont laissé entendre qu'il n'avait pas été expliqué assez clairement aux régions que les projets du PNSISI ne seraient plus financés par le gouvernement fédéral après mars 2013. Certains promoteurs de projets étudient la possibilité d'obtenir de l'aide financière des divers systèmes provinciaux.

4.5 Enjeu n° 5 — Évaluation de l'économie et de l'efficacité

En dépit de la sous-utilisation des fonds alloués au PNSISI, de nombreux projets pilotes ont fait état de gains d'efficacité pour la prestation des programmes visant à fournir des services de soins primaires.

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor définit la preuve de l'efficacité et de l'économie comme une évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés. Cette évaluation de l'économie et de l'efficacité est fondée sur l'hypothèse que les ministères ont des systèmes de mesure du rendement normalisés et que les systèmes financiers utilisent l'établissement du coût de revient.

Il n'a pas été possible d'évaluer l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats parce que le Ministère ne disposait pas de données financières concernant la quantité et le type d'extrants et que les rapports sur les dépenses des programmes étaient incomplets. En outre, il y a eu des changements au niveau du codage financier au cours de la période d'évaluation ainsi que des problèmes de suivi des fonds d'innovation de la grande enveloppe destinée à la prestation des services de soins primaires dans les communautés des Premières Nations.

Compte tenu de ces problèmes, l'évaluation a permis de présenter des observations sur l'économie et l'efficacité qui sont fondées sur des données financières limitées, les constatations tirées de l'examen des documents ainsi que les points de vue des informateurs clés.

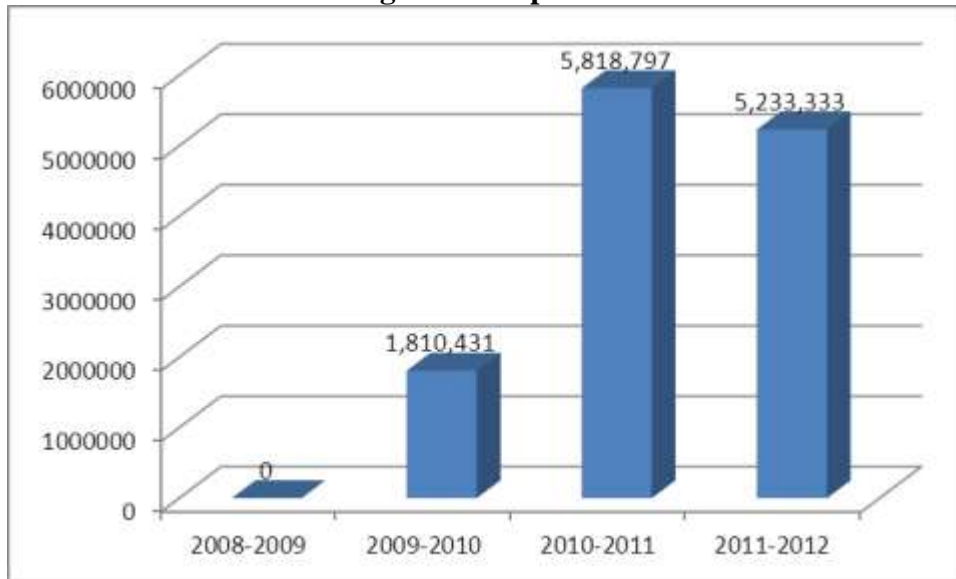
Observations sur l'économie

La section présente un examen des dépenses relatives aux ressources et de l'utilisation des ressources en fonction des niveaux de financement approuvés par rapport aux dépenses réelles (c.-à-d. dépenses directes et indirectes; frais de fonctionnement et d'entretien; contributions aux projets financés), y compris les disparités régionales observées dans les dépenses générales. Elle présente également un résumé des facteurs qui ont influé sur les dépenses générales du PNSISI.

Le financement du PNSISI a été approuvé pour une période de cinq ans (de 2008-2009 à 2012-2013). Aucune dépense n'a été imputée au PNSISI au cours de la première année (2008-2009) étant donné que le Ministère n'y a affecté des fonds qu'en décembre 2008. De plus, aucun code financier de programme n'avait encore été créé pour faire le suivi des dépenses du PNSISI. Il convient de noter qu'un montant de 1,5 million de dollars a été alloué aux régions la première année pour appuyer les consultations menées auprès des partenaires des Premières Nations dans le but de déterminer d'éventuels projets d'innovation et des priorités de projet et d'appuyer l'élaboration de propositions. Étant donné que le Comité directeur du PNSISI n'obligeait pas les régions à présenter des rapports sur ces fonds, ceux-ci n'ont pas été comptabilisés à titre de dépenses spécifiques engagées pour le PNSISI (mais plutôt comme des dépenses engagées pour les soins primaires en général), et elles n'ont pas été incluses dans

l'analyse. L'évaluation ne contenait pas de données sur les dépenses pour la dernière année, compte tenu de la période choisie pour la mener (elle était en cours en 2012-2013).

Figure 1 : Dépenses annuelles du PNSISI



Les dépenses² ont été modestes en 2009-2010 et ont commencé à augmenter en 2010-2011, la majorité d'entre elles s'étant produites en 2010-2011 et en 2011-2012. Bien que les dépenses aient augmenté au fil du temps, l'examen a révélé une sous-utilisation des fonds par le programme. Des 22 270 441 \$³ approuvés par le gouvernement du Canada pour ce programme de 2008-2009 à 2011-2012, seulement 17 276 279 (78 %) ont été alloués par le Ministère pour les dépenses du PNSISI. De ce montant, le programme a dépensé 12 862 561 \$ (74 % des fonds alloués et 58 % des fonds approuvés)⁴. Aucune donnée n'ont été fournies qui auraient permis de faire le suivi de la réaffectation des fonds.

A

A

A

A

² Dépenses liées aux projets, y compris salaires et frais administratifs.

³ Autorité de financement du gouvernement du Canada.

⁴ Ibid.

L'examen a également révélé plusieurs facteurs qui ont influé sur l'utilisation générale des ressources du PNSISI (c.-à-d. capacité du programme de dépenser les ressources).

- L'exercice 2009-2010 représentait la première année complète d'activité des projets du PNSISI. Toutefois, la crise de la grippe H1N1 a empêché le programme d'utiliser tous les fonds disponibles et les fonds non dépensés prévus ont été réaffectés au sein de la DGSPNI afin de renforcer la capacité de pointe et de lutter contre l'éclosion dans l'ensemble des régions. De plus, à ce moment, le gouvernement avait imposé un gel général sur les déplacements des fonctionnaires, et la DGSPNI avait procédé à une réduction générale des dépenses non prévues, ce qui a eu pour effet d'empêcher le programme de dépenser tous les fonds alloués.
- Certains informateurs clés ont noté qu'il n'y avait pas assez de ressources humaines dans les régions pour mettre en œuvre les projets, ce qui a influé sur les niveaux de dépenses, c'est-à-dire sur la capacité du PNSISI à dépenser les ressources disponibles.
- Les retards enregistrés au niveau de la passation de marchés et des négociations avec les tiers (universités) ont empêché de dépenser les fonds alloués, ce qui a entraîné des surplus chaque année.
- L'absence d'infrastructure technologique et les retards observés dans l'approvisionnement de logiciels ont influé sur la mesure dans laquelle le programme pouvait pleinement utiliser l'ensemble des fonds.

Pour les années visées par l'évaluation, les dépenses variaient grandement entre les bureaux régionaux et national, le pourcentage le plus élevé des dépenses étant au Manitoba (38 %), à l'administration centrale (15 %), en Ontario (14 %), en Colombie-Britannique (12 %) et en Saskatchewan (10 %). Le Québec ne représentait que 6 % des dépenses totales et la région de l'Atlantique⁵ 1 %.

Chaque région, à l'exception de la région de l'Atlantique, a financé en moyenne six projets. Toutefois, certains informateurs clés ont indiqué que les dépenses de projet étaient supérieures à celles qui sont indiquées par cette ventilation financière des contributions (projets financés) (p. ex. certains projets ont supporté des coûts imprévus et la plupart des régions où cela s'est produit ont réaffecté à l'interne des fonds pour absorber les coûts supplémentaires). Par exemple, les frais de fonctionnement incluaient souvent les dépenses liées aux projets, tels que les contrats pour le recrutement du personnel, l'achat du matériel et de l'équipement pour le projet; les coûts des installations font partie également de cette catégorie. En outre, les dépenses salariales comprenaient les dépenses effectuées pour le personnel engagé pour gérer ou mettre en œuvre les projets financés dans les communautés éloignées et isolées.

Observations sur l'efficacité

La section présente un examen des facteurs qui ont influé sur la prestation du programme ainsi que des exemples de projets pilotes qui démontrent l'efficacité de la prestation du programme.

⁵ La région de l'Atlantique reçoit des services de soins primaires des provinces.

La répartition des projets et des ressources a été déterminée par le processus d'approbation des projets. À ce titre, les fonds ont été répartis selon les propositions de projet acceptées. Au total, le PNSISI a financé 52 projets, la plupart ont duré en moyenne deux ans.

Bien que 53 projets aient été financés et que bon nombre d'entre eux aient fait état de progrès vers l'atteinte des résultats immédiats, les informateurs clés ont relevé des problèmes qui ont influé sur l'efficacité de la prestation générale du programme.

- Il y a eu des retards dans l'approbation des projets par la Direction générale, ce qui a influé sur le calendrier de mise en œuvre des projets et du même coup sur la répartition générale des projets. Certains projets n'ont donc pas pu être réalisés en raison du retard des allocations du financement ou des cycles de financement pour les accords de contribution dans les communautés. Cette situation a influé sur l'efficacité générale de la prestation du programme.
- De nombreux informateurs ont signalé des difficultés sur le plan du recrutement ou du maintien en poste du personnel pendant de brèves périodes au cours des cinq années de financement des projets du PNSISI, notamment en ce qui concerne la négociation des contrats avec les agences pour qu'elles trouvent et fournissent du personnel qualifié, particulièrement pour les communautés éloignées et isolées. Cette situation a influé sur l'efficacité de la mise en œuvre des projets. Les membres du Comité directeur ont fait remarquer que des problèmes de recrutement et d'embauche ont été aggravés par les difficultés causées par les tâches administratives (cotes de sécurité, examens médicaux, etc.); l'accomplissement de ces tâches a été souvent prolongé pour les personnes qui travaillent dans les communautés éloignées et isolées. Ces retards dans la dotation ont entraîné des retards dans la mise en œuvre des projets et ont influé sur l'efficacité de la prestation générale du programme.
- L'approche de mise en œuvre a changé au cours de la deuxième année du programme (2010-2011), où les affectations de fonds se sont faites selon une approche axée sur les projets plutôt que selon l'approche antérieure de financement au pourcentage par région (financement proportionnel), suivant laquelle les régions doivent présenter des propositions de financement qui sont examinées par un comité directeur et approuvées par le SMA de la Direction générale. Ce changement a été mis en œuvre afin que les projets qui présentaient de meilleures chances de succès reçoivent des fonds et suffisamment de ressources. Toutefois, ce changement a entraîné des retards dans le financement des projets et causé l'inadmissibilité de certaines régions (p. ex. région de l'Atlantique), où la DGPSNI n'assure pas de soins primaires dans aucune communauté éloignée et isolée, ce qui a influé sur l'efficacité de la prestation générale du programme.

Certains informateurs clés ont fourni des exemples de façons dont les projets pilotes du PNSISI ont permis d'améliorer l'efficacité de la prestation des services de soins primaires. Les exemples suivants relatifs aux ressources humaines ont été relevés :

- l'embauche d'infirmières et infirmiers praticiens afin qu'ils soient « de garde », selon les règles des autorités réglementées, a permis d'offrir des services élargis à un coût moindre que si un médecin avait été embauché;
- des initiatives qui ont amélioré l'accès aux services dans la communauté ont également réduit le coût du transport médical. Par exemple, des initiatives de collaboration ont amené d'autres professionnels de soins primaires à travailler dans la communauté et ont

intégré des initiatives de technologie en matière de soins infirmiers, ce qui a permis à des membres de la communauté de recevoir des services à distance;

- des initiatives qui ont augmenté les niveaux de satisfaction et diminué le stress et les charges de travail administratives des infirmières et infirmiers et des médecins ont aidé à améliorer le maintien en poste (p. ex. dans certaines communautés pilotes, l'embauche de nouveaux employés, notamment des techniciens en pharmacie, des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés, etc., ont réduit le fardeau administratif des infirmières et infirmiers et leur ont permis de se concentrer davantage sur la prestation de soins aux patients);
- l'embauche d'infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés ayant reçu la formation nécessaire pour assumer une gamme de fonctions a constitué une façon rentable d'assurer les services;
- l'utilisation de technologies en ligne pour des initiatives d'éducation et de formation offertes par l'entremise du PNSISI (p. ex. le projet pilote de l'Université d'Ottawa) a diminué les coûts et a permis la participation d'un plus grand nombre d'infirmières et infirmiers. Toutefois, des informateurs clés ont indiqué que certaines communautés éloignées ou isolées déploient toujours des efforts pour avoir accès à Internet. Ainsi, les possibilités de formation en ligne n'améliorent peut-être pas l'accès des infirmières et infirmiers aux études dans toutes les régions.

En ce qui concerne la gestion financière, l'exemple suivant de l'efficience générale du programme a été fourni :

- Les dépenses générales du programme ont été suivies chaque trimestre pour surveiller les dépenses effectuées dans l'ensemble des quatre volets et, dans certains cas, les numéros de projet ont été utilisés pour suivre les dépenses par projet, même si cette surveillance n'a pas été faite de manière uniforme. Néanmoins, lorsque certains projets se heurtaient à des difficultés, des fonds ont été réaffectés afin de maximiser l'efficience.

Observations sur la pertinence des données sur la mesure du rendement

L'absence d'un système normalisé de production de rapports pour évaluer les résultats des projets financés du PNSISI a nui à la capacité des projets de fournir des données pouvant étayer l'évaluation et, plus particulièrement, des données qui appuient la réalisation de tous les résultats escomptés énoncés dans le modèle logique du PNSISI. Par exemple, les modèles de production de rapports du PNSISI ont produit des renseignements très disparates et n'ont pas fourni de façon uniforme des données sur la mesure des résultats. De meilleures données sur la mesure du rendement général appuieraient mieux la conduite des évaluations de ces programmes.

5.0 CONCLUSIONS

5.1 Conclusions sur la pertinence

Question fondamentale n° 1 : Nécessité du PNSISI

Le PNSISI a été adéquatement conçu pour relever des défis précis cernés dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, par l'utilisation de l'innovation dans la prestation de services de soins primaires. La prestation de ces services nécessite le recours constant à des approches innovatrices.

Il y a un besoin continu d'infirmières et infirmiers ainsi que de professionnels paramédicaux qui ont la formation nécessaire pour travailler dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. Il est clair que la prestation de soins de santé dans ces communautés, où les infirmières et infirmiers doivent fournir une vaste gamme de services de soins primaires, est très différente de la prestation de soins dans le reste du Canada. Cependant, les systèmes de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations doivent faire face à de nombreux défis, par exemple, les taux disproportionnellement élevés de maladies chroniques, de maladies transmissibles et d'abus d'alcool et de drogues. Le personnel des services de santé qui travaille dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations est souvent aux prises avec d'autres types de défis, par exemple, l'éloignement géographique, les pénuries de ressources et les différences culturelles.

Par conséquent, les faits montrent qu'il faut continuer d'appuyer les pratiques et approches innovatrices afin d'améliorer les services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations. L'application de ces pratiques et approches améliorera en fin de compte le recrutement, le maintien en poste et la formation du personnel infirmière et d'autres services de santé.

Le PNSISI a surtout été conçu et mis en œuvre pour répondre aux besoins uniques des communautés éloignées et isolées des Premières Nations en matière de prestation des soins de santé.

Question fondamentale n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement

Le PNSISI cadrait avec les priorités du gouvernement fédéral et les résultats stratégiques du Ministère. Même si le PNSISI s'est terminé le 31 mars 2013, le gouvernement fédéral continue de considérer la prestation des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations comme une priorité.

D'une façon générale, le PNSISI cadrerait avec les priorités du gouvernement fédéral. Il y avait harmonisation entre le PNSISI et le résultat stratégique n° 3 de Santé Canada (Les communautés [inuites] et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé). Le PNSISI était également harmonisé avec le mandat de la DGSPNI qui consiste à garantir l'accès aux services de soins de santé et à s'attaquer aux problèmes de santé dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Le gouvernement fédéral continue de considérer comme priorité l'amélioration du système des soins de santé, la lutte contre les inégalités en santé chez les Premières Nations, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et la mise en place d'équipes de soins en collaboration, soit l'ensemble des objectifs qui ont été les aspects centraux du PNSISI. Même si le PNSISI s'est terminé en mars 2013, le gouvernement fédéral continuera de considérer la prestation de services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations comme une priorité.

Question fondamentale n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement

Le PNSISI était conforme aux rôles et aux responsabilités du gouvernement fédéral visant à améliorer la santé des Premières Nations en recourant à des pratiques et à des approches innovatrices dans la prestation des services de soins primaires.

De façon générale, le PNSISI semble cadrer avec les principales activités de programme et les responsabilités connexes du Ministère, même si les informateurs clés étaient divisés sur certains sujets. Dans l'ensemble, les informateurs ont convenu que le PNSISI cadrerait avec l'activité de programme 3.1 (Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits) et l'activité de programme 3.3 (Soutien de l'infrastructure de santé dans les communautés inuites et des Premières Nations). Le PNSISI appuyait également la priorité organisationnelle du Ministère qui consiste à renforcer le programme de santé des Premières Nations et des Inuits.

5.2 Conclusions sur le rendement

Résultats attendus (Efficacité)

Le PNSISI a permis de faire des progrès vers l'atteinte des résultats immédiats. Les pratiques et approches innovatrices en matière de soins primaires adoptées dans le cadre de nombreux projets pilotes, combinées aux leçons tirées de cette initiative, pourraient être intégrées dans les futurs modèles de prestation de services de soins primaires.

Même si seuls les résultats immédiats ont été évalués dans le présent rapport, les faits montrent que le PNSISI a eu recours à l'innovation pour réaliser des progrès dans l'amélioration de l'accès aux services de soins primaires, le renforcement des capacités du personnel des soins primaires (connaissances, compétences et habiletés), l'amélioration de l'accès aux études en soins infirmiers primaires pour favoriser l'exercice de la profession dans les régions éloignées et

isolées, et l'amélioration de la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé et l'ensemble des intervenants. Il y avait moins de résultats appuyant une plus grande utilisation de l'information axée sur des données probantes en ce qui concerne la conception, l'élaboration et la mise en place de projets pilotes qui guident la prestation des services de soins primaires de qualité.

Économie et efficacité

De nombreux projets pilotes ont donné des exemples de façons d'influer sur l'efficacité de la prestation des services de soins primaires qui peuvent être pris en considération dans les futurs modèles de prestation de soins primaires. L'amélioration des données sur la mesure du rendement global permettrait de mieux appuyer les exigences en matière de production de rapports et la réalisation des futures évaluations de la prestation des services de soins primaires.

De nombreux facteurs externes et internes ont influé sur la capacité générale du PNSISI de consacrer les ressources disponibles aux projets pilotes. Certes, bon nombre de ces facteurs étaient indépendants du programme (c.-à-d. éclosion de grippe H1N1 et intervention connexe), néanmoins une meilleure gestion et coordination de la planification et de la mise en œuvre des projets pilotes auraient permis d'en lancer davantage.

La capacité du Ministère de planifier, de concevoir et de mettre en œuvre, en un si court laps de temps (quatre ans), des projets qui ont duré deux ans (en moyenne) a influé sur la capacité du PNSISI d'atteindre pleinement les résultats immédiats.

6.0 INCIDENCE

Aucune recommandation officielle n'a été proposée pour cette évaluation, étant donné que le PNSISI s'est terminé le 31 mars 2013. Cependant, d'après les constatations et les conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, certaines leçons tirées des projets pilotes sur l'innovation devront être prises en compte pour les activités courantes de prestation des services en soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

7.0 LEÇONS TIRÉES

Tel qu'il est indiqué ci-dessous, les leçons tirées peuvent être classées sous deux thèmes et comprennent certaines façons de mettre en œuvre des pratiques et des approches innovatrices qui pourraient améliorer la prestation future des services de soins primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations.

Leçons tirées de projets particuliers

- Mettre en œuvre des stratégies de partenariat avec des intervenants d'autres administrations afin de promouvoir la durabilité d'une innovation réussie grâce à la participation et au soutien à long terme des communautés ou des provinces.
- Améliorer les partenariats avec les administrations dans la prestation des services de santé en adoptant des approches axées sur la collaboration à l'égard de la prestation des services de soins primaires (p. ex. télérobotique).
- S'assurer de disposer de suffisamment de temps et d'expertise pour faciliter l'élaboration et le financement de projets en temps opportun; déterminer les compétences appropriées pour la mise en œuvre des projets (p. ex. compétences technologiques); veiller à ce que la surveillance et la mesure du rendement soient faites de façon appropriée et uniforme dans l'ensemble des projets.
- Élaborer des stratégies permettant de gérer les attentes croissantes des communautés pour obtenir d'autres services de santé.

Leçons tirées de la prestation de services de soins primaires

- Reconnaître et relever les défis continuels que présentent la formation continue et le perfectionnement professionnel des infirmières et infirmiers et qui influent sur le recrutement ou le maintien en poste (c.-à-d. augmenter les ressources en ligne et d'autres ressources électroniques qui améliorent l'accès des infirmières et infirmiers des communautés éloignées ou isolées à des possibilités de formation à distance).
- Offrir d'autres façons de soutenir la formation (p. ex. documents imprimés et cours sur CD) dans les communautés isolées où le service Internet haute vitesse n'est pas offert.
- Élaborer des descriptions de travail claires pour les postes récemment créés.
- Améliorer l'approche fondée sur des équipes de soins en collaboration (c.-à-d. régler les problèmes touchant la résistance au changement, le chevauchement des efforts et la capacité de travail des équipes de soins; renforcer la capacité des communautés et des équipes à appuyer le processus de changement; clarifier et expliquer les rôles des nouvelles équipes et la répartition de la charge de travail associée aux clients entre les membres de l'équipe).

ANNEXE 1 : PRÉCISIONS SUR LES MÉTHODES DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Méthodes de collecte des données

L'évaluation a comporté quatre méthodes principales de collecte de données : un examen des documents et des données; des entrevues avec des informateurs clés; une brève enquête auprès des représentants des Premières Nations (ci-après appelée « enquête communautaire »); et un examen des propositions et rapports de projet. Une activité supplémentaire de collecte de données a été menée (examen des finances des projets) pour appuyer l'analyse de la Question fondamentale n° 5 (Économie et efficacité). Les méthodes utilisées pour chacune des activités de collecte de données sont décrites ci-dessous.

Examen des documents et des données : Les documents ont été classés par exercice financier. De plus, il y avait des fichiers distincts pour les documents administratifs et les documents contenant de l'information de suivi. Une liste de contrôle des documents a été fournie en format Excel. Les documents reçus étaient entrés dans une bibliothèque Zotero⁶ à des fins d'examen.

Entrevues avec les informateurs clés : Pour les entrevues avec les informateurs clés, un processus en plusieurs étapes a été utilisé pour déterminer et recruter les informateurs clés. Le groupe de travail sur l'évaluation a pu cerner les informateurs clés chargés de la surveillance et de l'administration à un niveau élevé du PNSISI (c.-à-d. les membres du Comité directeur, les directeurs et les agents régionaux des soins infirmiers ainsi que les personnes ayant participé à des projets et à des activités de formation financés par le PNSISI). Le processus d'entrevue a débuté par la communication avec ces personnes, notamment les directeurs de projet et les membres d'équipe ont été identifiés par les directeurs ou les agents régionaux des soins infirmiers. Divers guides d'entrevue ont été adaptés pour chacun de ces groupes d'informateurs clés et conçus de manière à traiter de toutes les questions d'évaluation pertinentes⁷.

Les informateurs clés éventuels ont reçu de Santé Canada une lettre décrivant l'objet et la nature de l'évaluation et les invitant à y prendre part⁸. Après réception de la lettre, un suivi auprès de chaque informateur clé a été effectué et des entrevues téléphoniques personnelles ou en groupe ont été organisées. Avec la permission des informateurs, les entrevues ont été enregistrées électroniquement pour assurer l'exactitude de l'information recueillie. Toutefois, on a garanti aux informateurs clés que leur anonymat serait respecté et que leurs réponses resteraient confidentielles. Une fois les entrevues terminées, les notes d'entrevue ont été importées dans un logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo à des fins d'analyse. Les réponses ont été

⁶ Zotero est un programme qui permet aux utilisateurs de gérer des documents et d'autres sources avec une grande efficacité. Le programme produit automatiquement des citations dans le texte et des listes de référence. Pour plus de renseignements, consulter <http://www.zotero.org/>.

⁷ L'adaptation des guides d'entrevue dans le but de tenir compte des domaines de compétences spécifiques des informateurs clés a permis d'assurer la collecte de données pertinentes et fiables, ce qui appuie la validité de l'évaluation.

⁸ Les gestionnaires de projet et les membres d'équipe ont été informés de l'évaluation par leur directeur régional.

codées selon les questions d'évaluation et des attributs ont été assignés aux sources (groupe d'intervenants, région, volet de projet et mécanismes de financement) afin de permettre un examen approfondi des variables pertinentes susceptibles d'influer sur les réponses.

Au total, 30 entrevues individuelles et en groupe ont été effectuées auprès de 61 participants. Si les quatre volets projets ont été représentés dans une certaine mesure par les informateurs clés, ce sont les volets 1 et 2 qui l'ont été le plus. Cette surreprésentation s'expliquait par le nombre élevé de projets qui ont porté sur ces deux volets. De plus, les informateurs clés de tous les volets n'ont pas traité de toutes les questions d'évaluation, ce qui a empêché de faire une analyse des résultats par volet.

Enquête communautaire : La troisième méthode de collecte de données consistait en une enquête communautaire. Après les entrevues avec des informateurs clés, les chefs de projet régionaux ont été invités à demander aux partenaires des Premières Nations la permission de participer à une brève enquête téléphonique. Le délai et le budget de cette enquête n'ont pas permis de trouver et d'obtenir le consentement des bénéficiaires directs des projets d'innovation. La solution a donc été d'obtenir l'information de personnes qui pouvaient commenter la satisfaction de ceux qui avaient bénéficié des services d'un des projets d'innovation et qui pourraient de ce fait agir comme mandataires des bénéficiaires. Le Ministère a appuyé ce processus en rédigeant une lettre que les directeurs régionaux devaient envoyer aux gestionnaires régionaux pour encourager les partenaires à prendre part à l'enquête.

Soixante-et-un noms ont été reçus pour l'enquête communautaire. Trente-sept (61 %) des 61 personnes ont répondu aux questions de l'enquête téléphonique. Le tableau suivant donne la ventilation des répondants par région; la plupart d'entre eux étaient des représentants du Manitoba, ce qui reflète le grand nombre de projets pilotes mis en œuvre dans cette région. D'autres régions ont été particulièrement sous-représentées d'après la répartition des projets pilotes⁹.

Réponses par région		
	(n=37)	
Région	N	Pourcentage
Manitoba	12	32 %
Alberta	10	27 %
Colombie-Britannique	6	16 %
Saskatchewan	6	16 %
Ontario	3	8 %
Québec	0	-
Les totaux ne correspondent peut-être pas à 100 % en raison de l'arrondissement		

⁹ La participation était facultative. Cependant, il n'a pas été établi pourquoi certaines régions sont sous-représentées.

Voici quelques-uns des motifs de non-réponse : la personne n'était pas au courant du projet ou du programme (n=11); la personne n'était pas disponible ou était en vacances (n=6); impossibilité de joindre la personne (n=5); message vocal resté sans réponse (n=2).

Examen des propositions et des rapports de projet : Les documents de projet reçus du programme ont fait l'objet de deux niveaux d'examen. La DGSPNI a fourni la totalité des propositions et des rapports disponibles associés aux projets pilotes (52 projets pilotes au total). Les rapports présentés pour chaque projet comprenaient en général des propositions (ébauche et version définitive) ainsi que des rapports provisoires et annuels pour chaque année d'activité (de 2008-2009 à 2012-2013). Dans la plupart des cas, les projets n'ont pas commencé avant 2009-2010. Dans certains cas, les rapports n'ont pas été fournis. Dans le cas des rapports manquants, il n'est pas clair si les projets avaient été menés à terme ou annulés. Pour chaque projet, l'information de base a été consignée en format Excel (région, volet, valeur, brève description du projet ainsi que la description des résultats attendus).

Méthodes d'analyse des données

Une analyse des principales activités de collecte de données et des tableaux qui présentaient les constatations de l'examen des propositions et des rapports de projet ainsi que de l'examen des finances du projet a été réalisée. Cette analyse a fourni les conclusions du rapport d'évaluation pour chaque question fondamentale. Chaque méthode de collecte de données avait sa propre méthode d'analyse, et ces méthodes sont décrites ci-dessous.

Examen des documents et des données : Pour l'examen des documents et des données, les principales constatations et observations ont été saisies dans un tableau d'examen des documents¹⁰. Pour chaque question d'évaluation, l'analyse a permis d'obtenir l'information et les données probantes (habituellement accompagnées de citations), la source (avec l'année et le numéro de page ou de paragraphe) et les observations (principales constatations tirées des données probantes). Les principales constatations ont été résumées, séparées par question et sous-question d'évaluation.

Entrevues avec les informateurs clés : Étant donné que les entrevues constituent un exercice qualitatif, elles n'ont pas été présentées de façon quantitative avec des chiffres et des pourcentages. L'échelle qui suit a été utilisée pour tenir compte du poids des réponses de chacun des informateurs clés répondant aux entrevues : quelques-un = de 10 à 15 %, certains = de 15 à 40 %, de nombreux = de 40 à 60 %, la plupart = de 60 à 80 % et presque tous = plus de 80 %.

En se fondant sur l'échelle ci-dessus, un sommaire, classé par question et sous-question d'évaluation, a été élaboré.

¹⁰ Une brève analyse de la documentation, même si elle ne constituait pas la principale source de données, a guidé l'examen des documents. Donc, quelques-unes des sources qui figurent dans l'examen des documents ont été obtenues au moyen d'une recherche bibliographique, plutôt que par des documents de la DGSPNI. L'analyse de la documentation a porté uniquement sur les questions de santé touchant les Premières Nations du Canada.

Enquête communautaire : Des données sommaires ont été recueillies pour analyser les conclusions de chaque réponse fournie aux questions d'enquête. L'analyse sommaire présentait l'une des questions posées, les réponses possibles (choix multiples) et le nombre de fois que chaque réponse a été choisie et le pourcentage de réponses à chaque question. L'analyse sommaire était accompagnée d'une brève explication descriptive des constatations et comprenait une conclusion générale.

Annexe 2 : Références

- Flaherty, J. M. *Emplois, croissance et prospérité à long terme : le plan d'action économique de 2012*, 2012. Document consulté à l'adresse suivante : <http://www.budget.gc.ca/2012/plan/pdf/Plan2012-fra.pdf>.
- DGSPNI. Contexte de la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers, 2011a.
- DGSPNI. Partenaires de projets spécifiques du Programme de la Stratégie nationale d'immunisation (NIS) (base de données), 2011b.
- Gregory, D., C. Russell, J. Hurd, J. Tyance et J. Sloan. « Canada's Indian Health Transfer Policy: The Gull Bay Band experience ». *Human Organization*, vol. 51, n° 3 (1992), p. 214–222.
- Santé Canada. *Mandat et priorités*, 2005. Document consulté le 21 juin 2012 à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/DGSPNI-dgpsni/mandat-fra.php>.
- Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : Auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005*, 2009. Document consulté à l'adresse suivante : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil-vol3/2009-stats-profil-vol3-fra.pdf.
- Santé Canada. *Rapport sur les plans et les priorités, 2012-2013*. Document consulté à l'adresse suivante : <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2012-2013/inst/shc/shc-fra.pdf>, 2012a.
- Santé Canada. Demande de proposition : Évaluation du Programme national de la stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI) de la DGSPNI, 2012b.
- Misener, R. M., M. L. P. MacLeod, K. Banks, A. M. Morton, C. Vogt, et D. Bentham. « "There's rural, and then there's rural": Advice from nurses providing primary healthcare in northern remote communities ». *Nursing Leadership*, vol. 21, n° 3 (2008), p. 54–63.
- CCNSA. *À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé, 1970 à 2008 : Projet de synthèse politique*, 2011. Document consulté à l'adresse suivante : <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20-%20June%202011.pdf>.
- Estimations de financement de l'innovation en soins infirmiers, 2008.
- ONS. Processus de préparation des propositions de l'ONS pour le financement de l'innovation en soins infirmiers, 2010a.
- ONS. Charte de projet du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers (PNSISI), 2010b.
- Parlement du Canada. *Réponse du gouvernement au rapport du Comité permanent de la santé : Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé*, 2010. Document consulté le 6 juin 2012 à l'adresse suivante : <http://www.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=40&Ses=3&DocId=4677841&File=0&Language=F>.
- Smith, J. *Promouvoir des solutions novatrices pour relever les défis des ressources humaines en santé : Rapport du Comité permanent de la santé*, 2010. Document consulté à l'adresse suivante : http://www.csrt.com/en/professional/pdf/Standing_Committee_Health_June2010.pdf.
- Statistique Canada. *Santé et bien-être des Autochtones*, 2007. Document consulté le 6 juin 2012 à l'adresse suivante : http://www41.statcan.gc.ca/2007/10000/ceb10000_004-fra.htm.
- Statistique Canada. *Santé : Les Autochtones sont proportionnellement moins nombreux à considérer leur santé comme excellente ou très bonne*, 2010. Document consulté le 6 juin 2012 à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/2010001/health-sante-fra.htm>.