Health Canada and the Public Health Agency of Canada
Santé Canada et l'Agence de la Santé publique du Canada

Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits

De 2008-2009 à 2011-2012

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

Septembre 2013

Liste des sigles

AADNC	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
AAP	Architecture d'alignement des programmes
ARSPT	Autorités régionales de la santé des provinces et territoires
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
MERSPS	Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services
OA	Organisme autochtone
OESRH	Outil électronique de suivi des ressources humaines
ONG	Organisation non gouvernementale
PAVA	Programme d'aide à la vie autonome
PSDMCPNI	Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits
RAI-HC	Instrument d'évaluation des résidents – Services à domicile d'interRAI
RMR	Rapport ministériel sur le rendement
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SDMC	Soins à domicile et en milieu communautaire

Table des matières

Sommaire ii
Réponse et plan d'action de la direction 2012-2013 vi
1. Objet de l'évaluation 1
2. Description du programme 1
2.1 Contexte du programme 1
2.2 Profil du programme 2
2.3 Modèle logique du programme – Description 3
2.4 Harmonisation du programme et ressources 4
3. Description de l'évaluation 5
3.1 Portée de l'évaluation et éléments à évaluer 5
3.2 Approche et modèle de l'évaluation 7
3.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données 7
3.4 Limites et stratégies d'atténuation 9
4. Constatations 10
4.1 Élément 1 (pertinence) – Nécessité de maintenir le programme 10
4.2 Élément 2 (pertinence) – Harmonisation avec les priorités du gouvernement 17
4.3 Élément 3 (pertinence) – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral 18
4.4 Élément 4 (efficacité) – Atteinte des résultats escomptés 19
4.5 Élément 5 (rendement) – Évaluation de l'efficience et de l'économie 33
5. Conclusions 41
5.1 Pertinence – conclusions 41
5.2 Rendement - conclusions 42
6. Recommandations 44
Annexe 1 - Modèle logique 47
Annexe 2 - Précisions sur les méthodes de collecte et d'analyse des données 48
Annexe 3 - Bibliographie 55

Liste des tableaux

Tableau 1 : Dépenses liées au PSDMCPNI de 2008-2009 à 2011-2012 5
Tableau 2 : Éléments fondamentaux et questions 6
Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation 9
Tableau 4 : Nombre de travailleurs en soins à domicile et en milieu communautaire par tranche de 100 000 résidents des réserves des Premières Nations 22

Sommaire

La présente évaluation porte sur le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) pour la période s'échelonnant du 1er avril 2008 au 31 mars 2012. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

Objet, portée et modèle de l'évaluation

L'évaluation visait à mesurer la pertinence et le rendement du PSDMCPNI. La méthode utilisée comprenait des entrevues, un sondage en ligne auprès d'intervenants et des études de cas sur des questions clés, auxquels 415 personnes de l'ensemble des provinces et territoires ont participé. En outre, un examen de documents et de données ainsi qu'une revue de la littérature ont été effectués. Il s'agissait de la deuxième évaluation du programme, qui avait fait l'objet d'une première évaluation en 2009.

Description du programme

Le PSDMCPNI fournit des services de soins à domicile de base en milieu communautaire qui sont complets, accessibles et adaptés à la culture et qui répondent aux besoins particuliers des Premières Nations et des Inuits en matière de santé et de services sociaux. Il permet aux personnes âgées inuites et des Premières Nations ainsi qu'aux personnes de tous âges de ces communautés ayant une incapacité ou souffrant d'une maladie chronique ou aiguë de recevoir les soins dont elles ont besoin à la maison et dans leurs communautés. Le programme est principalement financé au moyen d'accords de contribution conclus avec les communautés inuites et des Premières Nations et les gouvernements territoriaux. Il vise à offrir des services de soins à domicile et communautaires comparables à ceux offerts aux autres Canadiens qui vivent dans des régions semblables sur le plan géographique. Les dépenses moyennes du PSDMCPNI pendant la période visée par l'évaluation de quatre ans s'élevaient à environ 110 millions de dollars par année. Le programme est mis en œuvre dans 657 communautés inuites et des Premières Nations, principalement par des infirmières autorisées spécialisées en soins à domicile, des infirmières auxiliaires autorisées et des fournisseurs de soins personnels agréés. Les éléments de services essentiels comprennent l'évaluation des clients, la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et de soutien et la relève à domicile.

Conclusions de l'évaluation et recommandations

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Nécessité de maintenir le programme

Le PSDMCPNI continue de répondre aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits. La conception du programme et son financement ont permis de répondre aux besoins essentiels en matière de soins à domicile. Les besoins en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits devraient augmenter et devenir de plus en plus complexes. Afin de les combler, un plan d'activités stratégique de dix ans du PSDMCPNI est en préparation.

Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PSDMCPNI est un programme obligatoire dans le cadre de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits et s'harmonise avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada figurant dans les budgets de 2008 et de 2009 et dans diverses politiques et initiatives fédérales.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le PSDMCPNI est conforme aux rôles fédéraux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui est responsable de fournir ou de financer la mise en œuvre de programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, conformément à la *Politique sur la santé des Indiens* et aux énoncés de mission et de mandat subséquents du Ministère. Le PSDMCPNI cadre clairement avec les résultats stratégiques de Santé Canada.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Le PSDMCPNI a été dispensé comme prévu et progresse vers l'atteinte des résultats escomptés, y compris le résultat à long terme de répondre aux besoins des personnes et des communautés des Premières Nations par la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Le programme est demeuré stable pour ce qui est des services dispensés au cours de la période visée par l'évaluation et continue à fournir l'accès aux services essentiels de soins à domicile et en milieu communautaire. Bien que des initiatives visant à augmenter la capacité de l'effectif des soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) aient été mises sur pied, l'évaluation a révélé que les bureaux régionaux ayant une faible capacité éprouvent de la difficulté à dispenser le programme comparativement à ceux qui disposent d'une capacité élevée. Si des améliorations à l'égard de la collaboration entre les membres du personnel du PSDMCPNI et les autres fournisseurs de soins de santé ont été apportées, il n'en va pas de même des liens entre les programmes sociaux dans les communautés, qui se sont avérés moins efficaces. Des efforts ont été déployés à l'échelle régionale et à celle des communautés afin d'améliorer la coordination

avec d'autres programmes en vue de répondre de manière uniforme aux besoins en SDMC (p. ex. intégration du PSDMCPNI au volet soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome [PAVA] d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC]).

Des initiatives ont favorisé l'utilisation accrue de politiques, de normes, de lignes directrices, de pratiques exemplaires et de renseignements fondés sur des données probantes, ce qui devrait avoir une incidence positive dans l'avenir sur la prestation du programme aux échelons communautaire et régional. Les initiatives nationales devraient encourager le recours à des processus d'amélioration de la qualité, mais on ne sait pas encore dans quelle mesure.

Démonstration de l'économie et de l'efficience

Le PSDMCPNI est considéré comme étant administré et mis en œuvre de manière efficiente. Afin de faire le meilleur usage possible des fonds, l'économie et l'efficience du programme pourraient être améliorées par l'accroissement de la capacité des bureaux régionaux de faible capacité, le regroupement de la prestation des programmes dans les communautés, l'intégration des programmes, la simplification des exigences en matière de production de rapports dans les programmes, l'amélioration de la mesure du rendement et l'utilisation accrue de la technologie.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Santé Canada devrait élaborer des options pour accroître la capacité des bureaux régionaux de faible capacité, afin de favoriser la prestation efficiente du PSDMCPNI dans les communautés.

Recommandation 2

Santé Canada devrait poursuivre ses négociations avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) pour achever l'intégration officielle du PSDMCPNI au volet de soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome (PAVA) d'AADNC en vue d'améliorer les gains d'efficience en matière de prestation de services de soins à domicile.

Recommandation 3

Santé Canada devrait renforcer les liens et les partenariats entre le programme et certains programmes sociaux externes afin d'accroître la collaboration.

Recommandation 4

Santé Canada devrait poursuivre ses initiatives actuelles d'amélioration de la prestation du programme par l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité, et ce, d'une façon qui soit pertinente et durable compte tenu des ressources actuelles des régions et des communautés.

Recommandation 5

Santé Canada devrait revoir le modèle logique du PSDMCPNI pour s'assurer qu'à l'avenir les résultats escomptés correspondent à la nature de ce programme de santé et que des données adéquates sur le programme sont recueillies pour faciliter la prise de décisions et les évaluations futures.

Réponse et plan d'action de la direction 2012-2013

Évaluation des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits

Recommandation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité/ Reddition de comptes
1. Santé Canada devrait élaborer des options pour accroître la capacité des bureaux régionaux de faible capacité, afin de favoriser la prestation efficiente du PSDMCPNI dans les communautés.	La direction est d'accord avec la recommandation d'élaborer des options pour accroître la capacité des bureaux régionaux de soutenir la prestation du PSDMCPNI dans les communautés.	Le PSDMCPNI travaillera avec les régions pour élaborer des options permettant d'appuyer et d'améliorer la mise en œuvre du programme dans les communautés.	Document sur les options proposées	Mars 2014	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes
2. Santé Canada devrait poursuivre ses négociations avec AADNC pour achever l'intégration officielle du PSDMCPNI au volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC en vue d'améliorer les gains d'efficience de la prestation de services de soins à domicile.	La direction est d'accord avec la recommandation de poursuivre les négociations avec AADNC. Santé Canada travaillera avec AADNC pour effectuer l'intégration officielle du PSDMCPNI au volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC[1].	Le PSDMCPNI élaborera une stratégie pour poursuivre les négociations avec AADNC afin que le programme soit officiellement intégré au volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC. Le PSDMCPNI poursuivra ses activités afin d'informer les communautés des avantages de l'intégration, d'encourager celles qui n'ont pas encore intégré la prestation des deux programmes à passer à une approche intégrée et d'appuyer ces communautés.	Document relatif à la stratégie Messages clés soulignant les avantages de l'intégration des deux programmes	Septembre 2015 Avril 2014	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes

[1] Des discussions entre Santé Canada et AADNC sur l'intégration de ces programmes sont en cours depuis plusieurs années.

Recommandation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité/ Reddition de comptes
3. Santé Canada devrait renforcer les liens et les partenariats entre le programme et d'autres programmes sociaux afin d'accroître la collaboration.	La direction est d'accord avec la recommandation de renforcer les liens entre le programme et des programmes externes.	Le PSDMCPNI travaillera avec les gestionnaires régionaux des Premières Nations et avec ses partenaires inuits et des Premières Nations afin d'élaborer une stratégie pour renforcer les liens avec les intervenants aux échelons national, régional et des communautés.	Rapport sur la stratégie	Septembre 2014	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes
4. Santé Canada devrait poursuivre ses initiatives actuelles d'amélioration de la prestation du programme au moyen de renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité, et ce, d'une façon qui soit pertinente et durable compte tenu des ressources actuelles des régions et des communautés.	La direction est d'accord avec la recommandation et continuera à renforcer l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité.	Le PSDMCPNI travaillera avec les régions afin de recenser les pratiques exemplaires en matière d'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité, et afin d'organiser des activités régionales de formation sur les normes du programme et les processus d'amélioration de la qualité. Le PSDMCPNI entreprendra un examen de l'utilisation des renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité.	Document sur les pratiques exemplaires destiné aux activités régionales de formation sur les normes du programme et l'amélioration de la qualité - Fiches de renseignements visant à promouvoir l'adoption et la mise en œuvre des résultats - Rapport sur les résultats de l'examen	Avril 2014 Septembre 2014	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes

Recommandation	Réponse de la direction	Plan d'action de la direction	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité/ Reddition de comptes
5. Santé Canada devrait revoir le modèle logique du PSDMCPNI pour s'assurer qu'à l'avenir les résultats escomptés correspondent à la nature de ce programme de santé et que des données adéquates sur le programme sont recueillies pour faciliter la prise de décisions et les évaluations futures.	La direction est d'accord avec la recommandation de réviser le modèle logique et de continuer d'améliorer la collecte de données sur le rendement et de surveillance correspondant aux activités, aux extrants et aux résultats du PSDMCPNI.	Le PSDMCPNI travaillera en collaboration avec l'Unité de la mesure du rendement de Politiques, planification et information stratégiques afin de réviser le modèle logique, y compris la matrice sur le rendement des SDMC.	Modèle logique révisé du programme de SDMC	Décembre 2013	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes Directeur général, Politiques, planification et information stratégiques
		Le PSDMCPNI travaillera avec les régions afin d'obtenir des suggestions pour la révision du modèle logique du programme et de la matrice sur le rendement.	Matrice sur le rendement des SDMC révisée et approuvée, y compris un ensemble normalisé d'indicateurs révisés.	Mars 2014	
		Le PSDMCPNI organisera des activités d'information avec les régions afin que des données adéquates sur le programme soient recueillies en vue de faciliter l'évaluation des résultats escomptés.	Messages clés soulignant les rôles et responsabilités à l'égard des exigences concernant la collecte de données servant à l'évaluation	Mars 2014	
		Le PSDMCPNI continuera à améliorer la collecte de données de surveillance du rendement en créant, en collaboration avec les bureaux régionaux, un outil de normalisation de la collecte de données en vue d'améliorer la qualité des données.	Outil de collecte normalisé	Avril 2015	Directeur exécutif, Division des soins de santé primaires, Direction des conseils interprofessionnels et de l'aide aux programmes

1. Objet de l'évaluation

L'évaluation visait à mesurer la pertinence et le rendement du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) pour la période s'échelonnant du 1er avril 2008 au 31 mars 2012[2].

Il s'agissait de la deuxième évaluation du programme, qui avait fait l'objet d'une première évaluation en 2009. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

2. Description du programme

2.1 Contexte du programme

Le programme a été conçu en réponse à un besoin de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits. Le PSDMCPNI fournit des services de soins à domicile de base en milieu communautaire qui sont complets, accessibles et adaptés à la culture et qui répondent aux besoins particuliers des Premières Nations et des Inuits en matière de santé et de services sociaux. Le programme est principalement financé au moyen d'accords de contribution conclus avec les communautés inuites et des Premières Nations et les gouvernements territoriaux. Il vise à offrir des services de soins à domicile et communautaires comparables à ceux offerts aux autres Canadiens qui vivent dans des régions semblables sur le plan géographique. Le PSDMCPNI permet aux personnes âgées inuites et des Premières Nations ainsi qu'aux personnes de tous âges de ces communautés ayant une incapacité ou souffrant d'une maladie chronique ou aiguë de recevoir les soins dont elles ont besoin à la maison et dans leurs communautés[3]. Le programme est offert dans 657 communautés inuites et des Premières Nations[4].

---

2 Le calendrier original de l'évaluation s'étalait de 2008-2009 à 2011-2012. Cependant, le début de l'évaluation ayant été retardé, la période visée par l'évaluation a été prolongée. La collecte de données a pris fin en décembre 2012. Des renseignements sur les dépenses associées au programme ont été fournis jusqu'à la fin de 2011-2012.

3 Annexe 11, Regroupement des autorisations - Programme de contributions relatives à la santé des Premières Nations et des Inuits.

4 *Ibid*.

2.2 Profil du programme

L'objectif du PSDMCPNI est de fournir aux populations inuites et des Premières Nations des services de soins à domiciles et en milieu communautaire de base, comme : l'évaluation des clients, la gestion de cas, les soins infirmiers, les soins personnels et de soutien ainsi que la relève à domicile.

Le PSDMCPNI est principalement fourni par des infirmières autorisées spécialisées en soins à domicile, des infirmières auxiliaires autorisées et des fournisseurs de soins personnels agréés. La prestation de services est fondée sur l'évaluation des besoins et un processus de gestion de cas. Les éléments essentiels des services que toutes les communautés doivent fournir sont : l'évaluation du client, les soins infirmiers à domicile, la gestion de cas, le soutien à domicile (soins personnels et aide domestique), la relève à domicile, l'établissement de liens et, au besoin, l'aiguillage vers d'autres services sociaux et de santé, la mise à disposition d'équipement médical et de fournitures spécialisés ainsi que l'accès à ceux-ci pour les soins, en plus d'un système de tenue de dossiers des clients et de collecte des données.

D'autres services de soutien peuvent également être fournis en fonction des besoins des communautés et des fonds disponibles. Les services de soutien peuvent comprendre, sans s'y limiter : la réadaptation et d'autres traitements, les soins palliatifs à domicile, les soins de jour pour adultes, les programmes de repas, les soins de santé mentale à domicile et les activités spécialisées de promotion de la santé.

Le gouvernement fédéral a établi le PSDMCPNI dans son budget de 1999 afin d'offrir des services de SDMC de base aux Premières Nations et aux Inuits[5]. Le programme a été mis sur pied pour combler des besoins urgents de soins à domicile chez les Premières Nations et les Inuits constatés dans des études récentes. Ces besoins sont associés aux taux disproportionnellement élevés d'incapacité et de maladies chroniques ou aiguës au sein des populations inuites et des Premières Nations, comparativement à la moyenne nationale, à un taux de croissance de la population plus élevé chez les Premières Nations et les Inuits et aux réformes de la santé mises en œuvre par les provinces et territoires qui ont eu pour résultat un déplacement des soins du milieu hospitalier vers le milieu communautaire. L'état de santé de ces populations ainsi que les changements démographiques ou dus aux réformes en santé ont entraîné l'accroissement du nombre d'Inuits et de membres des Premières Nations de tous âges ayant besoin de soins à domicile[6].

Le PSDMCPNI n'est pas administré de la même façon chez les Inuits qu'il l'a été chez les Premières Nations. Les communautés des Premières Nations reçoivent un financement au moyen d'accords de contribution conclus avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Selon ces accords, les Premières Nations doivent fournir de l'information chaque année au moyen du Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (MERSPS). Cependant, pour les Inuits qui vivent dans des communautés inuites (à

[5] Évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, 2009.

[6] Annexe D, Financement du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, 2000.

l'exception de celles du Nunatsiavut, du Labrador et du Nunavik [Québec]), le programme est administré directement par les gouvernements territoriaux. Bien que ces derniers aient présenté des rapports, ils n'étaient pas aussi détaillés que l'information transmise dans le MERSPS. C'est pourquoi lorsqu'il est fait référence au PSDMCPNI dans le présent document, l'information concerne beaucoup plus les Premières Nations que les Inuits à moins d'indication spéciale. Il est aussi important de préciser que le volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC n'est pas offert dans les territoires.

Gouvernance

Les services du PSDMCPNI ont été conçus pour être dispensés à l'échelon communautaire au moyen de structures de gouvernance et selon les principes de transfert des responsabilités en matière de santé et d'autonomie gouvernementale. Bien que les communautés des Premières Nations soient responsables de la prestation du PSDMCPNI et de ses résultats en matière de service à la clientèle, les gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont responsables de la prestation des services du PSDMCPNI aux Premières Nations et aux Inuits qui vivent dans ces territoires. Dans le cadre du PSDMCPNI, le financement sous forme de contribution est transmis du bureau régional de la DGSPNI aux communautés, aux groupes tribaux, aux autorités sanitaires inuites ou des Premières Nations ou aux gouvernements territoriaux en employant la formule de Berger modifiée, mise au point en 1997.

Dans l'Inuit Nunangat (terre inuite), qui comprend les quatre régions inuites, soit la région désignée des Inuvialuit, le Nunavut, le Nunavik et le Nunatsiavut, le programme de SDMC est administré un peu différemment. Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, les soins à domicile sont fournis par le gouvernement à tous les résidents, sans égard à leur origine ethnique. La région du Nord de Santé Canada agit en tant qu'organisme de coordination entre Santé Canada et les gouvernements territoriaux. La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik dispense le programme uniquement aux Inuits du Québec. Le gouvernement du Nunatsiavut le dispense directement aux Inuits qui résident dans cette région. Le programme du Nunavut est géré par trois centres de coordination régionaux situés à Cambridge Bay, à Rankin Inlet et à Iqaluit, et la prestation des services varie d'un centre à l'autre.

Depuis ses débuts, le PSDMCPNI a des ententes de partenariat avec des organismes nationaux qui représentent les Premières Nations et les Inuits bénéficiant du programme : l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami.

2.3 Modèle logique du programme – Description

Le modèle logique du PSDMCPNI (voir l'annexe 1) décrit les liens entre les activités (thèmes), les extrants et trois niveaux de résultats (immédiats, intermédiaires et à long terme). Les cinq thèmes d'activités sont les suivants : la prestation de services; le renforcement des capacités; la collaboration et la participation des intervenants; la collecte de données, la recherche et la surveillance; l'élaboration de politiques et la mise en commun des connaissances. Chacune de ces activités produit des extrants qui sont ensuite reliés à des résultats immédiats précis. Les six résultats immédiats du PSDMCPNI sont :

- adéquation accrue entre les services de soins à domicile et en milieu communautaire et les besoins évalués;
- capacité accrue du personnel des soins à domicile et en milieu communautaire;
- collaboration accrue avec les fournisseurs internes et externes;
- meilleure connaissance des services de soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits;
- utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices et des pratiques exemplaires dans la prestation des services;
- utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour guider la prestation de programmes de qualité.

Ces résultats immédiats contribuent à trois résultats intermédiaires[7] :

- meilleur accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire;
- réponses uniformes, coordonnées et améliorées aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire;
- utilisation accrue de l'amélioration continue de la qualité, notamment des processus associés à la sécurité du patient, pour répondre aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire.

La réalisation des résultats intermédiaires contribue à celle du résultat à long terme : *des services de soins à domicile et en milieu communautaire qui répondent aux besoins des personnes et des communautés inuites et des Premières Nations.*

2.4 Harmonisation du programme et ressources

Le PSDMCPNI contribue au troisième objectif stratégique de Santé Canada, soit : « Les communautés des Premières Nations et des Inuits bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé ». La sous-activité des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits est décrite dans l'architecture d'alignement des programmes (AAP) du Ministère sous l'activité de programme 3.1.3, Soins de santé primaires des Premières Nations et des Inuits.

Au lancement du programme, en 1999, une somme de 90 millions de dollars par année avait été accordée. Le financement a augmenté au fil du temps afin d'inclure des allocations supplémentaires pour les ressources salariales destinées aux infirmières et l'augmentation annuelle des coûts d'exploitation. Le tableau 1 présente en détail les données sur les dépenses liées au PSDMCPNI pour la période de 2008-2009 à 2011-2012. Presque toutes les dépenses (95,4 %) étaient destinées à des accords de contribution représentant des sommes de 423 à 443 millions de dollars dépensés pendant cette période de quatre ans. Pendant la période visée

[7] Un quatrième résultat intermédiaire, soit « efficacité accrue des services », figure dans le modèle logique. Il est mentionné que l'efficacité est généralement interprétée comme la mesure dans laquelle un programme atteint *tous* les résultats escomptés et qu'elle est évaluée dans le rendement du programme. Par conséquent, l'efficacité des services est évaluée sous la rubrique du rendement.

par l'évaluation, soit du 1er avril 2008 au 31 mars 2012, les dépenses liées au PSDMCPNI sont passées de 104 704 675 à 116 601 358 de dollars, ce qui correspond à une augmentation d'environ 11,3 %.

Tableau 1 : Dépenses liées au PSDMCPNI de 2008-2009 à 2011-2012[8]

Année	Contributions	Traitements et salaires	Autres dépenses d'exploitation et dépenses en capital secondaires	Total
2008-2009	99 875 137 $	3 442 920 $	1 386 618 $	**104 704 675 $**
2009-2010	103 524 172 $	3 436 784 $	1 205 451 $	**108 166 407 $**
2010-2011	108 488 026 $	3 689 026 $	1 418 429 $	**113 595 481 $**
2011-2012	111 139 939 $	3 968 762 $	1 492 657 $	**116 601 358 $**
Total	**423 027 274 $**	**14 537 492 $**	**5 503 155 $**	**443 067 921 $**

Le programme reçoit occasionnellement du financement d'autres sources pour terminer le travail en cours (ces sources ne sont pas comprises dans le tableau 1). De 2009 à 2011, le programme a reçu environ 612 000 dollars du programme à durée limitée de la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers, afin d'entreprendre des activités visant à renforcer la collaboration (p. ex. au sein des communautés et avec d'autres fournisseurs de services de santé) et pour améliorer les connaissances et les compétences du personnel infirmier du PSDMCPNI en matière de traitement des plaies. Le budget 2010 a accordé un financement totalisant 5,0 millions de dollars par année pendant cinq ans (assorti d'une demande d'option de renouvellement pour cinq autres années) destinés à la formation du personnel infirmier du PSDMCPNI sur les lignes directrices cliniques fondées sur des données probantes et les stratégies de prise en charge des maladies chroniques dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones[9].

3. Description de l'évaluation

3.1 Portée de l'évaluation et éléments à évaluer

L'évaluation a porté sur la période allant du 1er avril 2008 au 31 mars 2012 et sur l'ensemble des activités et des services liés aux SDMC de la DGSPNI, tels qu'ils ont été définis dans le cadre des autorisations de 2005, puis révisés dans le cadre des autorisations de 2011. Le financement du groupe des soins de santé primaires dans le cadre des autorisations de 2005 comptait trois composantes : le programme de soins à domicile et en milieu communautaire; les soins primaires aux communautés (maintenant appelé programme des soins cliniques et des soins aux clients) et le programme de soins de santé bucco-dentaire. Seul le Programme de soins à domicile et en

8 Direction générale du contrôleur ministériel, *Évaluation des SDMC – Dépenses réelles 2007-2012*, 2012.

9 Santé Canada, *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits : Rapport 2012*, Ottawa, 2012.

milieu communautaire est visé par la présente évaluation. Cette dernière comprend toutes les activités effectuées dans le cadre du programme (telles que décrites dans les autorisations révisées de 2011).

Les éléments évalués sont conformes à la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada. L'évaluation a porté sur les cinq éléments fondamentaux des thèmes de la pertinence et du rendement, comme le montre le tableau 2. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments du programme, et c'est ce qui a guidé le processus d'évaluation.

Tableau 2 : Éléments fondamentaux et questions

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
Pertinence	
Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme	Le Programme est-il toujours nécessaire? • 1.1. Le programme répond-il toujours à un besoin démontrable? • 1.2. Le programme répond-il toujours aux besoins des Premières Nations et des Inuits?
Élément 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement	Le programme cadre-t-il avec les priorités du gouvernement du Canada? • 2.1. Le programme demeure-t-il une priorité du gouvernement fédéral? • 2.2. Le programme est-il conforme aux priorités et aux résultats stratégiques du Ministère?
Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Le programme est-il conforme aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral? • 3.1. Le PSDMCPNI cadre-t-il avec les priorités et les résultats stratégiques du Ministère? • 3.2. Les principaux intervenants considèrent-ils que les activités du programme sont pertinentes et conformes aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral? • 3.3. Les activités du programme sont-elles conformes au rôle que les compétences et les lois confèrent au Ministère?
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	Le programme permet-il d'atteindre les résultats escomptés qui sont énoncés dans le modèle logique? • 4.1. Le programme a-t-il permis d'atteindre les résultats « immédiats »? • 4.2. Le programme a-t-il permis d'atteindre les résultats « intermédiaires »? • 4.3. Le programme a-t-il permis d'atteindre les résultats « à long terme »?
Élément 5 – Démonstration de l'efficience et de l'économie	Le programme a-t-il été mis en œuvre de façon efficiente et économique? • 5.1. De quelle façon le programme a-t-il permis d'optimiser la quantité, la qualité et la gamme des produits et services en vue de faciliter l'atteinte des résultats escomptés? • 5.2. Existe-t-il d'autres méthodes permettant d'atteindre les mêmes résultats immédiats? • 5.3. Le programme a-t-il permis de réduire au minimum les ressources tout en optimisant les extrants? • 5.4. Les ressources du programme ont-elles été gérées efficacement afin de faciliter l'atteinte des résultats immédiats pertinents?

3.2 Approche et modèle de l'évaluation

Une approche axée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats immédiats. Cette approche a nécessité la collaboration d'intervenants internes et externes clés pour la planification et la réalisation de l'évaluation, l'examen des données techniques et l'élaboration du rapport d'évaluation ainsi que de la réponse et du plan d'action de la direction.

Un modèle rétrospectif non expérimental a été utilisé pour l'évaluation. Celle-ci était non expérimentale parce que les données probantes sur les progrès accomplis vers l'atteinte des résultats escomptés étaient de nature observationnelle. De plus, l'évaluation devait suivre un modèle rétrospectif non seulement parce que les données étaient fondées sur le financement des années antérieures, mais aussi parce qu'il n'existait aucune donnée de référence.

3.3 Méthodes de collecte et d'analyse des données

Les renseignements sur les méthodes de collecte et d'analyse de données sont résumés ci-dessous et présentés en détail à l'annexe 2. Au total, 415 personnes de l'ensemble des provinces et territoires ont contribué à l'évaluation dans le cadre d'entrevues, d'un sondage en ligne auprès des intervenants et d'études de cas sur les questions clés. Celles-ci comptaient des membres du personnel de Santé Canada et des communautés qui dispensent le programme, des membres du personnel d'autres programmes communautaires, des chefs de bande, des conseillers ou leurs représentants, ainsi que des représentants d'organismes autochtones nationaux et régionaux, d'organisations non gouvernementales, des gouvernements provinciaux et territoriaux et d'autorités sanitaires régionales.

Revue de la littérature et examen de documents et de la base de données

La littérature a été définie, au sens large, comme de l'information provenant de sources externes au PSDMCPNI, notamment des articles révisés par des pairs et de la documentation parallèle. En tout, 40 documents ont fait l'objet de la revue de la littérature. Par ailleurs, 47 documents internes du PSDMCPNI (documents de la DGSPNI et de Santé Canada) ont aussi été examinés.

L'examen de la base de données a porté principalement sur un rapport de synthèse du PSDMCPNI réalisé en 2012, des documents décrivant les processus et les résultats d'examen de la qualité des données du programme et des tableaux sommaires fournis par la DGSPNI mettant en correspondance des données et des indicateurs d'évaluation. Les deux principales sources utilisées étaient des outils du PSDMCPNI, soit l'Outil électronique de suivi des ressources humaines (OESRH) et le Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (MERSPS).

Entrevues auprès d'informateurs clés

Une méthode d'échantillonnage dirigé a été employée pour choisir des informateurs clés à partir de listes de personnes représentant cinq groupes à l'échelon national et dans les régions de Santé Canada. Ces groupes sont les suivants :

1. chefs de bande, conseillers ou leurs représentants (p. ex. directeurs de la santé) – qui agissaient en tant que représentants des clients du PSDMCPNI;
2. représentants des autorités sanitaires régionales et des gouvernements provinciaux et territoriaux;
3. représentants d'organismes autochtones (OA) nationaux et régionaux ainsi que d'organisations non gouvernementales (ONG);
4. représentants d'autres ministères fédéraux;
5. représentants de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada.

Au total, 58 entrevues auprès d'informateurs clés ont été réalisées par téléphone.

Pour les aspects qualitatifs des entrevues auprès des informateurs clés, l'échelle descriptive suivante a été utilisée afin d'indiquer le nombre approximatif d'informateurs ayant choisi l'énoncé examiné : « peu » correspond à moins de 20 % des informateurs, « quelques » à plus de 20 % jusqu'à environ 45 %, « beaucoup », à plus de 45 % jusqu'à environ 60 %, « la plupart », à plus de 60 % jusqu'à environ 80 % et « presque tous », à plus de 80 %.

Sondage en ligne auprès des intervenants

Le sondage en ligne s'adressait aux groupes d'intervenants suivants :

- chefs et conseils de Premières Nations ou leurs représentants (p. ex. directeurs de la santé) – qui agissaient en tant que représentants des clients du PSDMCPNI;
- membres du personnel communautaire du PSDMCPNI;
- membres du personnel dispensant d'autres programmes de santé communautaire;
- membres du personnel de Santé Canada associés au PSDMCPNI;
- autres intervenants régionaux, provinciaux ou territoriaux, comme des membres de conseils tribaux ainsi que des représentants d'organismes autochtones régionaux, du gouvernement provincial et des autorités sanitaires.

Au total, 1 762 personnes ont été invitées à participer; 332 d'entre elles ont répondu au sondage pour un taux de réponse de 18,8 %.

Études de cas

Des études de cas ont été réalisées sur deux « thèmes » relatifs à des questions transsectorielles perçues comme ayant une influence sur l'atteinte des résultats escomptés du PSDMCPNI et qui pourraient aider à répondre aux questions d'évaluation. Ces thèmes étaient :

- la capacité régionale de dispenser le PSDMCPNI (des régions ayant une faible capacité et des régions ayant une capacité élevée ont été choisies selon des critères, comme la capacité de répondre aux demandes de la communauté, l'utilisation de données et la production de rapports, le roulement du personnel et les postes non dotés aux échelons communautaire et régional, la mise sur pied de projets pilotes, la transmission des pratiques exemplaires et les caractéristiques de la communauté);
- l'intégration de la prestation du PSDMCPNI et du volet soins à domicile du PAVA d'AADNC dans la communauté.

Analyse

Les données de l'ensemble des sources ont été examinées selon les éléments fondamentaux et les questions d'évaluation. Les données, qui ont été recueillies à partir de diverses sources et selon diverses méthodes, ont été soumises à la triangulation. La compilation, l'examen et la synthèse systématiques des données ont permis d'établir les principaux résultats du rapport.

3.4 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont limitées par des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des résultats et des conclusions. La présente section (tableau 3) illustre les limites du modèle et des méthodes de la présente évaluation. Y figurent également les stratégies d'atténuation mises en œuvre afin que les résultats de l'évaluation puissent être utilisés en toute confiance pour guider la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 3 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Il y avait peu de données sur le programme permettant de mesurer directement les résultats et les indicateurs connexes figurant dans le modèle logique. L'absence de mesures de référence a rendu difficile l'évaluation des changements progressifs dans les résultats.	Pour certains résultats, les données probantes sont relativement indirectes, varient ou comprennent uniquement des exemples des progrès réalisés, ce qui affaiblit la validité des résultats. Capacité limitée d'évaluer les augmentations ou les améliorations relatives à certains résultats.	D'autres sources de données ont été utilisées pour recueillir des opinions sur les résultats afin de compléter les données probantes issues de l'examen de la base de données et des documents. Les informateurs clés devaient donner une opinion rétrospective sur les changements et sur l'état actuel d'aspects particuliers du programme.
Aucun commentaire n'a été recueilli directement des clients du programme (un groupe de représentants a été utilisé).	Le groupe de représentants est responsable du PSDMCPNI dans la communauté et peut manifester une partialité positive sur la prestation du programme par les communautés, ou le groupe n'est pas en mesure de représenter entièrement le point de vue des clients sur le programme.	Les commentaires ont été recueillis auprès de représentants (chefs, conseils, directeurs de la santé) afin de préserver l'anonymat des clients et la confidentialité de l'information dans les petites communautés. La revue de la littérature et

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
		l'examen des documents visaient à trouver et à inclure des études récentes traitant du point de vue de personnes vivant dans des communautés inuites et des Premières Nations sur les services de SDMC afin de compléter le point de vue du groupe de représentants, mais aucun document pertinent n'a été trouvé.
Taux de réponse faible de la part des chefs de bande et de leurs représentants.	Sous-représentation des points de vue de cet important groupe, particulièrement parce qu'il a été défini comme le groupe représentant les clients du PSDMCPNI.	Dans le cas des entrevues avec des informateurs clés, le nombre de personnes invitées à répondre était trois fois plus élevé que celui des participants. De nombreux rappels ont été effectués par courriel et par téléphone, tant pour l'entrevue avec des informateurs clés que pour le sondage. En raison du faible taux de réponse, la prudence a été de rigueur au moment de l'interprétation des principaux résultats. Les principaux résultats et les conclusions ont été appuyés par d'autres sources de données.
Recours à un échantillon de commodité.	Les données et les résultats du sondage auprès des intervenants ne sont peut-être pas représentatifs des groupes d'intervenants invités à participer.	La prudence a prévalu lors de l'interprétation des résultats du sondage; des différences particulièrement apparentes se sont avérées entre les groupes. Les principaux résultats et les conclusions ont été appuyés par d'autres sources de données.

4. Constatations

4.1 Élément 1 (pertinence) – Nécessité de maintenir le programme

Le PSDMCPNI continue de combler un besoin démontrable de services de soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits. Le modèle du programme et son financement ont permis de répondre aux besoins essentiels en matière de soins à domicile. Cependant, les besoins en soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits devraient augmenter et devenir de plus en plus complexes. Ces besoins comprennent un fardeau de la maladie disproportionné chez les Premières Nations et les Inuits comparativement à ce qui est observé dans la population canadienne en général ainsi que des données démographiques changeantes. De plus, les gouvernements provinciaux tendent à offrir des soins de santé communautaires, ce qui a fait en sorte que les clients obtiennent rapidement leur congé d'hôpital et que les besoins en soins deviennent de plus complexes dans les communautés.

Besoin démontrable

Les données probantes tirées de la revue de la littérature, de l'examen des documents, des entrevues avec les informateurs clés et du sondage auprès des intervenants ont révélé un besoin[10] démontrable de SDMC qui devrait dans l'avenir s'accroître chez les Premières Nations et les Inuits.

La revue de la littérature et l'examen des documents ont montré que les taux de divers problèmes de santé et maladies chroniques étaient supérieurs chez les Premières Nations. Par exemple, les taux normalisés selon l'âge montrent une prévalence du diabète de 17,2 % chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, de 10,3 % chez les membres des Premières Nations vivant à l'extérieur des réserves et de 7,3 % chez les Métis, comparativement à 5 % chez la population non autochtone[11]. Parmi les autres problèmes de santé remarquablement plus élevés chez les adultes des Premières Nations, mentionnons les maladies respiratoires, comme l'asthme (10,9 % par rapport à 7,8 %[12]), les maladies vasculaires, comme l'hypertension artérielle (21,8 % par rapport à 14 %[13]) et les cardiopathies ischémiques, les taux de mortalité étant également beaucoup plus élevés (155 chez les hommes et 75 chez les femmes par 100 000 habitants) que chez les non autochtones (123 chez les hommes et 49 chez les femmes)[14]. Les adultes des Premières Nations affichent aussi des taux supérieurs d'affections musculosquelettiques, comme l'arthrite et le rhumatisme (20,7 % par rapport à 13,9 %)[15]. En ce qui concerne les questions de santé mentale, le taux de suicide chez les membres des Premières Nations est environ le double de celui de la population canadienne en général (24 par rapport à 12 par 100 000 habitants)[16].

Selon les publications examinées, le profil de la santé des Inuits était différent de celui des Premières Nations en ce qui a trait aux affections et aux maladies chroniques. Les principales différences entre la population inuite et la population canadienne en général concernent la tuberculose (114 cas par rapport à 5 par 100 000 habitants[17]), le cancer du poumon (taux de mortalité de 53-55 par rapport à 12-20 par 100 000 habitants[18]), le cancer colorectal (taux de

---

10 La liste des problèmes de santé n'est pas exhaustive.

11 Agence de la santé publique du Canada, *Le diabète au Canada : Perspective de santé publique sur les faits et chiffres*, 2011. Consulté le 4 février 2012 : http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/highlights-saillants-eng.php#chp6.

12 Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005*, Ottawa, Publication Santé Canada 3556, 2009.

13 Santé Canada, *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits : Rapport 2012* Ottawa, 2012.

14 Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé -- Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*, Ottawa, Publication Santé Canada : 100353, 2010.

15 Santé Canada, *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits : Rapport 2012* Ottawa, 2012.

16 Inuit Tapiriit Kanatami, *Profil statistique des Inuits*, Ottawa, 2008.

17 Inuit Tapiriit Kanatami, *Profil statistique des Inuits*, Ottawa, 2008.

18 Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé -- Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*, Ottawa, Publication Santé Canada : 100353, 2010.

mortalité de 18 par rapport à 6-8 par 100 000[19]) et le suicide (135 par rapport à 12 par 100 000 habitants[20]). Il existe des raisons de croire que les taux de maladies chroniques chez les Inuits sont sans doute sous-estimés parce que celles-ci ne sont pas diagnostiquées[21].

Les taux de cancer ont été calculés pour les personnes vivant dans l'Inuit Nunangat (la terre inuite traditionnelle dans le nord du Canada) et comparés à ceux de la population vivant dans le reste du Canada. Ces taux indiquaient que chez les hommes, l'incidence du cancer était dans l'ensemble de 14 % moins élevée dans l'Inuit Nunangat que dans le reste du Canada, tandis que chez les femmes, il était de 29 % supérieur[22]. Les taux d'incidence de certains types de cancer (p. ex. poumons, bronches, colorectal) étaient plus élevés chez les résidants de l'Inuit Nunangat que dans le reste du Canada, tant chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de mortalité associé à des néoplasmes malins (cancer) parmi les résidents de l'Inuit Nunangat était environ deux fois plus élevé que dans l'ensemble du Canada (ce qui comprend les décès qui surviennent dans l'Inuit Nunangat). Ce profil a aussi été observé pour les taux de cancers colorectaux et du poumon, tous les deux remarquablement plus élevés chez les résidents de l'Inuit Nunangat que dans l'ensemble du Canada[23].

Dans le cadre de l'examen des taux de maladies chroniques en tant que données probantes démontrant le besoin de SDMC, il était aussi important de tenir compte des comorbidités associées aux maladies chroniques qui contribuent au niveau de besoin; les taux de membres des Premières Nations et d'Inuits se disant atteints de plus d'une affection chronique étaient élevés. Par exemple, au cours de la période de 2008 à 2010, plus d'un tiers des hommes (35,3 %) et des femmes (41,1 %) des Premières Nations vivant dans les réserves ont affirmé avoir deux affections chroniques ou plus[24]. Certains éléments indiquaient un accroissement de la complexité des affections chroniques; selon ce qu'ont déclaré les adultes des Premières Nations vivant dans les réserves et souffrant de quatre affections chroniques et plus, la prévalence de la comorbidité aurait augmenté, passant de 11,3 % en 2002-2003 à 16,0 % en 2008-2010[25]. De la même façon, on prévoit un accroissement de la maladie d'Alzheimer et des affections connexes (MAAC) chez les Premières Nations et les Inuits[26].

---

19 Santé Canada, *Les Canadiens et les Canadiennes en santé -- Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2010*, Ottawa, Publication Santé Canada : 100353, 2010.

20 Inuit Tapiriit Kanatami, *Profil statistique des Inuits*, Ottawa, 2008.

21 Johnston Research Inc, Réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, compte rendu de la réunion, ÉBAUCHE. Ottawa, Santé Canada, 2012.

22 G.M., Carriere, M. Tjepkema, J. Pennock et N. Goedhuis, « Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998-2007 », *International Journal of Circumpolar Health*, 2012, p. 71.

23 Statistique Canada, Mortalité, selon certaines causes de décès (CIM-10) et le sexe, moyenne de cinq ans, Canada et régions inuites, aux 5 ans, tableau 102-0704, CANSIM (base de données), 2010. Consulté le 24 mai 2013, à l'adresse : www5.statcan.gc.ca/cansim/a05?id=1020704 &stByVal=3&paSer=&lang=fra.

24 Johnston Research Inc, *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*, Ottawa, Santé Canada, 2011.

25 Johnston Research Inc, *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*, Ottawa, Santé Canada, 2011.

26 K. Jacklin et J. Walker, *Tendances de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées chez les Premières Nations et les Inuits : rapport final* (numéro de référence du contrat 4500268919), Ottawa, Santé Canada, 2012.

De nombreuses conditions présentes dans certaines communautés inuites et des Premières Nations ont pu nuire à leur santé, comme l'indiquent les données probantes issues de la revue de la littérature et de l'examen des documents. Ces conditions sont : la pauvreté, les services limités, l'isolement, le faible niveau de scolarité, les logements insalubres, l'insécurité alimentaire, le faible niveau de connaissance en matière de santé, ainsi que les taux élevés de tabagisme, d'alcoolisme, de toxicomanie et d'obésité [27,28,29,30,31,32,33,34]. Par exemple, le tiers des adultes vivant dans une réserve (33 %) ont déclaré avoir gagné un revenu inférieur à 10 000 $ en 2007 et 17 % d'entre eux vivaient dans un foyer dont le revenu total était inférieur à 10 000 $. Environ 40 % des adultes ont affirmé que l'aide sociale était une source de revenus[35]. La mauvaise condition des logements a été démontrée par le fait que plus des deux tiers des membres des Premières Nations vivant dans une réserve (71 %) on dit que des réparations devraient être effectuées à leur résidence comparativement à environ le quart des Canadiens (26 %)[36]. Beaucoup de ces conditions ont été exacerbées par les répercussions permanentes du système des pensionnats indiens subies par les communautés[37,38].

Les tendances démographiques tirées de la revue de la littérature et de l'examen des documents semblent indiquer que les besoins en services de SDMC devraient vraisemblablement continuer à augmenter compte tenu des changements prévus chez les populations inuites et des Premières Nations. Les projections indiquent une croissance importante de la population dans les réserves

---

27 M. Cohen, N. Hall, J. Murphy et A. Priest, *Innovations in community care : From Pilot Projects to System Change*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.policyalternatives.ca/sites/default /files/uploads/publications/BC_Office_Pubs/bc_2009/CCPA_bc_innovations_web.pdf.

28 Johnston Research Inc, *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*, Ottawa, Santé Canada, 2011.

29 Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003,* Publication Santé Canada : 3555, Ottawa, 2009.

30 Johnston Research Inc, Réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, compte rendu de la réunion, ÉBAUCHE. Ottawa, Santé Canada, 2012.

31 R.E. Scott et M. Palacios, *Background Paper on Telehomecare (Home e-Health) in Canada's First Nations and Inuit (FN/I) Communities. Where Are We – Where Can We Go?*, 2011.

32 The First Nations Information Governance Centre, *RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results: Adult, Youth, Child*, Ottawa, Revised Edition, 2011.

33 Comité parlementaire sur les soins palliatifs et les soins de compassion, *Avec dignité et compassion : soins destinés aux Canadiens vulnérables*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2011.

34 BC Association of Community Response Networks, *Promising Approaches for Addressing/Preventing Abuse of Older Adults in First Nations Communities: A Critical Analysis and Environmental Scan of Tools and Approaches*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/First%20Nations/Public20130425160252.pdf.

35 The First Nations Information Governance Centre, *RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results: Adult, Youth, Child*, Ottawa, Revised Edition, 2011.

36 The First Nations Information Governance Centre, *RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results: Adult, Youth, Child*, Ottawa, Revised Edition, 2011.

37 BC Association of Community Response Networks, *Promising Approaches for Addressing/Preventing Abuse of Older Adults in First Nations Communities: A Critical Analysis and Environmental Scan of Tools and Approaches*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/First%20Nations/Public20130425160252.pdf.

38 Pauktuutit Inuit Women of Canada, *National Strategy to Prevent Abuse in Inuit Communities: Environmental Scan of Inuit Elder Abuse Awareness*, 2011. Consulté à l'adresse : http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/04-Inuit-Elder-Abuse-Scan_EN.pdf

et chez les Inuits au cours des 15 prochaines années. Selon une étude, les populations des Premières Nations vivant dans une réserve et âgées de 45 ans et plus, ce qui correspond à la majorité des clients recevant des SDMC, représenteront environ 30 % de la population vivant dans les réserves d'ici 2026 comparativement à 21 % en 2006[39]. À l'autre extrémité de la fourchette d'âge, un besoin accru de services de SDMC est prévu pour les soins périnataux, car les taux de fertilité sont substantiellement plus élevés chez les Premières Nations que le taux canadien de 1,61 naissance par femme. Ce facteur associé à la baisse des taux de mortalité infantile pourrait accroître le nombre d'enfants ayant des besoins spéciaux et dont les familles auront besoin de services de SDMC[40,41,42].

L'examen des documents a fourni des données probantes indiquant que, dans bon nombre de provinces et territoires, la tendance consistant à donner rapidement les congés d'hôpital aux patients et à fournir davantage de soins à domicile s'est traduite en un besoin accru de services de SDMC chez les personnes âgées et fragiles. Les documents examinés n'ont cependant pas fourni de données sur la mesure dans laquelle la demande de services du PSDMCPNI a augmenté à la suite de ce changement en matière de prestation de services[43].

Les données probantes issues de la revue de la littérature et de l'examen des documents ont révélé qu'il existe un besoin démontrable de fournir des services de SDMC qui tiennent compte du contexte culturel et de la langue. Par exemple, un document révélait que plus de six aînés des Premières Nations sur dix (65 %) et près de sept aînés inuits sur dix (69 %) utilisent leur langue autochtone comme principale langue à la maison[44]. Selon les documents examinés, les services de soins à domicile et en milieu communautaire dispensés et administrés par les communautés sont plus susceptibles d'être bien adaptés aux aspects culturels, comme la langue, la nature holistique des services, l'accès aux soins courants et traditionnels et l'importance accordée à un régime alimentaire et à un mode de vie traditionnels ainsi qu'à la relation à la terre[45,46,47].

---

39 Johnston Research Inc, Réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, compte rendu de la réunion, ÉBAUCHE. Ottawa, Santé Canada, 2012.

40 Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : Statistiques démographiques afférentes au Canada atlantique et à l'Ouest canadien, 2001-2002*, Ottawa (Publication Santé Canada : 3558), 2011.

41 R.E. Scott et M. Palacios, *Background Paper on Telehomecare (Home e-Health) in Canada's First Nations and Inuit (FN/I) Communities. Where Are We – Where Can We Go?*, 2011.

42 Aarluk Consulting, Rapport d'évaluation sur le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, Iqaluit, 2012.

43 Johnston Research Inc, Réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, compte rendu de la réunion, ÉBAUCHE. Ottawa, Santé Canada, 2012.

44 Johnston Research Inc, Réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, compte rendu de la réunion, ÉBAUCHE. Ottawa, Santé Canada, 2012.

45 Johnston Research Inc, *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*, Ottawa, Santé Canada, 2011.

46 R. P. Cotter, J. R. Condon, I. P. S. Anderson, L. R. Smith et T. Barnes, « Indigenous aged care service use and need for assistance: How well is policy matching need? », *Australasian Journal of Ageing*, 2001, doi: 10.1111/j.1741-6612.2011.00532.x, 2001, n° 30 supp. 2, p. 38-44.

Tous les informateurs clés ont mentionné des tendances similaires à celles qui ont été énumérées plus haut reliées au besoin de SDMC, notamment des taux croissants de maladies chroniques chez les Premières Nations et les Inuits, la décision des gouvernements provinciaux de confier davantage de services aux milieux communautaires de sorte que les clients obtiennent rapidement leur congé d'hôpital et ont besoin de soins plus complexes ainsi que des besoins accrus en soins palliatifs et de réadaptation. Le sondage auprès des intervenants a lui aussi fourni des données probantes indirectes appuyant le besoin démontrable du PSDMCPNI. En effet, la majorité des répondants au sondage (53 % n = 147) étaient d'avis que le besoin du PSDMCPNI s'est accru au cours des cinq dernières années en raison de l'accroissement de la population ayant besoin de ces services, de la complexification des cas et de la réduction du temps d'hospitalisation.

Capacité de répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuits

Les données probantes issues de l'examen des documents et de la base de données, des entrevues avec les informateurs clés et du sondage auprès des intervenants ont montré que le PSDMCPNI répond aux besoins essentiels des Premières Nations et des Inuits pour lesquels il a été conçu. Cependant, les besoins en SDMC des Premières Nations et des Inuits devraient augmenter et devenir de plus en plus complexes. Les données du programme indiquent que sur une période de trois ans, soit de 2008-2009 à 2010-2011, le PSDMCPNI a permis de répondre aux besoins de la population en fournissant environ 7,8 millions d'heures de services[48]. Pendant cette période de trois ans, le financement du programme a été stable et le nombre d'heures fournies chaque année est lui aussi demeuré assez constant, s'élevant en moyenne à 2,6 millions par année[49]. Un autre indicateur de la capacité du programme de répondre aux besoins a trait au nombre de fois que les services n'ont pu être dispensés. Une telle situation se produit lorsque des rendez-vous sont inscrits au calendrier, mais n'ont pas lieu pour diverses raisons, par exemple, le lieu du rendez-vous est jugé non sécuritaire ou le client refuse le service offert. Environ 123 000 heures de service (seulement 1,5 %) n'ont pas été fournies pendant ces trois ans[50].

Les informateurs clés et les répondants au sondage ont affirmé que le PSDMCPNI répondait aux besoins des Premières Nations et des Inuits, mais que des changements pourraient être apportés pour qu'il y réponde encore mieux. Des services essentiels sont fournis dans la plupart des communautés, selon la plupart des informateurs des bandes et de Santé Canada. Une exception a été constatée dans les petites communautés qui n'étaient pas en mesure de fournir les services

---

47 Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, *Cape Breton Home Care Discharge Planning Program: Evaluation Findings*, 2008. Consulté à l'adresse : http://novascotia.ca/dhw/ccs/documents/Cape-Breton-Home-Care-Discharge-Planning-Pilot-Evaluation.pdf.

48 Les infirmières inscrivent les heures dans un journal lorsque des rendez-vous pour des SDMC sont prévus avec des clients. Le service est considéré comme ayant été rendu si le rendez-vous a lieu. Le service est considéré comme n'ayant pas été rendu si le rendez-vous n'a pas lieu.

49 Santé Canada, *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, 2012. *À noter que ces totaux n'incluent pas les données du Nunavut.*

50 Santé Canada, *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, 2012 (suivi au moyen du MERPS).

essentiels en raison d'un niveau inférieur de financement du programme[51]. Les informateurs de Santé Canada ont souligné que la politique du programme exigeait que les communautés comptent 500 personnes ou plus pour qu'un financement permettant une dotation en personnel adéquate pour le programme leur soit accordé. Certaines communautés s'y sont opposées, car elles préféraient dispenser leur propre programme et dans certaines régions, il s'est avéré difficile de regrouper de petites communautés éloignées afin de dispenser le programme. Par conséquent, la politique a permis une certaine souplesse afin que les petites communautés puissent fournir les éléments essentiels du programme et répondre aux besoins en soins à domicile de leurs membres. Les données reçues de la DGSPNI indiquaient qu'actuellement, 151 communautés de moins de 500 personnes disposent de leur propre accord de financement. Cela représente environ le quart (23 %) des 657 communautés qui reçoivent des services du PSDMCPNI.

La plupart des informateurs clés de Santé Canada ont précisé que le PSDMCPNI offre ces services de soins à domicile dans une grande ou une très grande mesure, sauf dans les petites communautés qui disposent de peu de fonds. De même, la majorité des répondants au sondage (53 % n = 173) étaient d'avis que le PSDMCPNI répond aux besoins essentiels en soins à domicile dans une grande ou une très grande mesure. Une autre proportion importante de répondants (38 % n = 124) ont dit que le programme répond aux besoins dans une certaine mesure.

Aucun informateur clé n'a affirmé que les services de soutien du PSDMCPNI (réadaptation et autres traitements; soins palliatifs à domicile; soins de jour pour adultes, programmes de repas; soins de santé mentale à domicile; activités spécialisées de promotion de la santé) sont offerts à même le financement du PSDMCPNI. Les représentants du PSDMCPNI ont cependant déclaré que le gouvernement du Nunavut utilise les fonds du PSDMCPNI pour ces activités. Les informateurs clés ont fait remarquer que les communautés qui offrent des services de soutien le font principalement à l'aide de financement issu d'autres programmes fédéraux, d'un financement ou d'une aide des provinces par l'entremise des autorités sanitaires régionales ou de sources provenant de la communauté même.

Les informateurs clés et les répondants au sondage ont nommé des secteurs où le programme pourrait être amélioré en réponse aux tendances cernées. La majorité des informateurs clés ont énuméré les possibilités suivantes (en proportions à peu près égales) : faire des soins palliatifs à domicile un service essentiel (et financé); fournir davantage de ressources dans l'ensemble afin de réagir à la tendance d'augmentation des besoins; continuer à fournir du financement pour former le personnel afin de tirer profit de l'augmentation récente des fonds destinés à la formation du personnel infirmier du PSDMCPNI. Quelques-uns ont suggéré la prolongation des heures de soin, l'amélioration continue des politiques et des outils du programme et l'intégration à d'autres programmes.

Les répondants au sondage qui ont déclaré que des changements devaient être apportés au PSDMCPNI afin qu'il réponde mieux aux besoins de la population devaient nommer un secteur principal de changement. Certains ont proposé une augmentation du financement pour que davantage de services soient offerts, par exemple, d'autres services de soins à domicile et en

[51] La DGSPNI reconnaît que les petites communautés et celles qui sont éloignées ne peuvent pas offrir tous les services.

milieu communautaire, comme la physiothérapie, l'orthophonie, les services en santé mentale ou en travail social, les soins palliatifs et la prolongation des heures de soins en soirée et la fin de semaine.

4.2 Élément 2 (pertinence) – Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Des données probantes indiquent que le PSDMCPNI, en tant que programme obligatoire de soins de santé primaires, demeurait une priorité du gouvernement fédéral au moment de la période visée par l'évaluation. L'examen des documents budgétaires et de diverses politiques et initiatives fédérales a permis de mettre en évidence les déclarations de soutien et l'engagement continu à l'égard de l'amélioration de la santé des Premières Nations et des Inuits.

L'examen des documents a permis de mettre en évidence les déclarations d'un engagement fédéral permanent à l'égard de l'amélioration de la santé des Premières Nations et des Inuits. Dans le budget de 2008, la santé des Premières Nations et des Inuits était considérée comme une priorité, et un engagement financier y était prévu en vue de stabiliser les programmes actuels en santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits et de favoriser leur intégration plus étroite dans les systèmes provinciaux de manière à obtenir de meilleurs résultats en santé[52]. Le budget de 2009 comprenait un engagement de financement à l'égard des approches de partenariats pratiques avec les organismes autochtones pour la prestation des programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits[53]. Diverses politiques et initiatives fédérales ont démontré que le PSDMCPNI, en tant qu'élément clé de la prestation de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits, demeure une priorité pour le gouvernement fédéral. Entre autres, la *passation du contrôle des services de santé aux communautés inuites et des Premières Nations* et les initiatives et appuis récents en vue d'améliorer la *viabilité du système de santé des territoires*[54].

Selon les modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits, le PSDMCPNI est l'un des programmes obligatoires de l'activité de programme relative aux soins de santé primaires. Ces programmes sont ceux qui ont des répercussions directes sur la santé et la sécurité des membres des communautés et de la population. Ils comportent un solide volet clinique ou de santé publique. Le personnel de la santé doit détenir certains titres de compétence, un certificat ou un permis et satisfaire aux normes de pratique professionnelle afin que des services de santé publique et de soins cliniques de qualité soient dispensés aux clients[55].

---

52 Ministère des Finances Canada, *Le budget en bref de 2008 : un leadership responsable*, Ottawa, 2008.
53 Ministère des Finances Canada, *Le Plan d'action économique du Canada*, le budget de 2009, Ottawa, 2009.
54 Santé Canada, Modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits, Ottawa, 2011.
55 Santé Canada, Modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux aux Premières Nations et aux Inuits, Ottawa, 2011.

4.3 Élément 3 (pertinence) – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Il existait des liens entre les résultats prévus du PSDMCPNI et les priorités et résultats stratégiques de Santé Canada. Le PSDMCPNI cadre avec les rôles et responsabilités de Santé Canada et ses principales activités de programme, comme en fait foi l'Architecture d'alignement des programmes (AAP).

Les services du PSDMCPNI étaient harmonisés à la prestation des programmes de santé des Premières Nations et des Inuits dispensés ou financés par la DGSPNI de Santé Canada conformément à la *Politique sur la santé des Indiens* et aux déclarations et mandats ministériels subséquents. Les documents du programme montraient que le PSDMCPNI cadre avec les priorités et les résultats stratégiques de Santé Canada. Le résultat stratégique du plan stratégique[56] de la DGSPNI s'énonce comme suit : « Dans le cadre des programmes de santé fédéraux de Santé Canada, les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services et des prestations de santé répondant à leurs besoins, de manière à améliorer leur état de santé » (p. 8). Le résultat à long terme du PSDMCPNI, « des services de soins à domicile et en milieu communautaire qui répondent aux besoins des personnes et des communautés inuites et des Premières Nations », concordait aussi avec ce résultat stratégique[57]. Les modalités décrivaient également la façon dont le PSDMCPNI cadre avec les objectifs de la DGSPNI[58]. Les rapports ministériels sur le rendement (RMR) et les rapports sur les plans et les priorités (RPP) de Santé Canada pour les exercices 2008-2009 à 2011-2012 ont montré comment les services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits ont continué d'être une priorité pour Santé Canada. Par exemple, le RMR 2010-2012 mettait en évidence le rôle que joue Santé Canada pour favoriser la prestation de programmes et de services de santé aux Premières Nations et aux Inuits et l'accès à ces programmes, ce qui contribue à la réduction de l'écart entre les résultats en matière de santé des membres des Premières Nations et des Inuits et ceux des autres Canadiens. L'AAP de Santé Canada, un inventaire structuré des programmes de Santé Canada, décrit les programmes dans leur relation logique les uns avec les autres et l'objectif stratégique auquel ils contribuent. L'AAP[59] 2012 présentait le PSDMCPNI comme une composante des soins primaires aux Premières Nations et aux Inuits cadrant avec les principales activités de programmes ministériels.

---

56 Santé Canada, *Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, Ottawa, 2012. Consulté à l'adresse www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-fra.php.

57 Modèle logique du PSDMCPNI.

58 Santé Canada, Modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières nations et aux Inuits, Ottawa, 2011.

59 Santé Canada, Architecture d'activités de programmes et Cadre de mesure du rendement, Ottawa, 2011.

Les documents ont aussi montré que les activités du PSDMCPNI étaient conformes aux rôles conférés à Santé Canada en matière de prestation de services aux Premières Nations et aux Inuits. La prestation de services et de programmes de santé aux Premières Nations et aux Inuits par Santé Canada était conforme à la *Politique fédérale sur la santé des Indiens*[60]. Selon les modalités de la politique, l'amélioration de la santé des peuples autochtones est une responsabilité que partagent les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones. À cette fin, Santé Canada s'emploie à établir des partenariats entre les gouvernements provinciaux et les Premières Nations pour intégrer les systèmes de santé fédéral et provinciaux, et il soutient les communautés inuites et des Premières Nations en leur donnant davantage de contrôle sur la conception et la prestation des programmes pour qu'elles puissent combler leurs besoins particuliers en matière de santé [61]. Selon un RPP récent, Santé Canada est responsable de la prestation de SDMC dans environ 600 communautés des Premières Nations, ce qui est en harmonie avec les activités du PSDMCPNI[62].

Santé Canada et d'autres informateurs clés (p. ex. représentants des autorités sanitaires provinciales, territoriales et régionales) devaient donner leur opinion sur l'harmonisation du PSDMCPNI avec les responsabilités et rôles fédéraux. Tous les informateurs clés ont déclaré que le PSDMCPNI cadrait avec les responsabilités et les rôles fédéraux. La raison la plus souvent invoquée était que les responsabilités du gouvernement fédéral ainsi que ses obligations de fiduciaire et ses obligations en vertu de traités à l'égard des Premières Nations et des Inuits l'obligeaient à fournir l'accès aux soins de santé (mentionné par 75 % des informateurs clés). Quelques-uns ont souligné l'importance de l'harmonisation des services du PSDMCPNI avec les programmes des soins à domicile pour que le programme soit pertinent pour les Premières Nations et les Inuits (c.-à-d. faire en sorte que les clients aient accès à un continuum de soins coordonnés et puissent quitter l'hôpital sans risque et que les services de soins à domicile et en milieu communautaire cadrent avec ceux qui sont offerts à l'extérieur de la réserve).

4.4 Élément 4 (efficacité) – Atteinte des résultats escomptés

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat 1 : Adéquation accrue entre les services de soins à domicile et en milieu communautaire et les besoins évalués

60 Santé Canada, *Budget des dépenses 2010-2011, Partie III, Santé Canada – Rapport sur les plans et les priorités*, Ottawa, 2011.

61 Santé Canada, Modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières nations et aux Inuits, Ottawa, 2011.

62 Santé Canada, *Budget des dépenses 2010-2011, Partie III, Santé Canada – Rapport sur les plans et les priorités*, Ottawa, 2011.

Le PSDMCPNI a été mis en œuvre comme prévu pour fournir des services de soins à domicile et en milieu communautaire fondés sur le besoin évalué. Des données probantes ont indiqué que les services fournis et les besoins auxquels on a répondu étaient relativement diversifiés et que les modèles de prestation de services sont restés les mêmes pendant trois ans, sauf dans les communautés inuites où un virage s'est effectué vers des services de soins actifs aux clients proportionnellement plus nombreux.

L'examen de la base de données a fourni des renseignements sur le nombre d'heures de services prodigués par type de client et par type de service, indiquant dans une certaine mesure la diversité des services fournis à tous les clients du PSDMCPNI[63]. D'après le rapport sommaire du PSDMCPNI de 2012, en 2010-2011 les heures de service ont été réparties parmi les clients de la façon suivante :

- environ la moitié des heures de service (53 %) ont été fournies à des clients nécessitant des soins de soutien de longue durée et souffrant de problèmes de santé multiples ou complexes persistants;
- le tiers des services (30 %) ont été fournis à des clients nécessitant des soins de maintien et souffrant d'affections chroniques stables ou de limitations fonctionnelles;
- le reste des heures de services, soit 16 %, a été fourni aux clients nécessitant : des soins actifs (6 %), « d'autres » soins (6 %), de la réadaptation (3 %) et des soins en fin de vie (1 %).

Dans l'ensemble, la proportion des heures de service fournies selon le type de client est demeurée relativement constante de 2008-2009 à 2010-2011[64]. Cependant, une autre étude sur les services de soins à domicile et en milieu communautaire (SDMC) du Nunavut a indiqué que la proportion de clients servis dans ce territoire sur une période de sept ans a changé en raison de l'augmentation des clients nécessitant des soins actifs et de la diminution des clients nécessitant la prise en charge de maladies chroniques ou des services de remplacement des soins de longue durée[65,66].

De même, bien que cet aspect ne soit pas directement lié au résultat, il semble que les services offerts par le PSDMCPNI à tous les clients étaient diversifiés selon le type de soins fournis. En 2010-2011, les services offerts en plus grandes proportions étaient destinés au soutien à domicile (61 %), aux soins personnels (17 %) et aux soins infirmiers (9 %). Les autres services offerts comprenaient la gestion de cas (8 %), la relève à domicile (5 %) et les thérapies professionnelles (1 %). Ce modèle de service a très peu changé au cours des trois années (de 2008-2009 à 2010-2011)[67].

---

63 Ne comprend pas les données du Nunavut.

64 Santé Canada, *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, rapport de synthèse, Unité de mesure du rendement de la DGSPNI, 2012.

65 Les « services de remplacement des soins de longue durée » sont des services de soins à domicile visant à aider les clients handicapés ou malades à accroître leur autonomie et à ne plus dépendre des services de soins à domicile.

66 Aarluk Consulting, *Home and Community Care Program in Nunavut: Evaluation Report*, Iqaluit, 2012.

67 Santé Canada, Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012. *Il est à noter que les données pour l'Alberta sont nettement différentes de celles des autres régions, avec une proportion substantiellement plus faible des heures de services de soutien à domicile (16 %) et une proportion plus grande des heures de services de soins infirmiers (39 %).*

Résultat immédiat 2 : Capacité accrue du personnel de soins à domicile et en milieu communautaire

Des données probantes indiquaient des progrès au chapitre de l'accroissement de la capacité (connaissance, compétences et habiletés) de la main-d'œuvre affectée aux soins à domicile et en milieu communautaire grâce à l'intensification de la formation clinique du personnel infirmier.

La capacité du personnel infirmier affecté aux SDMC s'est accrue grâce à d'autres initiatives de la DGSPNI visant à mieux servir les clients qui ont besoin de ces soins. Par exemple, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a versé des fonds pour la formation du personnel infirmier en soins à domicile (infirmières autorisées et infirmières auxiliaires), soit une formation portant sur les directives cliniques fondées sur des données probantes et sur les stratégies de prise en charge des maladies chroniques. Un informateur clé de Santé Canada a indiqué qu'à ce jour, environ 500 infirmières à domicile ont pu recevoir une formation dans le cadre de cette initiative. Selon les données du PSDMCPNI, ces infirmières représentent une large proportion (environ 67 %) des infirmières offrant des SDMC[68].

Par ailleurs, depuis 2009, grâce au financement accordé au PSDMCPNI par le Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers, certaines régions ont obtenu les moyens nécessaires pour offrir des services de consultation et de la formation aux membres du personnel communautaire du PSDMCPNI, notamment sur les pratiques en vigueur pour le soin des plaies, les stomies et l'incontinence, qui permettent aux clients de se rétablir plus rapidement et d'utiliser les ressources de façon plus efficace tout en demeurant dans leur communauté[69]. Quelques informateurs clés de Santé Canada et des bandes ont indiqué que ce nouveau soutien répond à un besoin et qu'il est efficace. Quelques informateurs des bandes et certains informateurs clés de Santé Canada, des provinces, des territoires et des régions qui se sont exprimés sur la formation ont affirmé que cette formation graduelle a amélioré notablement la connaissance et les compétences du personnel infirmier. Aucune allocation de formation semblable n'a été accordée au personnel non infirmier (p. ex. préposés aux soins personnels) durant la période visée par l'évaluation. Tous les informateurs clés qui se sont exprimés sur la formation ont mentionné le besoin continu de formation pour les infirmières et pour les préposés aux soins personnels en raison du roulement de l'effectif et de la nécessité de demeurer à jour concernant les nouvelles pratiques exemplaires. Certains des répondants au sondage (40 %, n =122) ont indiqué que la formation des travailleurs de première ligne était adéquate dans une grande ou une très grande mesure.

---

[68] Ces chiffres sont basés sur le total des infirmières offrant des soins à domicile et en milieu communautaire qui sont des infirmières autorisées ou des infirmières auxiliaires (n = 745) recensées dans le rapport (le plus récent) intitulé *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, Santé Canada, 2012.

[69] Santé Canada, *Fiches d'information sur le projet de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, Ottawa, 2012.

Afin de mieux saisir la capacité de fournir des soins à domicile et en milieu communautaire dans les réserves, des données sur le ratio des travailleurs de la santé par rapport aux populations des réserves ont été recueillies pour une période de deux ans (2009-2010 à 2010-2011). Le tableau 4 présente les chiffres pour 2010-2011. Aucun des ratios pour les différents groupes n'a changé de façon importante pendant les deux années, selon les données[70].

Tableau 4 : Nombre de travailleurs en soins à domicile et en milieu communautaire par tranche de 100 000 résidents des réserves des Premières Nations

Nombre de travailleurs en SDMC (équivalents plein temps) par tranche de 100 000 habitants des réserves des Premières Nations (2010-2011)	
Infirmières auxiliaires	35
Personnel du soutien au programme	71
Infirmières autorisées	75
Personnel de soutien à domicile	93
Préposés aux soins personnels	184

Résultat immédiat 3 : Collaboration accrue avec les fournisseurs internes et externes

Des progrès ont été enregistrés pour ce qui est de la collaboration du personnel du PSDMCPNI avec d'autres fournisseurs de soins de santé à l'intérieur et à l'extérieur des communautés. Les efforts visant à augmenter la collaboration avec les programmes sociaux (p. ex. les services sociaux, les travailleurs sociaux, le volet soins à domicile du PAVA d'AADNC et le logement) ont été perçus comme ayant plutôt perdu de leur efficacité dans l'ensemble. Les liens avec les programmes sociaux ont été perçus comme étant plus forts dans les communautés où les bureaux de gestion des programmes de santé et des programmes sociaux étaient localisés au même endroit ou gérés par un seul ministère.

Les liens avec d'autres fournisseurs de services sociaux et de services de santé et l'aiguillage vers ceux-ci ont constitué un élément essentiel du PSDMCPNI pour assurer la continuité des soins fournis aux clients des services de SDMC.

Par exemple, la collaboration avec des fournisseurs externes de services est bien démontrée. Les entrevues avec les informateurs clés et le sondage auprès des intervenants ont fourni des données probantes attestant que le personnel du PSDMCPNI, dans la majorité des communautés de l'échantillon, a établi avec des fournisseurs externes de soins de santé des ententes de collaboration tacites et, dans une moindre mesure, officielles, en matière de coordination des soins et d'accès aux services de soins de santé provinciaux pour les membres des communautés. La plupart des informateurs des bandes ont indiqué qu'ils avaient des ententes de collaboration tacites tandis que certains avaient des ententes ou arrangements officiels avec des fournisseurs externes de services (principalement les autorités sanitaires régionales) concernant la prestation de services de santé. Environ les trois quarts des répondants au sondage ont souligné que leur

[70] Santé Canada, *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, 2012.

communauté avait conclu des ententes de collaboration officielles ou tacites pour la prestation de services de soins de santé avec des fournisseurs externes. La plupart des informateurs des régions de Santé Canada ont mentionné que les communautés avaient principalement conclu des ententes tacites.

Les entrevues avec les informateurs clés ont indiqué une certaine augmentation de la collaboration pendant la période visée par l'évaluation, grâce aux efforts déployés aux échelons communautaire et régional. Quelques informateurs de Santé Canada ont cité des processus officialisés (p. ex. groupes de travail provinciaux ou accords tripartites dans quatre régions) et des projets pilotes (p. ex. dossier électronique, instrument RAI HC[71] [Instrument d'évaluation des résidents – Services à domicile d'interRAI], trousse de planification des congés) mis en œuvre pendant la période visée par l'évaluation pour améliorer la collaboration avec les fournisseurs externes. De la même façon, certains informateurs des provinces, des territoires et des régions ont parlé de leurs initiatives pour établir des liens avec Santé Canada et le personnel communautaire du PSDMCPNI. Les informateurs clés qui étaient très satisfaits de leurs liens avec des fournisseurs externes de services ont mieux réussi à faire progresser leurs ententes de collaboration. De plus, certains des répondants au sondage ont affirmé que des liens efficaces existaient entre le personnel communautaire du PSDMCPNI et les fournisseurs externes de soins de santé dans une large ou dans une très large mesure.

La collaboration avec des fournisseurs internes de soins de santé a elle aussi été démontrée. Les données probantes provenant des documents et des entrevues avec les informateurs clés indiquent que des efforts ont été déployés aux échelons national et régional, durant la période visée par l'évaluation, pour favoriser la planification intégrée des programmes de santé et la formation conjointe du personnel. Cela a donné lieu à une plus grande collaboration du personnel du PSDMCPNI avec d'autres membres du personnel de soins de santé, du moins dans certaines communautés. En 2008, la mise en œuvre d'un service de santé non assuré[72] – processus d'autorisation de commande accordé aux infirmières en SDMC – permettant à des infirmières autorisées de commander, d'un médecin ou d'une infirmière praticienne, du matériel et de l'équipement médical pour les clients admissibles du PSDMCPNI. Ce processus a été conçu pour améliorer les résultats sur la santé du client en rendant plus rapide, plus simple et plus efficace la commande de matériel. Un informateur clé de Santé Canada a indiqué que la région de l'Alberta a pleinement mis en œuvre ce processus et que d'autres régions l'introduisaient actuellement dans les communautés[73].

La plupart des informateurs clés étaient satisfaits des liens que le personnel du PSDMCPNI avait établis avec les autres responsables de programmes de santé dans les communautés. De même, plusieurs répondants au sondage (56 %, n = 174) ont souligné que des liens efficaces étaient en

---

71 InterRAI est un réseau collaboratif international de chercheurs soucieux d'améliorer les soins aux personnes ayant un handicap ou souffrant d'un problème médical complexe. La suite d'instruments d'évaluation complets d'interRAI est conçue pour évaluer les forces, les préférences et les besoins des personnes issues de populations vulnérables et dont les besoins à l'échelle du continuum des soins sont complexes, et pour en tenir compte.

72 Le programme de services de santé non assurés fournit une couverture pour une gamme limitée de biens et de services du domaine des soins de santé qui ne sont pas assurés ailleurs.

73 Santé Canada, *Fiches d'information sur le projet de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits,* Ottawa, 2012.

place entre le personnel communautaire du PSDMCPNI et d'autres responsables de programmes de santé en vigueur dans la communauté dans une grande ou très grande mesure.

On a demandé aux informateurs clés de formuler des commentaires sur les liens établis avec les programmes sociaux offerts dans les communautés. La plupart d'entre eux ont alors fait référence aux programmes sociaux en général. Certains ont mentionné des programmes ou des services en particulier : le volet soins à domicile du PAVA d'AADNC (un programme social d'AADNC), les services sociaux, l'assistance sociale, les travailleurs sociaux et le logement. L'étude de cas portant sur l'intégration des programmes a révélé que la prestation de programmes intégrés a augmenté le niveau de collaboration du PSDMCPNI avec le volet soins à domicile du PAVA.

Les données probantes ont indiqué que moins de la moitié de tous les groupes d'informateurs clés étaient satisfaits des liens entre le personnel du PSDMCPNI et celui des programmes sociaux dans les communautés. De même, moins de la moitié des répondants au sondage (40 %, n =124) ont déclaré qu'il existait des liens efficaces entre le personnel communautaire du PSDMCPNI et les autres programmes sociaux dans une grande ou une très grande mesure. En général, les informateurs clés ont noté que les liens étaient plus solides dans les communautés ou que la gestion des programmes de santé et des programmes sociaux se déroulait dans les mêmes locaux ou étaient gérés par un seul ministère.

Résultat immédiat 4 : Utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices et des pratiques exemplaires dans la prestation des services

Dans l'ensemble, les politiques, les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires ont été grandement utilisées dans la prestation du PSDMCPNI. Les initiatives nationales mises sur pied durant la période visée par l'évaluation devraient en favoriser l'utilisation aux échelons régional et local. Parmi les facteurs associés à une utilisation accrue, notons une plus grande capacité régionale de fournir le programme et une prestation intégrée du programme.

Les normes et les politiques du PSDMCPNI sont en place depuis le lancement du programme. En 2000, la Trousse de ressources de planification, qui comprend des modèles de normes et de politiques, a été fournie aux communautés pour les aider à élaborer des normes et des politiques adaptées au plan de prestation des services du PSDMCPNI de leur communauté. Les communautés qui ont reçu le financement pour exécuter le PSDMCPNI devaient élaborer, superviser et réviser les normes de soins sur une base régulière afin de s'assurer que les clients reçoivent les services appropriés. La DGSPNI a actualisé les normes et les modèles en 2012, et leur traduction est en cours. Ils devraient être distribués en 2013 au personnel de SDMC avec la Trousse de ressources pour l'amélioration de la qualité (décrite dans les données probantes liées au résultat intermédiaire 4) en tant qu'instrument complet appuyant l'exécution d'un programme de qualité.

Les documents du PSDMCPNI montrent que le nombre d'organismes des Premières Nations ayant des programmes de soins à domicile agréés en vertu des normes de soins de santé à

domicile et en milieu communautaire d'Agrément Canada a augmenté, passant de 38 en 2008 à 58 en 2011. Étant donné qu'environ 600 communautés des Premières Nations assurent la prestation du PSDMCPNI, il s'agit d'une augmentation de 6 % à 10 % des communautés ayant des programmes de soins à domicile agréés pendant la plus grande partie de la période visée par l'évaluation.

En ce qui concerne les pratiques exemplaires, durant la période visée par l'évaluation, la DGSPNI a financé la compilation des études de cas du PSDMCPNI des huit régions ainsi que la publication de deux rapports visant à promouvoir l'échange et l'adoption de pratiques efficaces dans les communautés. L'un des rapports portait principalement sur les services de SDMC tandis que l'autre traitait des approches concertées de prestation des services pour la santé mentale et les SDMC[74,75]. Aucun élément ne faisait état de l'étendue de l'utilisation de ces rapports par le personnel communautaire du PSDMCPNI, puisqu'il n'existait pas de données sur cette utilisation.

Les données issues des entrevues avec les informateurs clés et du sondage auprès des intervenants indiquaient que divers instruments stratégiques sont en place et sont utilisés dans la majorité des communautés. La plupart des informateurs des bandes ont affirmé qu'ils disposent des politiques, des normes, des lignes directrices, des processus de rapport d'incident et des processus de plainte du PSDMCPNI et les utilisent. De même, la plupart des informateurs de Santé Canada ont indiqué que, dans leur région, les bandes avaient des politiques (qu'elles utilisaient), des processus de rapport d'incident (dont l'utilisation varie) et des processus de plainte (qu'elles utilisaient régulièrement). Une majorité de répondants au sondage (65 %, n = 170) ont indiqué que l'information sur les politiques, les normes, les lignes directrices et les pratiques exemplaires est utilisée dans la prestation des services du PSDMCPNI dans une grande ou une très grande mesure. Environ la moitié des répondants au sondage (55 %, n = 139) ont mentionné que les processus de rapport d'incident étaient en place dans une grande ou une très grande mesure (55 %, n = 139), tout comme les processus de gestion des plaintes et des appels liés aux soins à domicile et en milieu communautaire (46 %, n = 115).

La plupart des informateurs des bandes ont indiqué qu'il n'y avait eu aucun changement en matière d'utilisation des politiques et des pratiques exemplaires durant la période visée par l'évaluation, tandis que la moitié des informateurs de Santé Canada ont indiqué qu'une grande importance est maintenant accordée à cet aspect des services par le personnel communautaire du PSDMCPNI parce que Santé Canada a beaucoup mis l'accent sur les politiques et l'amélioration de la qualité pendant la période visée par l'évaluation.

Les données probantes issues de l'étude de cas sur la capacité régionale laissaient entendre que les niveaux de capacité régionale élevés ont influencé positivement l'utilisation de politiques dans les communautés. Tous les coordonnateurs du PSDMCPNI et les informateurs des

---

74 Association canadienne de soins et services à domicile, *Pensée, corps, esprit : pratiques prometteuses dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire aux Premières nations et aux Inuits*, 2010. Consulté à l'adresse : http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2344

75 Association canadienne de soins et services à domicile, *Beaucoup de collaborateurs …un même esprit : pratiques prometteuses dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire aux Premières nations et aux Inuits – services en santé mentale*. Mississauga, 2011.

communautés dans les régions à capacité élevée ont indiqué que les communautés se sont améliorées dans cet aspect du programme pendant la période visée par l'évaluation et que le soutien apporté par le personnel du PSDMCPNI était une influence positive. La plupart des informateurs des communautés des régions de faible capacité et tous les coordonnateurs du PSDMCPNI de ces régions ont déclaré qu'ils n'avaient observé aucune augmentation de l'utilisation de politiques, de lignes directrices ou de pratiques exemplaires par ces communautés durant la période visée par l'évaluation. Les raisons invoquées étaient que le soutien régional dans ce domaine avait été limité et de nombreuses communautés (particulièrement les plus petites dont les ressources sont limitées) avaient une faible capacité d'accomplir ce travail par elles-mêmes (un problème aggravé par de la rotation du personnel communautaire).

Dans l'étude de cas sur l'intégration du programme, tous les informateurs des communautés ont souligné que l'intégration avait accru l'utilisation des politiques, des normes et des pratiques exemplaires du PSDMCPNI pour la prestation des services intégrés de soins à domicile grâce une extension de ces politiques et de ces normes au personnel qui assure la prestation du volet soins à domicile du PAVA (alors que ce personnel avait peu travaillé avec de tels instruments stratégiques auparavant).

Résultat immédiat 5 : Utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour guider la prestation de programmes de qualité

Moins de la moitié du personnel du programme a déclaré utiliser régulièrement les données recueillies du programme pour planifier ou superviser les services, ou en faire le suivi. Rien n'indique que ce modèle ait changé substantiellement au cours d'une période de deux ans.

L'examen des documents a révélé que durant le sondage de 2012 effectué auprès du personnel du PSDMCPNI (n = 180), un peu plus de la moitié (55 %) des répondants avaient utilisé les données du Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (MERSPS) et moins de trois sur dix (27 %) avaient utilisé les données de l'Outil électronique de suivi des ressources humaines (OESRH). De ceux qui ont indiqué avoir utilisé les données, environ deux tiers (n = 124) ont déclaré que ces données leur étaient utiles pour planifier ou superviser les services, ou en faire le suivi [76]. Les résultats du sondage de 2011 auprès du personnel du PSDMCPNI (n = 83) ont révélé des habitudes d'utilisation semblables en ce qui a trait aux données du MERSPS et de l'OESRH[77].

Résultat immédiat 6 : Meilleure connaissance des services de soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits

[76] Santé Canada, Unité de la recherche sur l'opinion publique et de l'évaluation, *Rapport du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, Rapport n° POR-11-NC24, Ottawa (Ont.), 2012.

[77] Santé Canada, Unité de la recherche sur l'opinion publique et de l'évaluation, *Rapport du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, Rapport n° POR-11-NC29, Ottawa (Ont.), 2011.

Les données probantes indiquaient que le personnel du programme en connaissait les principaux champs d'action, comme les types de services essentiels offerts, le fonctionnement de la gestion de cas ainsi que leurs rôles et responsabilités. Elles indiquaient aussi que les membres des communautés connaissaient moins ces principaux champs d'action, ce qui est compréhensible.

Il a été demandé aux répondants au sondage ainsi qu'aux informateurs des bandes, de Santé Canada, des organismes autochtones et des organisations non gouvernementales de donner leur opinion sur le degré de connaissance du personnel qui assure la prestation du PSDMCPNI dans les communautés, notamment la connaissance des divers aspects du programme : services fournis, processus de gestion de cas, rôles et responsabilités, prestation de service respectueuse de la culture. Il a aussi été demandé aux informateurs clés et aux répondants au sondage de donner leur avis sur le degré de connaissance des membres de la communauté de certains aspects semblables du programme, comme les services disponibles, l'accès à ces services, les rôles et responsabilités du personnel de soins à domicile et les attentes en matière de prestation de service respectueuse de la culture.

La majorité des répondants au sondage ont affirmé que le personnel du programme connaissait divers aspects du programme. Une majorité des répondants au sondage (72 % n = 187) ont déclaré que le personnel connaissait les services essentiels offerts par le PSDMCPNI dans une grande ou une très grande mesure; 61 % (n = 161) ont déclaré que le personnel connaissait le fonctionnement de la gestion de cas, notamment l'orientation vers des services du programme ou de l'extérieur, dans une grande ou une très grande mesure; 75 % (n = 199) ont déclaré que le personnel communautaire du PSDMCPNI connaissait ses rôles et responsabilités dans une grande ou une très grande mesure, et 75 % (n = 198) ont attribué la même note pour ce qui est de la sensibilisation du personnel à la nécessité d'offrir des services d'une façon qui soit en harmonie avec la culture et les valeurs de la communauté.

De même, la plupart des informateurs clés ont indiqué que le personnel communautaire du PSDMCPNI en connaissait les divers aspects dans une grande ou une très grande mesure. Presque tous les informateurs clés ont accordé cette note au personnel pour sa connaissance des services fournis et de la nécessité de fournir des services adaptée à la culture. La plupart des informateurs clés ont aussi indiqué que le personnel communautaire connaissait dans une grande ou une très grande mesure le fonctionnement des orientations ainsi que les rôles et les responsabilités. Certains informateurs de Santé Canada et quelques-uns des bandes ont mentionné que l'accroissement récent des formations offertes au personnel infirmier (particulièrement sur la gestion de cas) avait amélioré sa connaissance des services du PSDMCPNI ainsi que de ses rôles et responsabilités.

Les répondants au sondage et les informateurs clés ont estimé que les niveaux de connaissance des membres des communautés en ce qui concerne les services du PSDMCPNI étaient inférieurs à ceux du personnel du PSDMCPNI. Les éléments du PSDMCPNI ayant fait l'objet du sondage comprenaient les services essentiels, le fonctionnement de la gestion de cas et les rôles et responsabilités du personnel communautaire du PSDMCPNI.

Une majorité d'informateurs clés ont affirmé que les membres des communautés connaissaient les divers aspects du programme; cependant, la cote qu'ils leur ont accordée était inférieure à celle qu'ils avaient attribuée au personnel pour la connaissance. Beaucoup d'informateurs clés ont indiqué que les membres des communautés connaissaient les services disponibles dans une grande ou très grande mesure, la plupart ont donné ces cotes aux membres des communautés pour leur connaissance de la manière d'accéder aux services, bon nombre les ont accordées pour la connaissance des rôles et responsabilités du personnel du PSDMCPNI et la plupart pour la connaissance des attentes en matière de prestation de services respectueuse de la culture.

Quelques informateurs clés ont mentionné que le programme est en place depuis presque quinze ans et que les membres des communautés qui ont besoin de soins à domicile le connaissent ainsi que son fonctionnement. Les raisons alléguées pour la cote légèrement inférieure accordée aux membres des communautés étaient les suivantes : les ressources et les capacités variables du personnel pour communiquer avec les membres des communautés sur leur rôle en tant que préposés aux soins à domicile (p. ex. le personnel de soins à domicile porte un uniforme dans certaines communautés afin de mieux communiquer lorsqu'ils sont « au travail »); le fait que des membres des communautés confondent les services du PSDMCPNI avec ceux des services du volet soins à domicile du PAVA d'AADNC; l'impression que ceux qui ont besoin de services connaissent probablement mieux le programme que la population des communautés en général.

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

Résultat intermédiaire 1 : Meilleur accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire

Le PSDMCPNI a continué d'assurer l'accès à des services de soins à domicile et en milieu communautaire. Toutefois, les besoins des Premières Nations et des Inuits à cet égard devraient augmenter et devenir de plus en plus complexes.

Les documents et la base de données examinés ont fourni peu de données probantes démontrant une amélioration de l'accès aux services de SDMC durant la période évaluée. L'accès est demeuré élevé et constant durant la période, les données du PSDMCPNI suggérant que de 2008-2009 à 2010-2011 la vaste majorité de la population admissible des Premières Nations avait accès au PSDMCPNI (97 % - 98 %) et que toute la population admissible des Inuits avait accès aux services de SDMC (100 %)[78].

Bien qu'il s'agisse d'une indication moins directe de l'accès aux SDMC, l'examen de la base de données a révélé que l'offre de SDMC est demeurée relativement constante pendant la période de trois ans, pour ce qui est du nombre d'heures fournies et du nombre de clients servis. Par

[78] Pourcentage de la population vivant dans les réserves ayant accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire (date, source inconnue – fournie par des représentants du PSDMCPNI).

exemple, le nombre d'heures fournies chaque année est demeuré relativement constant[79] avec une moyenne d'environ 2,6 millions d'heures par années. De même, le nombre de clients servis est demeuré relativement inchangé durant cette période, le nombre d'admissions s'élevant à 11 769 en 2008-2009 et à 10 464 admissions en 2010-2011, et le nombre de clients bénéficiaires d'un service continu à 22 511 en 2008-2009 et à 23 972 en 2010-2011[80]. Il a été difficile de comparer ces données avec celles fournies par le Nunavut, étant donné les différences entre les périodes fournies et la manière dont les clients étaient dénombrés[81].

Les données probantes tirées de l'examen des documents et des entrevues avec les informateurs clés pour l'élément fondamental 1 (Nécessité de maintenir le programme) ont révélé que les besoins en services de soins à domicile et en milieu communautaire dans les communautés des Premières Nations et des Inuits iront probablement en augmentant durant les cinq à dix prochaines années en raison des tendances démographiques, des conditions contribuant aux déterminants sociaux de la santé et des tendances en matière de soins primaires. Ces données probantes, jumelées à celles décrites plus haut sur la stabilité du niveau des services offerts, ont montré que même si le programme répond actuellement aux besoins essentiels avec sa capacité actuelle (financement et personnel), dans l'avenir, il ne sera probablement pas en mesure d'améliorer l'accès aux services et de répondre aux besoins des clients, de plus en plus nombreux à nécessiter des soins.

Résultat intermédiaire 2 : Réponses uniformes, coordonnées et améliorées aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire

Des efforts ont été déployés aux échelons régional et communautaire pour améliorer la coordination des services du PSDMCPNI avec d'autres programmes afin de fournir une réponse homogène aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire, mais aucune donnée probante n'a permis de conclure à une amélioration significative durant la période visée par l'évaluation. Les études de cas semblent indiquer que l'intégration du PSDMCPNI et du volet soins à domicile du PAVA d'AADNC a contribué à améliorer la coordination et l'homogénéité des réponses aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire.

Les entrevues avec les informateurs clés ont révélé que des efforts avaient été déployés pour améliorer la coordination et l'homogénéité des réponses aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire durant la période visée par l'évaluation. Des efforts ont été réalisés aux échelons national et régional pour améliorer la coordination avec les programmes de santé provinciaux et le Programme de services de santé non assurés de Santé Canada[82]. Des efforts ont

---

79 Ne comprend pas les données du Nunavut .

80 Santé Canada, *Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits – Rapport 2012*, 2012.

81 Le rapport d'évaluation des soins à domicile du Nunavut portait sur la période de 2003-2004 à 2010-2011 et comptait les « clients », ce qui comprenait sans distinction les clients bénéficiant d'un service continu et les nouveaux clients.

82 Le programme de services de santé non assurés fournit une couverture pour une gamme limitée de biens et de services du domaine des soins de santé qui ne sont pas assurés ailleurs.

été déployés par le PSDMCPNI et par AADNC pour aider les communautés à harmoniser les services fournis par le PSDMCPNI et le volet soins à domicile du PAVA, notamment en faisant connaître les pratiques exemplaires des communautés qui ont intégré ces deux programmes. Quelques communautés ont également pris elles-mêmes l'initiative d'améliorer les liens avec les autorités de santé régionales. Toutefois, aucun des informateurs clés n'a mentionné que ces efforts avaient vraiment produit des solutions coordonnées et homogènes jusqu'à maintenant; la coordination a plutôt été décrite comme un travail en cours de réalisation.

L'étude de cas portant sur l'intégration des programmes a fourni des données probantes prouvant que l'intégration du PSDMCPNI et du volet soins à domicile du PAVA a amélioré la coordination des services, ce qui confirme la pertinence des efforts mentionnés plus haut visant à aider les autres communautés à envisager l'intégration de la prestation de ces deux programmes. Presque tous les informateurs des communautés où l'intégration a été réalisée ont indiqué que celle-ci avait contribué à l'amélioration de la gestion et de l'analyse des cas, et la plupart ont indiqué qu'elle avait contribué à une approche mieux adaptée de la prestation de services. Par exemple, l'un d'eux a affirmé que la supervision du client par le personnel assurant la prestation du PSDMCPNI et le volet soins à domicile du PAVA permet de se faire une meilleure idée de la condition de chacun des clients et que les évaluations faites sur une base régulière permettent d'offrir un nombre approprié d'heures de service à chacun des clients.

Résultat intermédiaire 3 : Utilisation accrue de l'amélioration continue de la qualité, notamment des processus associés à la sécurité du patient, pour répondre aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire.

Pendant la période visée par l'évaluation, des initiatives nationales liées à l'utilisation accrue de processus d'amélioration de la qualité ont été menées pour répondre aux besoins en matière de SDMC. Pour l'instant, il est impossible de déterminer dans quelle mesure ces aspects du programme sont effectivement en vigueur dans les communautés, ni dans quelle mesure l'utilisation s'est accrue durant la période visée par l'évaluation, parce que la mise en place de certaines de ces initiatives n'est pas terminée. Toutefois, des informateurs clés avancent que des initiatives nationales récentes pourraient avoir des répercussions positives futures aux échelons régional et communautaire.

La plupart des informateurs des bandes et presque tous ceux de Santé Canada ont indiqué que le personnel du PSDMCPNI a intégré l'amélioration continue de la qualité à sa prestation de services. Cependant, moins de la moitié des répondants au sondage (43 %, n = 96) ont indiqué que des approches précises d'amélioration continue de la qualité sont utilisées dans la prestation de services dans une grande ou une très grande mesure.

Les avis étaient partagés parmi les informateurs clés quant à savoir s'il y avait eu une augmentation de l'utilisation des processus d'amélioration continue de la qualité, notamment des processus relatifs à la sécurité des patients, durant la période visée par l'évaluation. Presque tous les informateurs des bandes qui se sont exprimés sur l'ampleur des changements ont affirmé qu'il n'y en avait pas eu dans ces pratiques durant la période évaluée, tandis que la plupart de ceux de Santé Canada ont déclaré qu'une importance accrue est maintenant accordée à cet aspect

des services par le personnel communautaire du PSDMCPNI, citant à l'appui l'importance que Santé Canada lui accorde maintenant que le programme est établi (23 %). Quelques informateurs de Santé Canada et des bandes ont souligné que le processus d'agrément contribuait à augmenter l'importance accordée au processus d'amélioration continue de la qualité. La différence d'opinions quant à l'importance du changement dans ces processus est peut-être liée au facteur temps. Par exemple, la Trousse de ressources pour l'amélioration de la qualité a été élaborée pour aider les communautés à assurer la prestation du PSDMCPNI en intégrant divers concepts et pratiques d'amélioration de la qualité à la conception et à la prestation de services de SDMC dans le but d'améliorer la qualité des services dans leur ensemble. La DGSPNI a conçu cette trousse durant la période 2006-2012 en collaboration avec les communautés. La trousse a été distribuée aux régions en février 2012 et sera présentée aux communautés en tant qu'initiative pluriannuelle. Un répondant de Santé Canada a indiqué que cette trousse avait été distribuée à toutes les régions avec la Trousse éducative pour l'amélioration de la qualité (conçue pour faciliter le processus de mise en œuvre) et que les régions sont en voie d'offrir l'orientation et la formation sur ces ressources au personnel communautaire du PSDMCPNI.

L'étude de cas portant sur la capacité régionale laissait entendre que pendant la période visée par l'évaluation peu d'efforts structurés ont été déployés par les régions étudiées afin d'augmenter l'utilisation des processus d'amélioration continue de la qualité dans la prestation de services. Presque tous les coordonnateurs du PSDMCPNI ont affirmé que cet aspect n'avait pas été au centre de leur travail (trois ont cité des restrictions en matière de ressources comme explication). La plupart des informateurs des communautés ont confirmé que l'offre de soutien régional en matière d'amélioration de la qualité avait été minimale et les effets sur les pratiques du personnel des communautés à cet égard, peu nombreux. Une région à capacité élevée a cependant fait figure d'exception : le coordonnateur du PSDMCPNI a décrit un certain nombre d'activités courantes de l'infirmière conseillère qui favorisent l'amélioration de la qualité, notamment l'utilisation de l'outil d'évaluation de la gestion du risque en tant qu'instrument d'amélioration, l'aide à la vérification de la qualité des dossiers médicaux, la fourniture, sur demande ou au besoin, de services de révision de programme aux communautés pour résoudre des problèmes et l'aide fournie aux communautés pour améliorer la qualité des données. Tous les informateurs des communautés de cette région ont confirmé que les conseils et la formation fournis par la région les avaient aidés à parfaire leurs pratiques d'amélioration de la qualité. L'étude de cas portant sur l'intégration des programmes semble indiquer que cette approche a contribué à une utilisation accrue des processus d'amélioration de la qualité pour répondre aux besoins des clients du PSDMCPNI grâce à une meilleure formation du personnel qui fournit le volet soins à domicile du PAVA et à l'amélioration de la mise en commun, au sein du personnel, des renseignements sur l'état de santé des clients, conformément aux ententes d'échange de renseignements conclues entre les parties ou par l'entremise du cercle de soins.

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

Résultat à long terme : Des services du PSDMCPNI qui répondent aux besoins des personnes et des communautés des Premières Nations et des Inuits

Les services du PSDMCPNI se sont avérés en mesure de répondre aux besoins essentiels en soins à domicile et en milieu communautaire pour lesquels ils avaient été conçus; cependant, les données probantes recueillies auprès des informateurs clés et au moyen des études de cas indiquent que le programme ne pourra peut-être pas répondre à la demande grandissante de services essentiels et de soutien.

Une recherche récente (Lavoie et coll., 2011) a évalué les répercussions du PSDMCPNI sur les taux de troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier[83] au Manitoba. À l'aide de données du programme pour la période allant de 1989 à 2005, l'étude a révélé une diminution des taux d'hospitalisation pour ces troubles après la mise en œuvre du PSDMCPNI, dans un certain nombre de communautés[84]. Une telle constatation indique que le programme a su répondre aux problèmes de santé en offrant des soins à domicile et en milieu communautaire qui réduisent les besoins en soins ambulatoires et d'hospitalisation.

De nombreux informateurs de bandes et de Santé Canada ainsi que la plupart des informateurs des provinces, des territoires et des régions ont affirmé que le programme permet de répondre aux besoins essentiels en matière de soins de santé des Premières Nations et des Inuits dans une grande ou une très grande mesure, tandis que la plupart de ceux des organismes autochtones ou des organisations non gouvernementales ont déclaré qu'il répondait à ces besoins dans une certaine mesure. L'exception se trouvait dans les petites communautés disposant de moins de ressources du programme. Cependant, les informateurs clés ont observé que le programme n'était pas en mesure de répondre aussi efficacement aux demandes croissantes de services ni à la nature complexe de ces demandes. Ils ont fréquemment mentionné que les besoins de plus en plus complexes des clients (soins palliatifs, services de réadaptation, augmentation des maladies chroniques) et la capacité limitée du programme de les combler étaient les principales entraves à la prestation de services adaptée aux besoins. Ils ont décrit quelques stratégies utilisées pendant la période visée par l'évaluation pour surmonter ces problèmes, notamment : établir des priorités pour la prestation de services afin de se concentrer davantage sur les soins de santé; réaliser un projet pilote en collaboration sur la prise en charge des maladies chroniques dans deux régions (financé dans le cadre de la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers); collaborer avec les autorités sanitaires régionales pour l'accès aux services; augmenter la collaboration avec d'autres services de santé dans les communautés.

---

[83] Ces troubles font référence aux diagnostics pour lesquels des soins en consultation externe efficaces et administrés au bon moment peuvent aider à réduire les risques d'hospitalisation, soit en prévenant l'apparition d'une maladie, en contrôlant une maladie épisodique aiguë ou en soignant une maladie chronique. Billings et coll., 1993.

[84] J. G. Lavoie, E. L. Forget, M. Dahl, P. J. Martens et J. O'Neil, « Is it Worthwhile to Invest in Home Care? », 2011, *Healthcare Policy*, vol. 6, n° 4, p. 35-48.

À plus grande échelle, la DGSPNI a dirigé un processus de planification stratégique en collaboration avec des intervenants clés afin d'établir une voie à suivre pour le PSDMCPNI qui aiderait les communautés à répondre aux besoins actuels et nouveaux en services tout en gérant la capacité des ressources déjà présentes dans le programme[85]. Le processus de planification a commencé en 2009 par un examen approfondi des publications, canadiennes et étrangères, sur les soins à domicile et des discussions avec les intervenants sur les perspectives concernant les soins à domicile destinés aux Premières Nations et aux Inuits . Le plan d'activités stratégiques devrait être achevé en 2013 après une dernière réunion avec les intervenants. En outre, un processus stratégique de prévention et de prise en charge des maladies chroniques faisant appel aux intervenants clés est en cours pour évaluer les approches de collaboration et fondées sur des données probantes en matière de prise en charge.

L'étude de cas portant sur la capacité régionale semble indiquer que la capacité des services essentiels du PSDMCPNI à répondre aux besoins avait augmenté dans les communautés des régions qui avaient une capacité élevée de dispenser le programme au moment de la période visée par l'évaluation, et ce, en raison des efforts régionaux pour fournir de manière continue une formation et des conseils au personnel communautaire. Les coordonnateurs du PSDMCPNI des deux régions ayant la capacité la plus élevée ont affirmé que le soutien des infirmières conseillères (et dans l'une de ces régions, des infirmières gestionnaires du conseil de bande) et les dépenses du fonds supplémentaire allouées à la formation du personnel infirmier dans le cadre du PSDMCPNI ces dernières années ont été essentielles à l'amélioration des compétences du personnel communautaire. Tous les coordonnateurs du PSDMCPNI des régions ayant des capacités moindres ont affirmé que peu d'attention a été portée à l'amélioration de la capacité des services de répondre aux besoins et qu'il n'y a pas eu de changements dans la communauté en matière de possibilité d'offrir des services adaptés.

Toutes les personnes des communautés qui ont participé à l'étude de cas sur l'intégration étaient d'avis que l'intégration du PSDMCPNI et du volet soins à domicile du PAVA avait favorisé l'adaptation aux besoins des personnes et des communautés inuites et des Premières Nations, particulièrement à l'égard des services fournis dans le cadre du volet soins à domicile du PAVA. Ces informateurs ont mentionné l'amélioration de la gestion et de l'évaluation des cas (80 %) ainsi que de la rapidité d'intervention (40 %) à titre d'exemple d'amélioration de la capacité de répondre grâce au modèle intégré.

4.5 Élément 5 (rendement) – Évaluation de l'efficience et de l'économie

Dans le cadre du PSDMCPNI, des processus et des stratégies ont été mis au point afin d'optimiser les services dans les limites des ressources allouées, et le programme a été considéré comme étant administré et dispensé efficacement. D'autres gains pourraient aussi être réalisés par l'intégration ou la collaboration avec d'autres programmes, l'aide aux bureaux régionaux de faible capacité afin qu'ils puissent gagner en efficacité, le

[85] Santé Canada, *Fiches d'information sur le projet de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Ottawa, Ontario*. Ottawa, 2012.

regroupement des petites communautés pour ce qui est de la prestation de services et la simplification des exigences en matière de production de rapports pour l'ensemble des programmes. Des contraintes liées à la capacité des communautés de dispenser le programme et à la capacité des bureaux régionaux de soutenir la prestation du programme ont nui à l'atteinte des résultats.

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration de l'économie et de l'efficience en tant qu'évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et à la réalisation de progrès vers les résultats escomptés. Cette évaluation est fondée sur le principe voulant que tous les ministères aient des systèmes normalisés de mesure du rendement et que les systèmes financiers relient l'information sur les coûts de programme à des ressources, à des activités, à des extrants et à des résultats escomptés particuliers.

La structure de données des renseignements financiers détaillés du programme n'a pas permis de déterminer facilement si les extrants du programme ont été produits de façon efficace ou si les résultats escomptés ont été atteints de manière économique. En particulier, le manque de données sur les coûts précis des extrants et des intrants a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. En ce qui a trait à l'évaluation de l'économie, celle-ci a été limitée par la difficulté de faire le suivi du financement à l'échelle de la vaste enveloppe du programme des soins à domicile et en milieu communautaire destinés aux Premières Nations et aux Inuits. Compte tenu de ce qui précède, les responsables de l'évaluation ont produit des observations sur l'économie et l'efficience en se basant sur les entretiens avec les informateurs clés et les données financières pertinentes disponibles.

De plus, les constatations qui suivent fournissent des observations sur la pertinence de l'information relative à la mesure du rendement appuyant l'évaluation et la prestation économique et efficiente du programme.

Observations sur l'économie

Cette section traite de l'utilisation des ressources (p. ex. dépenses salariales, frais de fonctionnement et d'entretien et contributions pour les projets financés) au cours des exercices 2008-2009 à 2011-2012.

Comme le montre le tableau 2[86], les dépenses moyennes du PSDMCPNI se sont élevées à environ 110 millions de dollars par année et ont augmenté de 3 % à 5 % par année pendant la période visée par l'évaluation. Les informateurs de Santé Canada ont affirmé que ces augmentations ont été largement utilisées pour payer l'augmentation des salaires.

[86] *Évaluation des SDMC – Dépenses réelles 2007-2012*.

Le tableau 2 indique que, pour les années comprises dans la période visée par l'évaluation, les salaires représentaient en moyenne environ 3 % du montant des subventions et contributions administrées. Dans l'ensemble, les dépenses de fonctionnement (y compris les salaires) représentaient 5 % des dépenses de subventions et de contributions.

Comme il a été mentionné précédemment, le programme a obtenu des fonds additionnels d'autres sources afin d'achever le travail en cours :

- 612 000 $ de 2009 à 2011 dans le cadre du Programme national de stratégie d'innovation en soins infirmiers à durée limitée afin d'entreprendre des activités visant à améliorer la collaboration ainsi que les connaissances et les compétences du personnel infirmier du PSDMCPNI en matière de traitement des plaies;
- 5,0 millions de dollars par année pendant cinq ans à compter de 2010-2011 pour la formation du personnel infirmier du PSDMCPNI dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Lorsque cela était possible, certaines régions ont inclus des préposés aux soins personnels aux forums de formation des infirmières afin d'améliorer leurs connaissances et leur compréhension.

Les modalités originales du PSDMCPNI prévoyaient que le programme soit conçu pour fournir des services de soins à domicile et en milieu communautaire de base complets, adaptés à la culture, accessibles, efficaces et comparables à ceux qui sont offerts aux autres Canadiens tout en répondant aux besoins particuliers des Premières Nations et des Inuits en matière de soins de santé. Les communautés devaient dispenser les services essentiels du PSDMCPNI et pouvaient offrir les services de soutien du programme lorsque les ressources étaient disponibles et que le besoin de ces services avait été déterminé. La formule du PSDMCPNI n'a pas changé depuis le lancement du programme, et Santé Canada et les informateurs clés des communautés ont constaté que le financement fourni ne couvrait que les services essentiels dans la plupart des communautés.

Observations sur l'efficience

Les données probantes tirées des entrevues avec les informateurs clés ont montré que la plupart des informateurs des bandes et de Santé Canada estimaient que le PSDMCPNI était administré et dispensé efficacement. Pour appuyer cette affirmation, les informateurs ont souligné la qualité et le volume élevés des services fournis dans les communautés malgré le peu de ressources. De même, la majorité des répondants au sondage (61 % n = 153) étaient d'avis que les ressources ont été utilisées efficacement dans une grande ou une très grande mesure. De nombreux informateurs des bandes et la plupart de ceux de Santé Canada étaient satisfaits de voir à quel point les ressources étaient bien gérées en vue d'atteindre les résultats souhaités, et ce, dans une grande ou une très grande mesure, et ils ont mentionné que les répercussions positives de l'aide apportée aux clients demeuraient chez eux et dans les communautés.

Processus et stratégies d'optimisation des services

L'examen des documents ainsi que les entrevues avec des informateurs clés ont fourni des données probantes sur les processus et les stratégies employées au cours de la période visée par l'évaluation afin d'améliorer l'efficience du programme :

- L'examen des documents a mis en évidence quelques stratégies du PSDMCPNI visant à optimiser certains domaines ou aspects des processus d'amélioration de la qualité (rapidité d'exécution des services, utilisation des ressources, gestion des données et gestion du risque). Un outil d'évaluation de la gestion du risque a été utilisé dans le domaine de l'assurance de la qualité pour aider à déterminer l'efficience, la qualité et l'efficacité des services et du soutien offerts par le PSDMCPNI dans la communauté. Cet outil a été utilisé dans les régions pour examiner des éléments essentiels de prestation de service du PSDMCPNI et concevoir des mesures pour combler les lacunes. Il a aussi été utilisé avant qu'un changement soit apporté aux modalités de financement afin de permettre aux communautés inuites et des Premières Nations d'avoir davantage de souplesse pour fournir les soins à domicile et dans la communauté; l'outil a été utilisé par les régions et les communautés pour examiner la situation et la prestation du programme[87]. Comme il a été mentionné auparavant, la Trousse de ressources pour l'amélioration de la qualité du PSDMCPNI qui a été déployée vise à soutenir l'intégration de divers concepts et pratiques d'amélioration de la qualité à l'égard de la conception et de la prestation des services de SDMC, afin d'optimiser encore davantage la qualité générale des services[88]. En outre, la DGSPNI a effectué un examen détaillé des deux principales bases de données du programme (MERSPS et OESRH), qui a permis d'optimiser l'exactitude et la fiabilité des données du programme[89,90,91].
- Les entrevues avec les informateurs clés ont révélé que le programme comportait des processus d'optimisation des services dans les limites des ressources allouées en vue de répondre aux besoins en soins à domicile dans les communautés. Plus particulièrement, presque tous les informateurs de Santé Canada ont déclaré que le modèle de financement du programme et le processus de planification dirigé par la communauté fonctionnaient bien dans l'ensemble et permettaient de fournir les services essentiels du PSDMCPNI. De nombreux informateurs de Santé Canada ont déclaré que les bureaux régionaux fournissaient de l'aide aux communautés pour la planification de la prestation des services.

Les informateurs de Santé Canada ont cependant relevé certaines contraintes qui entravaient l'atteinte des résultats. Beaucoup ont soutenu que l'aide régionale aux communautés était plus efficace dans les régions lorsque le personnel comptait dans ses rangs des infirmières conseillères en plus des coordonnateurs du PSDMCPNI. Quelques informateurs clés ont manifesté une inquiétude à l'égard du manque de capacité généralisé des bureaux régionaux de mettre en œuvre des initiatives de programmes nationaux visant à aider les communautés à renforcer leurs capacités. Certains d'entre eux ont déclaré qu'il était difficile pour les petites communautés d'offrir tous les services essentiels du PSDMCPNI dans les limites des ressources allouées, et quelques-uns ont ajouté que la capacité de gestion du programme des communautés variait. Quelques informateurs clés étaient d'avis que l'outil RAI-HC serait plus efficace que le

87 Santé Canada, *Éléments de services essentiels du PSDMC : outil d'évaluation pour la gestion des risques. Ottawa*, 2008.

88 Santé Canada, *Fiches d'information sur le projet de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*. Ottawa, 2012.

89 M. Su, *North Data Verification*. Ottawa, Ontario. Santé Canada, 2012.

90 M. Dubois, *First Nations and Inuit Home and Community Care Program Data Verification*, Ottawa, Santé Canada, 2012.

91 M. Dubois, *HRTT Data Verification*. Ottawa, Santé Canada, 2012.

MERSPS pour planifier l'allocation des ressources et des services et améliorerait la coordination avec les fournisseurs provinciaux de services de santé qui utilisent de plus en plus cet outil d'évaluation normalisé.

Autres méthodes possibles

D'autres méthodes et approches de prestation du PSDMCPNI pourraient améliorer les résultats immédiats à des coûts semblables ou inférieurs (cependant, aucune n'était accompagnée d'une évaluation économique rigoureuse). Les méthodes prometteuses qui pourraient être davantage exploitées sont : l'adoption à plus grande échelle d'approches de collaboration ayant fait leurs preuves, l'intégration accrue des services et des programmes avec d'autres ministères fédéraux; l'utilisation accrue de la technologie pour la prestation de services et la formation.

Les informateurs clés devaient nommer des méthodes différentes qui permettraient d'atteindre les mêmes résultats du programme. Les plus prometteuses sont exposées dans le présent document. Les options prometteuses étaient les stratégies ou les approches qui avaient donné des résultats positifs et qui pourraient s'avérer efficaces et transférables à d'autres contextes. Cependant, les données étaient insuffisantes pour conclure que ces méthodes et approches seraient applicables à toutes les situations.

Les suggestions des informateurs clés comprenaient l'utilisation de la technologie pour la télésanté, l'utilisation de dossiers électroniques communs par tous les fournisseurs de services de santé, la formation du personnel, l'utilisation de l'outil RAI-HC et l'accès aux services organisationnels non gouvernementaux ou de tiers. L'un des exemples de cette dernière suggestion est un « modèle d'infirmière hybride », qui existe dans une région où quelques bandes ont conclu des accords avec l'autorité sanitaire régionale afin de fournir du financement pour qu'une infirmière soit affectée à travailler à plein temps pour la bande. La force du modèle réside dans le fait que l'infirmière dispose d'un accès facile aux ressources de l'autorité sanitaire. Quelques informateurs clés ont suggéré d'élargir l'adoption des modèles actuels de prestation regroupant de petites communautés et d'intégration des programmes de santé au sein des communautés.

L'étude de cas portant sur l'intégration des programmes laissait entendre qu'une approche intégrée améliore l'efficacité et l'efficience de la prestation de service. L'une des répercussions positives était une meilleure utilisation des fonds au moyen d'un ensemble de critères du programme et d'heures de service coordonnées. L'autre étude de cas sur la capacité régionale a permis de mettre en évidence quelques autres méthodes visant à accroître la capacité régionale de dispenser le PSDMCPNI avec les ressources existantes :

- Les informateurs ont estimé que la présence d'organismes de partenariat solides avec les communautés et les organismes autochtones dans des régions à capacité élevée entraînait des répercussions positives sur la capacité régionale d'administrer le programme et de le mettre en œuvre. Dans l'une des régions à capacité élevée, un groupe de travail sur les soins à domicile (comptant huit sous-comités) formé des membres du personnel infirmier du PSDMCPNI a été considéré par les informateurs clés comme une façon efficiente et efficace d'établir des priorités et de réagir aux besoins prioritaires des communautés, par exemple, en priorisant la mise en œuvre de nouvelles initiatives et l'accès du personnel communautaire à

la formation. Le groupe de travail a aussi communiqué les résultats de son travail aux autres régions. Plusieurs autres informateurs de Santé Canada ont affirmé que ce groupe de travail constituait un modèle efficace. Dans l'autre région à capacité élevée, un comité de cogestion formé de représentants des Premières Nations et de Santé Canada a été mis sur pied pour tous les programmes de santé de la DGSPNI. Pour ce comité, les membres du personnel régional du PSDMCPNI ont joué rôle important en matière de prestation de conseils et de renforcement des capacités en collaboration avec des partenaires. En revanche, les deux régions de faible capacité ne disposaient pas d'organismes de partenariat solides, et les données ont révélé que les ressources du bureau régional étaient insuffisantes pour permettre le travail avec des partenaires et fournir le soutien consultatif dont les communautés avaient besoin.

- Pour ce qui est de trouver des ressources, une région à capacité élevée a mis au point une stratégie de croissance en vue de créer une capacité de dotation viable pour le PSDMCPNI. La région a réservé une modeste portion des fonds supplémentaires annuels du PSDMCPNI (à la connaissance des communautés) afin d'augmenter le nombre d'infirmières conseillères. L'informateur clé de la région a jugé cette stratégie efficiente, car elle permet au bureau régional de fournir adéquatement le soutien au programme dont les communautés ont besoin (ressources supplémentaires viables année après année). Il semble que cette approche pourrait être envisagée par d'autres régions qui pourraient l'explorer pour les communautés qui reçoivent maintenant des fonds supplémentaires.
- Tous les coordonnateurs du PSDMCPNI, des régions à capacité élevée et des régions de faible capacité, ont utilisé la technologie à distance à divers degrés afin de dispenser une formation au personnel dans les communautés. Cela a été utile surtout en ce qui concerne l'accès à des offres de formation à court terme.

Intégration du programme et du volet soins à domicile du PAVA

Les données de l'étude de cas sur l'intégration du programme suggéraient que l'intégration du PSDMCPNI et du volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC améliorait l'efficience de la prestation de service des deux programmes. Dans les communautés visées par l'étude de cas où les programmes ont été intégrés, l'infirmière du PSDMCPNI supervisait les deux programmes. Dans certaines communautés, le personnel de soins à domicile dispensait les deux programmes (tous les membres du personnel sont agréés pour fournir des soins personnels) ou l'un des deux programmes (seules les personnes qui dispensent le PSDMCPNI sont agréées pour fournir des soins personnels). Tous les informateurs des communautés où les programmes ont été intégrés qui ont commenté l'efficience croyaient que l'intégration en avait amélioré le niveau grâce à une meilleure coordination, de meilleures évaluations, une meilleure gestion de cas et un financement mieux ciblé pour répondre aux besoins et former le personnel. Cependant, la nécessité de rendre compte séparément à Santé Canada et à AADNC a été citée parmi les obstacles à l'efficience. Un répondant d'une communauté où les programmes n'ont pas été intégrés estimait qu'une gestion séparée donnait lieu à des inefficacités en raison du peu de coordination des visites à domicile du personnel des deux programmes.

Tous les informateurs de l'étude de cas sur l'intégration des programmes représentant des communautés où les programmes ont été intégrés qui ont formulé des commentaires sur l'efficience et l'efficacité ont affirmé que l'intégration a amélioré la capacité des services de

répondre aux besoins des clients. Par exemple, l'un d'entre eux a fait allusion à la capacité du PSDMCPNI de desservir des populations qui auparavant étaient mal desservies, p. ex. les personnes atteintes de lésions cérébrales ou de problèmes mentaux.

Niveau de capacité régionale

Les données de l'étude de cas sur la capacité régionale semblent indiquer que les régions à capacité élevée utilisaient peut-être les ressources plus efficacement que celles de faible capacité. Les deux régions à capacité élevée disposaient d'organismes de partenariat. Aucune des deux régions de faible capacité comprises dans l'étude n'avait de modèle de collaboration en place à l'échelon régional. Les données laissaient entendre que l'adoption d'une approche de collaboration, adaptée aux besoins et au contexte de la région, constituait une pratique efficiente.

Les deux régions à capacité élevée ont alloué des ressources pour doter des postes d'infirmière conseillère et celui de coordonnateur du PSDMCPNI, et les données semblent indiquer que c'était une façon efficiente de fournir le soutien nécessaire aux communautés pour dispenser le programme. Par exemple, dans une région à capacité élevée, l'informateur clé et coordonnateur du PSDMCPNI a souligné que la qualité des données du MERSPS dans les communautés s'était améliorée en raison des efforts des infirmières conseillères qui aidaient les membres de ces communautés à perfectionner leur compétence d'entrée de données dans le MERSPS et que ces données ont été utilisées par certaines communautés pour la planification des services. Une étude des données du MERSPS dans la région pour la période de 2008-2009 à 2011-2012[92] a révélé que les données soumises par les communautés s'étaient améliorées avec le temps[93] et que, dans certains cas, elles approchaient la perfection[94], ce qui a permis l'analyse à l'échelon de la communauté. Un informateur de la communauté a confirmé que l'infirmière conseillère régionale du PSDMCPNI a fourni une aide dans bien des aspects de la gestion du programme, comme la détermination des tendances en matière de services et la mise au point d'un plan de service. L'informateur clé de la communauté a aussi fait remarquer que les rôles de chacun étaient clairs et appropriés et habilitaient la communauté à dispenser le PSDMCPNI (la communauté a pris la tête et la conseillère a fourni le soutien ou l'approbation, le cas échéant).

De même, l'étude de cas sur la capacité régionale semble indiquer que les régions ayant une capacité élevée fournissaient davantage d'appui aux communautés à l'égard de la prestation du PSDMCPNI que les régions de faible capacité et que cela a contribué à l'efficience des services essentiels du PSDMCPNI fournis. Les coordonnateurs du PSDMCPNI des régions à capacité élevée ont indiqué qu'ils avaient un plan de travail complet d'activités de conseil, de surveillance et de formation. Ils ont également déclaré que l'exercice de leurs fonctions leur apportait plus de succès que de difficultés. Dans les deux régions, l'accent a été mis sur la formation pour ce qui est de la mise en œuvre des initiatives d'amélioration du programme et de la prestation continue de conseils aux communautés. Les informateurs des communautés de ces régions ont confirmé que le soutien fourni l'avait été en temps opportun et s'était avéré utile dans des domaines,

---

92 Santé Canada, *First Nations Home and Community Care Program Report*. Évaluation et surveillance de la santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Région de l'Alberta, 2012.

93 Il était précisé dans le rapport qu'en 2008-2009, 85 % des données requises avaient été soumises; en 2009-2010, 88 %; en 2010-2011, 95 % et en 2011-2012, 99 %.

94 Aucune analyse n'a été fournie sur les différences entre les communautés quant à la qualité des données soumises.

comme la planification des services (y compris l'analyse et la qualité des données du MERSPS) le recrutement de personnel et son maintien en fonction. Tous les informateurs et partenaires autochtones de ces régions ont confirmé que le PSDMCPNI fournissait rapidement des services et des conseils d'expert à la communauté. Tous se sont joints aux membres du personnel pour coordonner la formation ou fournir l'accès à l'expertise sur des besoins de santé particuliers (p. ex. le diabète) et tous ont dit que cela avait amélioré les services fournis aux communautés. L'aide à la gestion régionale a aussi été nommée en tant que facteur d'efficience, et les informateurs clés des régions à capacité élevée ont fait état d'un soutien accru de l'administration régionale envers leurs ressources en personnel et la promotion d'une approche coordonnée des programmes de Santé Canada pour aider les communautés.

Tous les coordonnateurs du PSDMCPNI des régions de faible capacité ont affirmé qu'en raison de leurs ressources limitées, ils ont été incapables de fournir certains services et par conséquent, avaient une incidence limitée sur l'accroissement de l'efficacité des communautés à dispenser le programme. Les coordonnateurs du PSDMCPNI des régions de faible capacité ont déclaré qu'ils avaient tous élaboré de modestes plans de travail adaptés à leur niveau de ressources en personnel et axés sur l'aide aux communautés afin qu'elles aient en place les éléments de base essentiels du programme. Leurs plans de travail comportaient également une approche graduelle de déploiement des initiatives d'amélioration du programme national afin qu'elles ne deviennent pas un fardeau pour les communautés qui, dans bien des cas, ne disposaient pas encore des éléments essentiels du programme (p. ex. petites communautés ayant des ressources limitées pour fournir les services essentiels, mauvaise qualité des données du MERSPS en raison de la compétence limitée du personnel à travailler avec l'outil de données et difficultés dues au roulement de personnel). Tous les informateurs des communautés de ces régions ont reconnu que la capacité du personnel régional était limitée, mais ont indiqué qu'il existait quelques communautés autosuffisantes qui n'avaient pas besoin de beaucoup d'aide. Ils ont précisé qu'elles pouvaient obtenir les conseils et l'appui dont elles avaient besoin auprès du bureau régional. Parmi les exemples d'inefficiences mentionnés par ces régions de faible capacité, mentionnons une faible capacité pour ce qui est d'administrer et de dépenser les fonds de contribution alloués dans une région, un arriéré important de demandes d'aide des communautés et un nombre limité de réels partenariats avec des organismes autochtones pour fournir un soutien aux communautés.

Les informateurs clés ont formulé un certain nombre de recommandations précises en vue d'améliorer l'efficience, comme : l'accroissement des ressources ou de la capacité (mentionnée par 38 % des informateurs); l'intégration des programmes dans les communautés (9 %) et le regroupement des communautés pour la prestation des services (9 %).

Observations sur la pertinence des données sur la mesure du rendement

Le manque de données complètes et normalisées sur le rendement afin d'évaluer les résultats au fil du temps – et en particulier de données démontrant l'atteinte de tous les résultats escomptés décrits dans le modèle logique – a empêché l'obtention de renseignements utiles à l'évaluation.

Le modèle logique du PSDMCPNI comprenait des résultats formulés en termes d'accroissements ou d'améliorations dans le domaine en question, mais qui n'étaient pas nécessairement appropriés à tous les résultats. En outre, peu données de base concernant les résultats étaient disponibles au début de la période visée par l'évaluation (2008-2009) afin de la solidité de l'évaluation. Pour certains résultats, les données recueillies pouvaient appuyer des constatations relatives à la mesure dans laquelle une activité particulière a contribué au rendement du programme en cours, mais ne permettaient pas de déterminer la mesure dans laquelle la situation ou le résultat avait progressé pendant la période. Par exemple, l'évaluation a permis de montrer que des activités de renforcement des capacités ont eu lieu, mais il n'a pas été possible de déterminer dans quelle mesure celles-ci ont permis d'accroître les capacités.

5. Conclusions

5.1 Pertinence – conclusions

Élément fondamental 1 : Nécessité de maintenir le programme

Le PSDMCPNI demeure pertinent pour répondre aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

Le PSDMCPNI continue de répondre à des besoins démontrables en services de soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits. Le modèle du programme et son financement ont permis de répondre aux besoins essentiels en matière de soins à domicile.

Les besoins en SDMC chez les Premières Nations et les Inuits devraient augmenter et devenir de plus en plus complexes. En effet, le fardeau de la maladie est disproportionné chez les Premières Nations et les Inuits comparativement à ce qui est observé dans la population canadienne en général; les tendances démographiques et celles adoptées par les gouvernements provinciaux consistant à déléguer de plus en plus de soins de santé aux communautés ont fait en sorte que les clients obtiennent rapidement leur congé d'hôpital et que les besoins en soins deviennent de plus complexes dans les communautés. Le plan d'activités stratégiques du PSDMCPNI, qui est en cours d'élaboration avec la participation des principaux intervenants, vise à aider le personnel qui dispense des SDMC à répondre à la demande croissante de services tout en gérant les pressions inhérentes au programme (soit de fonctionner dans les limites du financement actuel).

Élément fondamental 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le PSDMCPNI cadre avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada.

Le PSDMCPNI est un programme obligatoire selon les modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Premières Nations et aux Inuits et cadre avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada, qui sont décrites dans le budget 2008 et le budget 2009, et diverses politiques et initiatives fédérales qui ont démontré que le PSDMCPNI était un élément clé de la prestation de service aux Premières Nations et aux Inuits.

Élément fondamental 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le programme cadre avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Le PSDMCPNI cadre avec les rôles fédéraux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, qui est responsable de fournir ou de financer la mise en œuvre de programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits conformément à la Politique sur la santé des Indiens et aux énoncés de mission et de mandat subséquents du Ministère. Le PSDMCPNI est en harmonie avec les résultats stratégiques de Santé Canada décrits dans les RMR et les RPP du Ministère pour les années 2008-2009 à 2011-2012. L'AAP 2012 présentait le PSDMCPNI comme une composante des soins primaires aux Premières Nations et aux Inuits harmonisée aux principales activités de programme ministériel, qui sont conformes aux rôles de Santé Canada prévus à son mandat.

5.2 Rendement - conclusions

Élément fondamental 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Le PSDMCPNI a été mis en œuvre comme prévu et progresse vers l'atteinte des résultats escomptés, y compris le résultat à long terme consistant à répondre aux besoins des personnes et des communautés des Premières Nations par la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Le programme s'est avéré stable pour ce qui est des services fournis au cours de la période visée par l'évaluation et a continué de fournir l'accès à des services de soins essentiels à domicile et en milieu communautaire. Des initiatives visant à accroître la capacité de l'effectif des SDMC ont vu le jour. De plus, les initiatives ont accru l'utilisation de politiques, de lignes directrices, de pratiques exemplaires et de renseignements fondés sur des données probantes, ce qui devrait avoir une incidence positive dans l'avenir sur la prestation du programme aux échelons communautaire et régional. Le personnel du PSDMCPNI connaissait les domaines clés du programme, comme les types de services essentiels fournis, le fonctionnement de la gestion de cas ainsi que ses rôles et responsabilités, alors que les membres de la communauté ne les connaissaient pas, ce qui est compréhensible.

Il y a eu des améliorations à l'égard de la collaboration entre les membres du personnel du PSDMCPNI et les autres fournisseurs de soins de santé, mais les liens avec les programmes

sociaux dans les communautés se sont avérés un peu moins efficaces. Des efforts ont été faits aux échelons régional et communautaire afin d'améliorer la coordination des services du PSDMCPNI avec ceux d'autres programmes pour répondre de façon homogène aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire (p. ex. l'intégration du programme et du volet soins à domicile du PAVA d'AADNC y a contribué). Bien qu'on s'attende à ce que les initiatives nationales aient davantage recours aux processus d'amélioration de la qualité pour répondre aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire, on ne sait pas encore dans quelle mesure.

Cependant, le programme n'est peut-être pas encore en mesure de traiter la demande croissante de services essentiels et de soutien. À cet égard, un plan d'activités stratégiques de dix ans du PSDMCPNI est en cours d'élaboration afin de tracer une voie pour aider les communautés à répondre à l'augmentation attendue des besoins chroniques et complexes dans les années à venir, en employant les ressources actuelles du programme.

Élément fondamental 5 : Économie et efficience

L'administration et la prestation du PSDMCPNI ont été jugées efficaces. L'économie et l'efficience du programme pourraient être améliorées par l'accroissement de la capacité des bureaux régionaux de faible capacité, le regroupement de la prestation des programmes dans les communautés, l'intégration des programmes, la simplification des exigences relatives à la production de rapports, l'amélioration de la mesure du rendement et l'utilisation accrue de la technologie.

L'évaluation a révélé que le PSDMCPNI avait mis au point des processus et des stratégies d'optimisation des services dans les limites des ressources attribuées en vue de combler les besoins en soins à domicile dans les communautés. Les informateurs clés ont estimé que le programme était administré et dispensé avec efficacité. D'autres gains d'efficacité pourraient potentiellement être obtenus par l'augmentation de la capacité des bureaux régionaux de faible capacité (mettre à profit les leçons apprises des régions ayant une capacité élevée), le regroupement des petites communautés pour ce qui est de la prestation de services, l'intégration et la collaboration avec d'autres programmes, la simplification des exigences en matière de production de rapports pour l'ensemble des programmes et une utilisation accrue de la technologie pour la prestation de services et la formation. La capacité d'évaluer l'efficience et l'efficacité du programme a été entravée par la conception du modèle logique et le type de renseignements sur le rendement recueillis selon les indicateurs définis.

6. Recommandations

Recommandation 1

Santé Canada devrait élaborer des options pour accroître la capacité des bureaux régionaux de faible capacité, afin de favoriser la prestation efficiente du PSDMCPNI dans les communautés.

Une analyse plus détaillée des besoins faisant ressortir les lacunes et les difficultés des bureaux régionaux de moindre capacité devrait être effectuée en prenant comme base les facteurs généraux décrits dans la présente évaluation. Afin de compléter l'analyse des besoins, un examen détaillé des bureaux régionaux à capacité élevée devrait être entrepris afin d'en dégager les pratiques prometteuses et les leçons apprises qui pourraient contribuer à accroître la capacité des bureaux régionaux. Les options d'accroissement de la capacité des bureaux régionaux de mettre en œuvre le PSDMCPNI devront être adaptées aux difficultés particulières de chaque région.

Recommandation 2

Santé Canada devrait poursuivre ses négociations avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC) pour achever l'intégration officielle du PSDMCPNI au volet de soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome (PAVA) d'AADNC en vue d'améliorer les gains d'efficience en matière de prestation de services de soins à domicile.

Dans un proche avenir, et s'il s'agit d'une priorité pour les deux ministères, Santé Canada devrait poursuivre ses négociations avec AADNC pour achever l'intégration officielle du PSDMCPNI au volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC en vue d'améliorer les gains d'efficience en matière de prestation de services de soins à domicile. Santé Canada devrait poursuivre ses activités visant à encourager et à soutenir les communautés qui n'ont pas intégré la prestation de ces deux programmes afin qu'elles adoptent cette approche. Les renseignements recueillis dans l'étude de cas pour la présente évaluation devraient être utilisés pour informer les communautés des avantages et des éléments à prendre en considération relativement à l'intégration. De même, les membres du personnel du PSDMCPNI des communautés qui ont intégré la prestation pourraient endosser le rôle de « champions » en en faisant la promotion dans les autres communautés. Santé Canada et AADNC devraient également examiner des façons d'intégrer la production de rapports pour les deux programmes dans les communautés où ils sont intégrés afin d'accroître les gains d'efficacité. Sur le plan stratégique, Santé Canada et AADNC devraient s'employer à réaliser l'intégration officielle des deux programmes.

Recommandation 3

Santé Canada devrait renforcer les liens et les partenariats entre le programme et d'autres programmes sociaux afin d'accroître la collaboration.

En plus d'aider les communautés à intégrer le volet de soins à domicile du PAVA d'AADNC, Santé Canada devrait les aider à renforcer les liens et les partenariats entre le PSDMCPNI et d'autres programmes sociaux. Des améliorations ont eu lieu à l'égard de la collaboration entre le personnel des SDMC et d'autres fournisseurs de soins de santé, mais les liens avec les programmes sociaux dans les communautés sont un peu moins efficaces. L'établissement de meilleurs liens avec les programmes communautaires mis sur pied dans des domaines comme les services sociaux et le logement serait à privilégier. L'évaluation a permis de constater que les liens entre le PSDMCPNI et les programmes sociaux étaient généralement plus forts dans les communautés où les programmes sociaux et de santé étaient administrés par un seul ministère où logés au même endroit.

Recommandation 4

Santé Canada devrait poursuivre ses initiatives actuelles d'amélioration de la prestation du programme par l'utilisation de renseignements fondés sur des données probantes, de politiques et de normes relatives au programme ainsi que de processus d'amélioration de la qualité, et ce, d'une façon qui soit pertinente et durable compte tenu des ressources actuelles des régions et des communautés.

Santé Canada devrait s'appuyer sur les initiatives démarrées durant la période visée par l'évaluation dans les domaines de l'utilisation accrue des renseignements fondés sur des données probantes, les normes et politiques du programme et les processus d'amélioration de la qualité, qui devraient avoir une incidence positive sur la mise en œuvre du programme aux échelons communautaire et régional et guider la prestation de programme de qualité. Dans la poursuite de l'élaboration et de la mise en œuvre de ces initiatives, il sera important de veiller à ce qu'elles soient clairement liées au processus de planification stratégique en cours et aux corrections qu'il est suggéré d'apporter au modèle logique du programme et au processus de collecte de données (voir la recommandation numéro 5). De même, il sera important de tenir compte des difficultés potentielles et des capacités requises aux échelons régional et local pour mettre en œuvre complètement ces initiatives.

Recommandation 5

Santé Canada devrait revoir le modèle logique du PSDMCPNI pour s'assurer qu'à l'avenir les résultats escomptés correspondent à la nature de ce programme de santé et que des données adéquates sur le programme sont recueillies pour faciliter la prise de décisions et les évaluations futures.

Le modèle logique devrait refléter les activités du PSDMCPNI, y compris les initiatives de perfectionnement du programme récemment entreprises et prévues pour la prochaine période d'évaluation. En outre, les résultats prévus devraient tenir compte du contexte du PSDMCPNI et être axés sur les contributions que le programme peut apporter, de façon réaliste, aux changements chez les populations cibles. Cette recommandation devrait être rapidement mise en application, puisqu'un modèle logique sera nécessaire afin d'appuyer la planification, la surveillance du rendement, l'élaboration d'initiatives et la planification de l'évaluation du programme.

En outre, le programme devrait poursuivre le travail avec les bureaux régionaux et les communautés pour faire en sorte que la cueillette de données soit suffisamment de qualité et que ces dernières puissent être utilisées pour la prise de décisions et l'évaluation futures. La technologie devrait être utilisée et il faudrait s'inspirer du travail antérieur du programme pour mettre au point des outils électroniques de cueillette des données (p. ex. le projet pilote sur le RAI-HC en Alberta et l'outil de formation assistée par ordinateur sur le MERSPS).

Annexe 1 - Modèle logique

Modèle logique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits

Objectif	Fournir des soins à domicile et en milieu communautaire en matière d'évaluation, de traitement, de réadaptation, d'assistance personnelle, de soutien, de relève à domicile et de soins palliatifs ou de fin de vie.				
Groupe Cible	Membres des Premières Nations et Inuits vivant dans les réserves ou les communautés des Premières Nations situées au nord du 60e parallèle ou dans les communautés inuites.				
Thème	Prestation de services	Renforcement des capacités	Participation et collaboration des intervenants	Collecte de données, Recherche et surveillance	Élaboration de politiques et mise en commun des connaissances
Extrants	Soins à domicile et en milieu communautaire	Activités de formation et d'enseignement pour la main-d'œuvre	Ententes de collaboration sur la prestation de services	Information systématique sur la prestation des services Rapports de recherche	Lignes directrices sur les politiques, les normes et la prestation de services
Résultats immédiats	Adéquation accrue entre les services de soins à domicile et en milieu communautaire et les besoins évalués	Capacité accrue du personnel des soins à domicile et en milieu communautaire	Collaboration accrue avec les fournisseurs internes et externes Meilleure connaissance des services de soins à domicile et en milieu communautaire chez les Premières Nations et les Inuits	Utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices et des pratiques exemplaires dans la prestation des services Utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour guider la prestation de programmes de qualité	
Résultats intermédiaires	Meilleur accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire	Efficacité[95] accrue des services	Réponses uniformes, coordonnées et améliorées aux besoins en SDMC	Utilisation accrue de l'amélioration continue de la qualité, notamment des processus associés à la sécurité du patient, pour répondre aux besoins en SDMC.	
Résultats à long terme	Des services de soins à domicile et en milieu communautaire qui répondent aux besoins des personnes et des communautés inuites et des Premières Nations				

[95] L'efficacité est la mesure dans laquelle un programme atteint tous les résultats escomptés (c.-à-d. décrits dans le modèle logique). L'étude d'évaluation sera axée sur le rendement (*efficacité*, efficience et économie) du PSDMCPNI en tant qu'aspect des principaux éléments à évaluer énumérés, conformément à la Politique sur l'évaluation (2009) du gouvernement fédéral.

Annexe 2 - Précisions sur les méthodes de collecte et d'analyse des données

L'évaluation comprenait des aspects de modèles de recherche a posteriori classiques, soit la collecte de données primaires ayant lieu après les interventions (entrevues avec des informateurs clés, sondage). L'utilisation de données « à postériori » a été dans une certaine mesure équilibrée par l'analyse des données sur le rendement recueillies par le programme pendant la période visée par l'évaluation. Le modèle ne comprenait pas de groupe de comparaison défini. Étant donné que le PSDMCPNI est un programme obligatoire dispensé dans la grande majorité des communautés inuites et des Premières Nations, il n'a pas été possible d'obtenir un groupe de comparaison satisfaisant. Un nombre limité de comparaisons de base et d'établissement des tendances a été réalisé, lorsque cela était possible, à des fins de comparaison. Dans l'ensemble, l'évaluation a été conçue pour démontrer les éléments de contribution que le PSDMCPNI apporterait vraisemblablement aux résultats, plutôt que de démontrer des liens causals directs**.**

De nombreuses sources de données ont été utilisées afin de faciliter la validation des données à l'appui des constatations et des conclusions basées sur des données probantes. Elles sont décrites ci-après.

Revue de la littérature

La stratégie utilisée pour la revue de la littérature a consisté en une recherche d'index de citation pour l'examen d'ouvrages révisés par des pairs (Pubmed, HealthSTAR, Réseau-Santécom) et de littérature parallèle (Google, Google Scholar); six groupes[96] principaux de mots clés ont été utilisés suivant un processus de recherche fondé sur la logique booléenne séquentielle. La reconnaissance des publications potentiellement pertinentes a aussi été complétée par un système de « références modifiables », dans lequel les publications potentiellement pertinentes auxquelles le document fait référence ou qui ont été sélectionnées selon d'autres méthodes d'évaluation, comme des entrevues avec des informateurs clés ou des consultations en ligne, ont été envisagées à des fins d'inclusion à la revue de la littérature. Elles ont été évaluées aux fins d'inclusion selon les critères suivants :
1) portent sur les services, les programmes, les initiatives ou les politiques de la période 2008-2012; 2) portent des programmes et des initiatives comparables au PSDMCPNI pour ce qui est des populations ciblées et des types de services fournis; 3) sujets et thèmes traités directement liés à l'un des indicateurs figurant dans la matrice d'évaluation établie pour la revue de la littérature. Au total, 67 documents potentiels ont été répertoriés et évalués selon ces critères. Quarante (n = 40) d'entre eux répondaient aux critères de sélection et ont été inclus à la revue de la littérature. Toutes les publications retenues ont été examinées à l'aide d'un gabarit spécialement mis au point pour l'évaluation et qui associait les données probantes tirées d'articles à des indicateurs précis et à des interprétations pour l'évaluation. Le gabarit a été testé à l'avance et calibré par deux examinateurs de l'équipe du projet qui ont examiné trois articles. Ces derniers ont atteint un niveau raisonnable de coefficient de fiabilité pour le codage des éléments clés de données probantes extraits (kappa = 0,80).

[96] Les six regroupements de mots clés étaient les suivants : 1) Canada-Premières Nations-Inuits-Autochtones; 2) éloignée-rurale-isolée; 3) soins à domicile-soins en milieu communautaire-soins palliatifs; 4) économie-efficience-coût-autres ressources; 5) programme-initiative-service; 6) qualité-normes-prestation.

Examen des documents

La stratégie de recherche en vue de l'examen des documents a d'abord été menée par des représentants de la DGSPNI qui ont cherché les documents et les rapports rédigés à l'interne pouvant potentiellement être utilisés pour formuler diverses questions d'évaluation. Un conseiller externe a ensuite évalué chaque document potentiel selon les critères suivants en vue de l'inclure à l'examen des documents : 1) le document fait référence aux activités ou aux résultats du PSDMCPNI pendant la période visée par l'évaluation (2008-2009 à 2011-2012); 2) le document comprend des renseignements qui fournissent une base ou des points de référence pour les activités du PSDMCPNI durant la période visée par l'évaluation (comme des évaluations antérieures, des rapports sur le rendement, etc.); 3) le document fournit des renseignements ou des données probantes associés directement à un indicateur pouvant être relié à au moins une question d'évaluation. Les représentants de la DGSPNI ont répertorié quarante-cinq documents dont quarante-deux ont été jugés pertinents pour l'examen des documents. Cinq autres documents qui répondaient aux critères d'inclusion ont été répertoriés au cours des entretiens avec des informateurs clés et inclus à l'examen. Ainsi, un nombre total de quarante-sept documents (n = 47) répondaient aux critères d'inclusion et ont été consultés dans le cadre de l'examen des documents. Comme pour la revue de la littérature, tous les documents retenus ont été examinés à l'aide d'un gabarit spécialement mis au point pour l'évaluation qui associait les données probantes tirées d'articles à des indicateurs précis et à des interprétations en vue de l'évaluation. Le gabarit a été testé à l'avance et calibré par deux examinateurs de l'équipe du projet qui ont examiné trois documents. Ces derniers ont atteint un niveau raisonnable de coefficient de fiabilité pour le codage des éléments clés de données probantes extraits conformément aux indicateurs (kappa = 0,82).

Examen de la base de données

Pour l'examen de la base de données, l'équipe du projet a examiné un rapport sommaire avec des tableaux de synthèse supplémentaires fournis par les représentants du PSDMCPNI qui ont compilé des tableaux afin de relier les indicateurs décrits dans la matrice d'évaluation. Les principales sources utilisées pour compiler le rapport sommaire de données et les tableaux de synthèse étaient l'Outil électronique de suivi des ressources humaines (OESRH) et le Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (MERSPS). L'OESRH est un outil de gabarit Excel qui permet au personnel du PSDMCPNI de fournir des renseignements sur les ressources humaines du programme. Le MERSPS est aussi un outil de gabarit Excel qui permet au personnel du PSDMCPNI de donner des renseignements sur ses activités. Comme pour les autres examens, un gabarit d'examen de la base de données a été mis au point et associait les données probantes recueillies du rapport sommaire et des tableaux de synthèse avec des interprétations et des indicateurs précis en vue de l'évaluation. Le gabarit a été testé à l'avance et calibré par deux examinateurs de l'équipe du projet qui ont examiné trois tableaux. Ces derniers ont atteint un niveau raisonnable de coefficient de fiabilité pour le codage des éléments clés de données probantes extraits conformément aux indicateurs (kappa = 0,88).

Entrevues avec des informateurs clés

Une méthode d'échantillonnage dirigé a été employée pour choisir les informateurs clés dans une liste de 1 033 personnes établie par les responsables du PSDMCPNI et comprenant cinq groupes à l'échelle nationale et dans les sept régions de Santé Canada. Un échantillon du groupe de représentants des clients (chefs de bande, conseillers ou leurs représentants, comme les directeurs de

la santé) du PSDMCPNI a été dressé afin de sélectionner un échantillon représentatif des communautés et des régions compte tenu de la population totale des Premières Nations et des Inuits de chaque région, de la taille de la population de la communauté et de l'isolement ou de l'éloignement de la communauté.

Le tableau ci-dessous présente la population par groupe figurant dans les listes établies par les bureaux régionaux et le bureau national de Santé Canada, les entrevues planifiées selon les groupes, le nombre d'informateurs clés invités et le nombre d'entrevues réalisées.

Processus de sélection des informateurs clés et résultats

Groupe d'informateurs clés	Population	Entrevues planifiées	Invitations	Entrevues effectuées	Taux d'entrevues réalisées
Chefs de bande, conseillers ou leurs représentants (bande)[97]	935	40	134	20	50 %
ARSPT	15	12	15	11	92 %
OA ou ONG	45	7	10	8	114 %
Gouvernement fédéral [98]	2	2	2	1	50 %
Santé Canada – bureau national	6	5	5	5	100 %
Santé Canada – bureaux régionaux	30	14	15	13	93 %
Total	1033	80	181	58	73 %

Les entrevues ont été réalisées par téléphone à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré adapté à chaque groupe d'informateurs. Le guide a été testé à l'avance auprès de six personnes de tous les groupes à l'exception de ceux des ministères fédéraux. À la suite de ce test, des changements mineurs ont été apportés à la formulation et à l'ordre des questions. Le guide était principalement constitué de questions ouvertes liées aux indicateurs d'évaluation et de quelques questions fermées basées sur une échelle de Likert en cinq points en vue d'obtenir un classement. Les entrevues se sont déroulées dans la langue officielle préférée des informateurs. Elles ont été enregistrées avec leur permission[99] et les notes ont été transmises à chacun d'eux à des fins de validation. Quelques informateurs clés ont modifié les notes, principalement pour clarifier les renseignements ou en ajouter. Les entrevues se sont déroulées du 18 octobre au 30 novembre 2012.

Sondage auprès des intervenants

Groupes cibles

Les groupes cibles étaient décrits dans le cadre d'évaluation et comprenaient : des chefs des Premières Nations et de conseillers ainsi que leurs représentants (p. ex. directeurs de la santé) qui ont représenté les clients du PSDMCPNI à titre d'informateurs, le personnel communautaire du PSDMCPNI, le personnel dispensant d'autres programmes de santé communautaire, le personnel de Santé Canada associé au PSDMCPNI et d'autres intervenants provinciaux, territoriaux, régionaux,

[97] Deux étaient des entrevues de groupe (un groupe de trois personnes et un groupe de quatre personnes responsables de la prestation du PSDMCPNI). Les deux sont inscrits comme un seul répondant dans les comptes-rendus.

[98] Les réponses demandées aux informateurs fédéraux ont été ajoutées à celle du groupe ARSPT et rapportées en tant que ARSPT ou autres.

[99] Les enregistrements audio seront supprimés lorsque l'évaluation sera achevée.

comme des membres des conseils tribaux et d'organismes autochtones régionaux, ainsi que des représentants des gouvernements provinciaux et des autorités régionales de la santé. Le cadre d'échantillonnage pour chaque groupe consistait en des listes d'informateurs potentiels compilées par des représentants nationaux et régionaux de Santé Canada.

Méthode de sondage

Tous les informateurs qui avaient des adresses de courriel valides ont reçu, par courriel, une invitation à participer suivie d'un ou de deux courriels de rappel. Le questionnaire bilingue du sondage a été hébergé en ligne et il était possible d'y accéder par un hyperlien inclus dans le courriel d'invitation. L'accès a été possible du 1er novembre au 7 décembre 2012.

Outil de sondage

Avant le lancement du sondage, un questionnaire a été d'abord testé auprès de douze répondants de trois des six groupes d'intervenants. À la suite de ce test, des changements mineurs ont été apportés à la formulation et à l'ordre des éléments. La version finale du questionnaire était principalement constituée de questions fermées auxquelles le participant devait répondre à l'aide d'une échelle de classement[100] de cinq points ou en choisissant une réponse dans une liste. Tous les participants devaient aussi répondre à plusieurs questions ouvertes, ce qui leur permettait d'expliquer davantage un classement qu'ils avaient établi ou de donner des exemples.

Analyse

À l'étape de l'analyse, les questions fermées ont été analysées à l'aide de fréquences de base et de tableaux croisés en mettant l'accent sur la comparaison des réponses entre les régions et entre les catégories d'intervenants. Les réponses textuelles aux questions ouvertes ont d'abord été examinées afin de discerner des thèmes et des catégories qui ressortaient des données; elles ont ensuite été codées selon ces thèmes et ces catégories.

Taux de réponse

Comme l'illustre le tableau ci-dessous, le taux de réponse dans l'ensemble a été de 18,8 % pour un échantillon de n = 332.

Taux de réponse par groupe d'intervenants et par région

Groupe d'intervenants	Invitations (n)	Participation (n)	Taux de réponse
Chefs et conseillers	187	16	8,6 %
Directeurs de la santé	309	62	20,1 %
Membres du personnel communautaire du PSDMCPNI	724	168	23,2 %
Autres membres du personnel communautaire	355	47	13,2 %
Membres du personnel du PSDMCPNI de Santé Canada	18	7	38,9 %
Intervenants régionaux des provinces et territoires	169	30	17,8 %

[100] L'échelle de classement comportait les catégories suivantes : 1 = pas du tout; 2 = dans une faible mesure; 3 = dans une certaine mesure; 4 = dans une grande mesure; 5 = dans une très grande mesure.

Région	Invitations (n)	Participation (n)	Taux de réponse
Alberta	125	32	25,6 %
Atlantique	131	31	23,7 %
Colombie-Britannique	662	75	11,3 %
Manitoba	95	43	45,3 %
Nunavut	38	3	7,9 %
Territoires du Nord-Ouest	18	4	22,2 %
Ontario	392	61	15,6 %
Québec	88	33	37,5 %
Saskatchewan	212	49	23,1 %
Yukon	1	1	100 %
TOTAL	**1762**	**332**	**18,8 %**

Études de cas

Sélection des thèmes, des régions, des communautés

Six sujets potentiels pour les études de cas ont été déterminés par les administrateurs du PSDMCPNI et au moyen des entrevues initiales avec les informateurs clés réalisées pour l'évaluation. Les consultants externes les ont classés selon les facteurs suivants : permettre de répondre aux questions d'évaluation, avoir trait aux communautés inuites et des Premières Nations et mise en œuvre permettant de respecter l'échéancier de l'évaluation. Deux thèmes ont été choisis grâce à ce processus.

THÈME 1 : CAPACITÉ RÉGIONALE DE DISPENSER LE PSDMCPNI

Des critères ont été établis pour la sélection de régions ayant une grande ou une faible capacité de dispenser le PSDMCPNI :

- capacité de répondre aux demandes de renseignements, d'outils ou de soutien de la communauté;
- utilisation de données et production de rapports (p. ex. l'Outil d'évaluation pour la gestion des risques) afin de guider la prise de décision;
- transmissions des pratiques exemplaires;
- élaboration de projets pilotes et d'essais relatifs à des changements aux programmes afin de répondre aux besoins régionaux;
- roulement de personnel et postes non dotés à l'échelle des bureaux régionaux;
- caractéristiques des communautés inuites et des Premières Nations qui présentent des difficultés ou des possibilités à l'échelle régionale (p. ex. éloignement, nombre de communautés, taille des communautés, structures politiques, etc.).

Le bureau national de la DGSPNI a appliqué ces critères à chacune des sept régions, selon sa connaissance de ces régions. Selon ces données, les experts ont sélectionné les deux régions qui répondaient le mieux aux critères des régions à capacité élevée et les deux régions qui répondaient le mieux aux critères des régions de faible capacité. Cet échantillon de quatre des sept régions a été jugé suffisant pour illustrer les diverses expériences et les divers résultats des régions d'après la présente étude de cas.

Les experts externes ont ensuite collaboré avec le coordonnateur régional du PSDMCPNI de chacune de ces régions afin de choisir des informateurs clés à interviewer pour l'étude de cas : les coordonnateurs du PSDMCPNI de deux communautés; le gestionnaire régional du PSDMCPNI; un partenaire de Santé Canada et un partenaire externe avec qui le personnel du PSDMCPNI est en contact pour la prestation du programme. Les quatre coordonnateurs régionaux ont présenté leurs plans de travail les plus récents et tous les autres documents qu'ils jugeaient pertinents à l'étude de cas.

THÈME 2 : INTÉGRATION DU PROGRAMME

Les coordonnateurs régionaux du PSDMCPNI des sept régions devaient déterminer les communautés qui avaient intégré la prestation du PSDMCPNI et le volet soins à domicile du PAVA et celles qui, à leur connaissance, ne l'avaient pas fait. Cinq des sept régions déterminées ont relevé des communautés qui avaient intégré la prestation des programmes. Les experts ont choisi une communauté où les programmes avaient été intégrés et une où ils ne l'avaient pas été dans chacune des cinq régions, soit de petites et de grandes communautés, dans le but d'en rassembler dix pour l'étude de cas. En tout, huit d'entre elles ont accepté de participer à l'étude, dans le respect de l'échéancier établi, qui comptait donc cinq communautés où les programmes avaient été intégrés et trois, où ils ne l'avaient pas été.

Le tableau ci-dessous présente le nombre d'entrevues visées et réalisées pour chaque étude de cas par groupe d'informateurs clés. Les entrevues ciblées non réalisées s'expliquent par le fait qu'il a été impossible de joindre les informateurs clés et d'organiser une entrevue avec eux dans les délais établis pour les études de cas.

Informateurs clés pour ayant participé aux études de cas

Étude de cas – Thème 1	Entrevues visées	Entrevues effectuées
Représentants de la direction régionale	4	2
Coordonnateurs régionaux du PSDMCPNI	5	5
PSDMCPNI – partenaires de Santé Canada	4	3
PSDMCPNI – partenaires externes	4	2
Communautés – coordonnateurs du PSDMCPNI	8	5
Total	***25***	***17***
Étude de cas – Thème 2	**Entrevues visées**	**Entrevues effectuées**
Communautés où les programmes ont été intégrés – coordonnateurs du PSDMCPNI	5	5
Communautés où les programmes n'ont pas été intégrés – coordonnateurs du PSDMCPNI	5	3
Total	***10***	***8***

Les entrevues ont été réalisées par téléphone à l'aide d'un guide d'entrevue semi-structuré adapté à chaque groupe d'informateurs et relié à des questions d'évaluation. Le guide a été testé à l'avance avec chaque groupe. À la suite de ce test, des changements mineurs ont été apportés à la formulation et à l'ordre des questions. Les entrevues se sont déroulées dans la langue officielle préférée des informateurs. Elles ont été enregistrées avec leur permission et les notes ont été transmises à chacun d'eux à des fins de validation. Les entrevues se sont déroulées du 14 novembre au 6 décembre 2012.

Méthode d'analyse des données

Conformément aux pratiques exemplaires en matière d'évaluation, différentes sources de données ont été utilisées, notamment des données primaires et secondaires ainsi que des données qualitatives et quantitatives. Les données recueillies ont été analysées au moyen des méthodes suivantes :

- examen systématique des données recueillies de chaque source de données avec utilisation de gabarits pour recueillir les données probantes de chacune de ces sources et les interpréter (p. ex. document, informateur clé) pour chaque indicateur;
- analyses statistiques qui ont généré des comptes et des pourcentages en vue de l'analyse quantitative;
- surveillance des données et préparation de tableaux pour inscrire la proportion d'informateurs clés qui exprimaient une opinion donnée;
- analyse thématique des réponses obtenues lors des entrevues avec les informateurs clés et aux questions ouvertes du sondage en lien avec les indicateurs et les questions d'évaluation;
- triangulation des données recueillies à partir de la revue de la littérature et de l'examen des documents et de la base de données;
- examens, entrevues avec des informateurs clés, sondage auprès d'intervenants et études de cas pour déterminer la mesure dans laquelle les sources de données corroboraient les constatations;
- inclusion de mesures d'évaluation de l'efficience ou de l'économie.

Annexe 3 - Bibliographie

AARLUK CONSULTING, *Home and Community Care Program in Nunavut*: Rapport d'évaluation, Iqaluit, NU, 2012.

Annexe C, *Cadre du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, non daté.

Annexe D, *Financement du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, 2000.

Annexe 11, Regroupement des autorisations – Programme de contributions relatives à la santé des Premières nations et des Inuits, 2010.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE, *Beaucoup de collaborateurs …un même esprit : pratiques prometteuses dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire aux Premières nations et aux Inuits*, 2011, Mississauga, Ontario.

ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS ET SERVICES À DOMICILE. *Pensée Corps Esprit : pratiques prometteuses dans le domaine des soins à domicile et en milieu communautaire aux Premières nations et aux Inuits*, 2010. Consulté à l'adresse : http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=2344

BC ASSOCIATION OF COMMUNITY RESPONSE NETWORKS, *Promising Approaches for Addressing/Preventing Abuse of Older Adults in First Nations Communities: A Critical Analysis and Environmental Scan of Tools and Approaches*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.bccrns.ca/WebLibrary/General/Resources/First%20Nations/Public20130425160252.pdf)

BILLINGS, J. et coll. *Impact of Socio-Economic Status on Hospital Use in New York City, Health Affairs*, 199312162-73

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results: Adult, Youth, Child*, édition révisée, Ottawa (Ont.), 2011.

COHEN, M. et coll. *Innovations in community care: From Pilot Projects to System Change*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.policyalternatives.ca/sites/default /files/uploads/publications/BC_Office_Pubs/bc_2009/CCPA_bc_innovations_web.pdf

COOTER, R. P. et coll. « Indigenous aged care service use and need for assistance: How well is policy matching need? » *Australasian Journal of Ageing*, vol. 30 (Suppl. 2), p. 38-44. DOI : 10.1111/j.1741-6612.2011.00532.x., 2011.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS *Home and Community Care (HCC) Evaluation Framework*, mise à jour, version définitive, 28 mars 2012.

DUBOIS, M. *First Nations and Inuit Home and Community Care Program Data Verification*, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2012.

DUBOIS, M. *HRTT Data Verification*, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2012.

Évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, 2009.

GOUVERNEMENT DE LA NOUVELLE-ÉCOSSE. *Cape Breton Home Care Discharge Planning Program: Evaluation Findings*, 2008. Consulté à l'adresse : http://novascotia.ca/dhw/ccs/documents/Cape-Breton-Home-Care-Discharge-Planning-Pilot-Evaluation.pdf)

GOUVERNEMENT DU CANADA. COMITÉ PARLEMENTAIRE SUR LES SOINS PALLIATIFS ET LES SOINS DE COMPASSION. *Avec dignité et compassion : soins destinés aux Canadiens vulnérables*, Ottawa (Ont.), 2011.

INUIT TAPIRIIT KANATAMI. *Inuit Statistical Profile*. Ottawa (Ont.), 2008.

JACKLIN, K, et J. WALKER. *Tendances de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées chez les Premières Nations et les Inuits : rapport final*, numéro de référence du contrat : 4500268919, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2012.

JOHNSTON RESEARCH INC. *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2011.

JOHNSTON RESEARCH INC. Ébauche du compte rendu de la réunion de planification stratégique du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits des 27 et 28 octobre 2011, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2012.

LAVOIE, J. G. et coll. « Is it Worthwhile to Invest in Home Care? », *Healthcare Policy*, vol. 6, n^{o} 4 (2011), p. 35-48.

MINISTÈRE DES FINANCES CANADA. *Le budget de 2008 en bref : un leadership responsable*, Ottawa (Ont.), 2008.

MINISTÈRE DES FINANCES CANADA. *Le Plan d'action économique du Canada, le budget de 2009*, Ottawa (Ont.), 2009.

PAUKTUUTIT INUIT WOMEN OF CANADA. *National Strategy to Prevent Abuse in Inuit Communities: Environmental Scan of Inuit Elder Abuse Awareness*, 2011. Consulté à l'adresse : http://pauktuutit.ca/wp-content/blogs.dir/1/assets/04-Inuit-Elder-Abuse-Scan_EN.pdf

SANTÉ CANADA, Unité de la recherche sur l'opinion publique et de l'évaluation, *Rapport du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, Rapport n^{o} POR-11-NC29, Ottawa (Ont.), 2011.

SANTÉ CANADA, Unité de la recherche sur l'opinion publique et de l'évaluation, *Rapport du programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits*, Rapport n^{o} POR-11-NC24, Ottawa (Ont.), 2012.

SANTÉ CANADA. *Architecture des activités de programme et Cadre de mesure du rendement*, Ottawa (Ont.), 2011.

SANTÉ CANADA. *Fiches d'information sur le projet de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.* Ottawa (Ont.), 2012.

SANTÉ CANADA. *First Nations Home and Community Care Program Report.* Évaluation et surveillance de la santé, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région de l'Alberta, 31 août 2012.

SANTÉ CANADA. *Guide: Home and Community Care, Essential Service Elements Risk Management Appraisal Tool*, Ottawa (Ont.), 2008.

SANTÉ CANADA. *Les Canadiens et les Canadiennes en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé, 2010*, Publication Santé Canada : 100353, Ottawa (Ont.), 2010.

SANTÉ CANADA. *Modalités de l'autorisation relative au programme des soins de santé primaires destinés aux Inuits et aux Premières nations*, Ottawa, 2011.

SANTÉ CANADA. *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, Ottawa (Ont.), 2012. Consulté à l'adresse : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/strat-plan-2012/index-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*, Publication Santé Canada : 3556, Ottawa (Ont.), 2009.

SANTÉ CANADA. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : déterminants de la santé de 1999 à 2003*, Publications Santé Canada : 3555, Ottawa (Ont.), 2009.

SANTÉ CANADA. *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : statistiques démographiques afférentes au Canada atlantique et à l'Ouest canadien, 2001-2002*, Publication Santé Canada : 3558, Ottawa (Ont.), 2011.

SANTÉ CANADA. *Santé Canada, Budget des dépenses 2010-2011, Partie III – Rapport sur les plans et les priorités*, Ottawa (Ont.), 2011.

SANTÉ CANADA, *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits : Rapport 2012*, Ottawa, 2012.

SCOTT, R. E. et M. PALACIOS, *Where Are We – Where Can We G*o?, Document d'information sur les télésoins à domicile dans les collectivités inuites et des Premières Nations, 2011.

SU, M. *North Data Verification*, Santé Canada, Ottawa (Ont.), 2012.