



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

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

**Évaluation du
Programme des soins cliniques et aux clients destinés
aux Premières Nations
de 2005-2006 à 2011-2012**

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

Juin 2013

Liste des sigles

AAP	Architecture d'alignement de programmes
ASPC-SC	Agence de la santé publique du Canada–Santé Canada
BMC	Bureau de la médecine communautaire
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
GTE	Groupe de travail chargé de l'évaluation
IA	Infirmière autorisée
IAA	Infirmière auxiliaire autorisée
IAI	Infirmière auxiliaire immatriculée
IER	Infirmière éducatrice régionale
IGR	Infirmière gestionnaire régionale
IP	Infirmière praticienne
IRHSA	Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone
MPSSP-EI	Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations
RH	Ressources humaines
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SCC	Soins cliniques et aux clients
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse de la direction et plan d'action 2012-2013.....	vi
1. Objectif de l'évaluation.....	1
2. Description du programme.....	1
2.1 Contexte du programme	1
2.2 Profil du programme	1
2.3 Modèle logique du Programme et exposé des faits	2
2.4 Harmonisation du programme et ressources	5
3. Éléments à évaluer	5
3.1 Portée de l'évaluation.....	5
3.2 Éléments à évaluer.....	5
3.3 Méthode d'évaluation.....	6
3.4 Conception de l'évaluation.....	6
3.5 Collecte de données et méthodes d'analyse	7
3.6 Limites et stratégies d'atténuation.....	9
4. Constatations.....	10
4.1 Pertinence : Question n° 1 — Besoin continu du programme	10
4.2 Pertinence : Question n° 2 — Conformité aux priorités du gouvernement	13
4.3 Pertinence : Question n° 3 — Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral.....	15
4.4 Rendement : Question no 4 — Réalisation des résultats immédiats (efficacité).....	17
4.5 Rendement : Question no 4 — Réalisation des résultats intermédiaires (efficacité)	34
4.6 Rendement : Question no 4 — Réalisation du résultat à long terme (efficacité)	37
4.7 Rendement : Question no 5 — Démonstration d'économie et d'efficience.....	42
5. Conclusions.....	48
5.1 Conclusions relatives à la pertinence	48
5.2 Conclusions relatives au rendement	49
6. Recommandations.....	51
Annexe 1 :Description détaillée des méthodes de collecte et d'analyse des données.....	53
Annexe 2 :Références	61

Liste des tableaux

Tableau 1	Résumé des constatations, des conclusions et des recommandations
Tableau 2	Modèle logique des soins cliniques et aux clients
Tableau 3	Questions fondamentales et question d'évaluation
Tableau 4	Limites et stratégies d'atténuation
Tableau 5	Mesure de l'accès aux services de SCC — Fournisseurs de services internes
Tableau 6	Postes de fournisseurs de soins de santé non infirmiers aux postes de soins infirmiers — Fournisseurs de services internes
Tableau 7	Obstacles à la participation à la formation et au perfectionnement professionnel continu — Fournisseurs de services internes
Tableau 8	Liens et collaboration au sein de la collectivité — Fournisseurs de services internes
Tableau 9	Liens et collaboration avec les fournisseurs de service externes — Fournisseurs de services internes et représentants de bande
Tableau 10	Politiques, normes ou lignes directrices régulièrement consultées pour offrir les services de SCC — Fournisseurs de services internes

Sommaire

Objectif, portée et conception de l'évaluation

La présente évaluation porte sur le programme des soins cliniques et aux clients (SCC) destinés aux Premières Nations pour la période allant du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2012. Il s'agit de la toute première évaluation du programme des SCC dans son ensemble, évaluation qui est entreprise afin de respecter les exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor.

L'objectif de cette évaluation est de mesurer la pertinence et le rendement du programme des SCC. Le Groupe de travail chargé de l'évaluation (GTE), formé de représentants des bureaux national et régionaux et dirigé par la Direction de l'évaluation, a été mis sur pied pour fournir des directives et des commentaires dans le cadre de l'exercice. Les méthodes utilisées pour mener l'évaluation sont notamment un examen des documents et des données, une analyse documentaire, des entrevues auprès d'informateurs clés et des sondages auprès des intervenants.

Description du programme

Les services de SCC sont généralement dirigés par les infirmières et permettent aux résidents des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées d'avoir accès aux services de santé urgents et non urgents qui ne sont pas assurés par les autorités sanitaires provinciales ou régionales. Les soins urgents sont prodigués en consultation avec un médecin par téléphone ou Internet et peuvent comprendre un traitement pour stabiliser le patient et/ou le transport de celui-ci vers un établissement de santé secondaire ou tertiaire. Des soins non urgents sont prodigués lorsque des problèmes de santé qui ne mettent pas la vie en danger sont évalués et diagnostiqués et s'accompagnent d'un plan de traitement ou de prise en charge à mettre en œuvre. Pour ce faire, des fournisseurs de soins de santé compétents peuvent devoir être consultés. Les services de SCC comprennent également : la coordination des soins et la gestion des cas; l'accès à de l'équipement médical, à des fournitures médicales et à des produits pharmaceutiques; un système de conservation des dossiers et de gestion des données; une procédure pour assurer l'amélioration continue de la qualité; des diagnostics; des services hospitaliers dans les hôpitaux fédéraux (au Manitoba seulement).

Conclusions de l'évaluation et recommandations

CONCLUSIONS — PERTINENCE

Besoin continu

Le programme des SCC continue de répondre à un besoin démontrable et est adapté aux besoins des collectivités des Premières Nations en matière de santé en répondant à la demande continue en soins de santé. Cette demande est attribuable à un taux de prévalence des maladies plus élevé dans ces collectivités et aux changements démographiques, lesquels nécessitent la prestation de services de SCC auxquels ces collectivités n'auraient pas accès autrement.

Conformité aux priorités du gouvernement

La prestation des services du programme des SCC dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées cadre avec les priorités du gouvernement fédéral énoncées dans le Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013 de Santé Canada, les budgets fédéraux et les discours du Trône.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Le programme des SCC s'harmonise avec le rôle du gouvernement fédéral d'offrir ou de financer des programmes de santé destinés aux Premières Nations par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Le programme est conforme à la Politique sur la santé des Indiens ainsi qu'aux énoncés de mandat et de mission du Ministère.

CONCLUSIONS — RENDEMENT

Réalisation des résultats escomptés

Le programme des SCC est en voie d'atteindre les résultats visés et répond aux besoins des collectivités des Premières Nations et de leurs membres en leur offrant des services de soins de santé urgents et non urgents.

Les principales difficultés de l'exécution du programme sont liées au recrutement et au maintien en poste du personnel, à la liaison avec les autres fournisseurs de services, à l'absence d'échange de données sur les clients ainsi que d'un suivi systématique des ressources humaines et des données sur la mesure du rendement.

Économie et efficience

Certains projets mis en œuvre servent d'exemples pour démontrer des façons d'améliorer l'efficience de la prestation des services de SCC, lesquelles pourraient être intégrées aux futurs modèles de prestation des soins primaires au sein des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. De meilleures données d'ensemble sur la mesure du rendement favoriseraient davantage le respect des exigences en matière de production de rapports et la réalisation des prochaines évaluations de la prestation des services de soins primaires.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1

Redoubler les efforts liés au recrutement et au maintien en poste des infirmières.

Recommandation n° 2

Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les ministères provinciaux de la Santé pour renforcer la collaboration et améliorer l'échange d'information et les partenariats.

Recommandation n° 3

Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les postes de soins infirmiers pour élaborer et mettre en œuvre une meilleure stratégie de mesure du rendement qui permettra aux régions et à l'administration centrale de mesurer l'atteinte des résultats escomptés et de planifier l'utilisation des ressources ainsi que les besoins en matière de services. Pour ce faire, il faut tenir des dossiers électroniques sur les clients et les services offerts, ainsi que sur tout le personnel des postes de soins infirmiers.

Tableau 1 : Résumé des constatations, des conclusions et des recommandations

Éléments à évaluer		Constatations	Conclusions	Recommandations
Pertinence	Besoin continu du programme	Il arrive souvent que les membres et les collectivités des Premières Nations présentent un taux d'incidence plus élevé pour certaines maladies, la toxicomanie et les problèmes de dépendance, les troubles mentaux et les blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Tous ces facteurs, ainsi que le vieillissement de la population et la croissance démographique des collectivités, entraînent une demande accrue en services de SCC. Compte tenu de la situation géographique des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les membres de ces collectivités n'ont pas le même accès aux services de soins de santé que les autres Canadiens.	<p>Pertinence du programme</p> <p>Besoin continu Le programme des SCC continue de répondre à un besoin démontrable et est adapté aux besoins des collectivités des Premières Nations en matière de santé en répondant à la demande continue en soins de santé. Cette demande est attribuable à un taux de prévalence des maladies plus élevé dans ces collectivités et aux changements démographiques, lesquels nécessitent la prestation de services de SCC auxquels ces collectivités n'auraient pas accès autrement.</p>	<p>Recommandation n° 1. Redoubler les efforts liés au recrutement et au maintien en poste des infirmières.</p> <p>Recommandation n° 2. Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les ministères provinciaux de la Santé pour renforcer la collaboration et améliorer l'échange d'information et les partenariats.</p>
	Conformité aux priorités du gouvernement	Les budgets fédéraux ont constamment octroyé des fonds aux initiatives visant à améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations. Le programme des SCC contribue à la réalisation du troisième résultat stratégique de Santé Canada, soit « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé ».	<p>Conformité aux priorités du gouvernement La prestation des services du programme des SCC dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées cadre avec les priorités du gouvernement fédéral énoncées dans le Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013 de Santé Canada, les budgets fédéraux et les discours du Trône.</p>	<p>Recommandation n° 3. Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les postes de soins infirmiers pour élaborer et mettre en œuvre une meilleure stratégie de mesure du rendement qui permettra aux régions et à l'administration centrale de mesurer l'atteinte des résultats escomptés et de planifier l'utilisation des ressources ainsi que les besoins en matière de services. Pour ce faire, il faut tenir des dossiers électroniques sur les clients et les services offerts, ainsi que sur tout le personnel des postes de soins infirmiers.</p>
	Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement	Il y a cohérence entre le programme des SCC et les compétences du Ministère et le rôle qui lui est conféré par la loi, comme le démontrent certains textes de loi clés qui se rapportent aux Premières Nations, notamment la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i> et l' <i>Acte des Sauvages, 1876</i> . En outre, la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens portent toutes deux sur la santé des Premières Nations à l'échelle nationale. De plus, la <i>Loi canadienne sur la santé</i> de 1984 définit l'objectif premier de la politique canadienne de la santé, qui est entre autres de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé des résidents du Canada.	<p>Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement Le programme des SCC s'harmonise avec le rôle du gouvernement fédéral d'offrir ou de financer des programmes de santé destinés aux Premières Nations par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Le programme est conforme à la Politique sur la santé des Indiens ainsi qu'aux énoncés de mandat et de mission du Ministère.</p>	

Éléments à évaluer		Constatations	Conclusions	Recommandations
Rendement	Réalisation des résultats escomptés	<p>Le programme des SCC est en voie d'atteindre les résultats visés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies varie selon les collectivités et les personnes, mais elle semble s'améliorer, de l'avis général. 2. Les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont un accès variable aux services de SCC selon le type de service offert. Les facteurs qui influent sur l'accès sont notamment la pénurie de personnel et les problèmes de transport. 3. Une vaste gamme de services de SCC sont offerts et utilisés, mais l'utilisation des services après les heures normales de travail ne concerne pas toujours les soins urgents. 4. Le personnel des SCC possède une certification professionnelle de haut niveau, mais les nouvelles infirmières des SCC ne maîtrisent pas toutes l'ensemble des compétences requises pour travailler dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Les problèmes récurrents de recrutement et de maintien en poste compliquent la tâche d'accroître les capacités du personnel. 5. Il est possible d'accroître le nombre des collectivités des Premières Nations qui gèrent leurs propres services de SCC, surtout au Manitoba et en Ontario. 6. Il existe une collaboration et des liens entre les fournisseurs de service, mais il y a place à l'amélioration, surtout pour les services en santé mentale, en physiothérapie et en soins palliatifs. L'absence d'un échange d'information entre les systèmes provinciaux de la santé et les postes de soins infirmiers peut compliquer la coordination des cas et la continuité des soins. 7. La connaissance de certaines politiques, normes et lignes directrices se constate par l'utilisation fréquente qui en est faite. 	<p>Rendement du programme</p> <p>Réalisation des résultats escomptés Le programme des SCC est en voie d'atteindre les résultats visés et répond aux besoins des collectivités des Premières Nations et de leurs membres en leur offrant des services de soins de santé urgents et non urgents.</p> <p>Les principales difficultés de l'exécution du programme sont liées au recrutement et au maintien en poste du personnel, à la liaison avec les autres fournisseurs de services, à l'absence d'échange de données sur les clients ainsi que d'un suivi systématique des ressources humaines et des données sur la mesure du rendement.</p> <p>Économie et efficience Certains projets mis en œuvre servent d'exemples pour démontrer des façons d'améliorer l'efficience de la prestation des services de SCC, lesquelles pourraient être intégrées aux futurs modèles de prestation des soins primaires au sein des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. De meilleures données d'ensemble sur la mesure du rendement favoriseraient davantage le respect des exigences en matière de production de rapports et la réalisation des prochaines évaluations de la prestation des services de soins primaires.</p>	
	Démonstration d'économie et d'efficience	<p>Les observations relatives à l'économie et à l'efficience permettent de cerner des difficultés qui ont une incidence sur la prestation des services de SCC, dont : le financement fondé sur les allocations antérieures et des estimations démographiques dépassées; les problèmes constants de dotation en personnel qui entraînent un nombre élevé de postes vacants et un roulement de personnel et qui nécessitent le recours aux services coûteux des agences de soins infirmiers; les coûts en heures supplémentaires non planifiées; les systèmes de conservation des dossiers inefficaces, et l'absence de données sur le rendement.</p>		

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

ÉVALUATION DES SERVICES DE SOINS CLINIQUES ET AUX CLIENTS (SCC) DESTINÉS AUX PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Recommandations	Réponse de la direction	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
1. Redoubler les efforts liés au recrutement et au maintien en poste des infirmières.	La direction accepte cette recommandation. Il est important de noter que le recrutement et le maintien en poste d'infirmières qualifiées représentent un problème permanent et récurrent, et ce problème persistera en raison des exigences particulières de la DGSPNI en matière de compétences, du lieu de travail, ainsi que de la pénurie d'infirmières et de leur mauvaise répartition à l'échelle nationale et internationale.	Le programme des SCC travaillera avec la Direction des services en ressources humaines de la Direction générale des services de gestion afin de maintenir la Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations de la DGSPNI. Cette tâche sera accomplie et la stratégie, mise en œuvre au cours de l'exercice 2013-2014.	Stratégie de recrutement et de maintien en poste des infirmières de la DGSPNI approuvée.	30 septembre 2013	Directeur général, Soins primaires et Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, DGSPNI
2. Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les ministères provinciaux de la Santé pour renforcer la collaboration et améliorer l'échange d'information et les partenariats.	La direction accepte cette recommandation. Le Cadre de responsabilisation de la DGSPNI confie la responsabilité de rédiger des ententes de collaboration en matière de prestation de services aux cadres régionaux et aux bureaux régionaux de la DGSPNI. Selon le Plan stratégique de la DGSPNI, il faut amener le bureau national de la DGSPNI à jouer davantage un rôle de soutien auprès des régions dans l'amélioration de la qualité des programmes et services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits et dans l'harmonisation avec les services et les réseaux de santé provinciaux.	Le bureau central du programme des SCC collaborera avec les régions afin de recueillir des données sur la collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé et, par un examen de la documentation, de cerner les domaines où il faut resserrer la collaboration.	Rapport sur la collaboration	31 mars 2014	Sous-ministre adjoint, Opérations régionales, DGSPNI Directeur général, Soins primaires et Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, DGSPNI

Recommandations	Réponse de la direction	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
3. Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les postes de soins infirmiers pour élaborer et mettre en œuvre une meilleure stratégie de mesure du rendement qui permettra aux régions et à l'administration centrale de mesurer l'atteinte des résultats escomptés et de planifier l'utilisation des ressources ainsi que les besoins en matière de services. Pour ce faire, il faut tenir des dossiers électroniques sur les clients et les services offerts, ainsi que sur tout le personnel des postes de soins infirmiers.	La direction accepte cette recommandation et admet qu'il est nécessaire de veiller à ce que la stratégie de mesure du rendement tienne compte des activités de programme et des exigences en matière d'information de gestion.	1. Le programme des SCC travaillera avec les régions pour définir un ensemble type d'indicateurs liés aux soins primaires à surveiller et à analyser dans tous les postes de soins infirmiers de Santé Canada.	1. Ensemble type d'indicateurs liés aux soins primaires	31 mars 2013	Directeur général, Soins primaires et Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, DGSPNI
		2. Le programme des SCC travaillera avec Politique stratégique, planification et information (PSPI) et les régions afin de revoir la Stratégie de mesure du rendement des services de SCC de 2010 pour en évaluer la pertinence et la faisabilité.	2. Rapport d'évaluation	31 mars 2014	Directeur général, Soins primaires et Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, DGSPNI Directeur général, Politique stratégique, planification et information, DGSPNI
		3. Le programme des SCC travaillera avec PSPI et les six régions assurant la prestation des services de SCC pour élaborer une version révisée de la stratégie de mesure du rendement à soumettre à l'approbation du Comité de la haute direction de la DGSPNI en vue d'une mise en œuvre en 2014-2015.	3. Stratégie de mesure du rendement du programme des SCC révisée et approuvée par la haute direction.	31 mars 2015	Directeur général, Soins primaires et Conseils interprofessionnels et aide aux programmes, DGSPNI Directeur général, Politique stratégique, planification et information, DGSPNI

Recommandations	Réponse de la direction	Plan d'action	Livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilité
	<p>L'instauration d'un système d'information sur les SCC fait partie du plan opérationnel des SCC pour 2013-2014. Une proposition d'initiative en TI propre à la Direction générale a été présentée.</p> <p>Selon le résultat du processus d'approbation et de financement en cours, les travaux visant à concevoir le système d'information sur les SCC commenceront au cours de l'exercice 2013-2014 en vue d'une mise en œuvre en 2014-2015.</p>	<p>Système de conservation des dossiers électroniques sur les clients et les services fournis et logiciel d'information sur les RH :</p> <p>1. Le projet d'élaboration comprend une évaluation systématique des systèmes de collecte, de stockage et de récupération des données utilisés actuellement par les régions afin d'en déterminer un qui peut être modifié et mis en œuvre dans tous les postes de soins infirmiers pour obtenir l'information requise.</p> <p>2. La Direction générale des services de gestion dirigera les travaux visant à évaluer le logiciel d'information sur les RH, notamment PeopleSoft, afin de choisir un système en mesure de répondre à cette exigence. Un plan de projet sera élaboré afin de modifier et de mettre en œuvre un système d'information sur les RH uniforme dans tous les postes de soins infirmiers de Santé Canada.</p> <p>Ces activités serviront également de base au prochain cycle d'évaluation des services de SCC, qui devrait avoir lieu en 2017-2018.</p>	<p>1. Approbation et financement de la conception du système d'information sur les SCC.</p> <p>2. Définition des options liées aux exigences du système</p> <p>3. Plan de conception du système</p> <p>4. Développement du système d'information sur les SCC</p> <p>5. Mise à l'essai du système d'information sur les SCC</p> <p>6. Mise en œuvre du système d'information électronique sur les SCC</p>	<p>1. 30 juin 2015</p> <p>2. 30 septembre 2013</p> <p>3. 31 décembre 2013</p> <p>4. 30 juin 2014</p> <p>5. 31 décembre 2014</p> <p>6. 30 juin 2015</p>	<p>Dirigeant principal de l'information, Direction des services de gestion de l'information, Direction générale des services de gestion</p>

1. Objectif de l'évaluation

La présente évaluation vise à mesurer la pertinence et le rendement du programme des soins cliniques et aux clients destinés aux Premières Nations (SCC) pour la période allant du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2012.

Il s'agit de la toute première évaluation du programme des SCC dans son ensemble, évaluation qui est entreprise afin de respecter les exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor.

2. Description du programme

2.1 Contexte du programme

Le programme a été conçu pour répondre aux besoins en soins de santé primaires des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées.

2.2 Profil du programme

Le programme des SCC consiste à offrir des services essentiels de soins de première ligne qui sont conçus et mis en œuvre pour répondre aux besoins en soins de santé des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Les services de SCC englobent divers types de soins de santé qui sont offerts par Santé Canada ou dans le cadre d'ententes de contribution avec les conseils tribaux et les bandes des Premières Nations. Bien que les membres des Premières Nations de tout âge vivant dans une réserve soient les bénéficiaires admissibles de ces services, les non-Autochtones peuvent également en bénéficier lorsque ces services ne sont pas offerts ailleurs.

La prestation des services du programme des SCC est assurée par des équipes soignantes interdisciplinaires, qui sont généralement dirigées par des infirmières. La composition de l'équipe varie selon les services requis dans une région donnée. L'équipe peut comprendre des membres d'une profession de la santé réglementée, notamment des infirmières autorisées (IA), des infirmières praticiennes (IP), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA), des infirmières auxiliaires immatriculées (IAI), des technologues en radiation médicale et des technologues de laboratoire médical. Elle peut également se composer de travailleurs de la santé non réglementés, comme des aides-soignants, des aides en réadaptation, des techniciens en pharmacie et du personnel de soutien (DGSPNI, 2011, p. 50).

Voici les trois objectifs du programme des SCC :

- Donner accès aux services de santé urgents et non urgents aux membres des collectivités, notamment dans les régions éloignées ou isolées où l'accès aux services de santé n'est pas assuré par les autorités sanitaires provinciales ou régionales.
- Donner accès aux services de coordination et de consultation d'autres établissements ou fournisseurs de soins de santé pertinents, selon les besoins des clients.
- Donner accès aux services hospitaliers à court terme dans les hôpitaux financés par le gouvernement fédéral au Manitoba (Santé Canada, 2011a, p. 3).

Voici les principaux volets du programme des SCC, qui sont au nombre de huit (Santé Canada, 2011a, p. 3-4) :

1. soins urgents;
2. soins non urgents;
3. services hospitaliers dans les hôpitaux fédéraux (au Manitoba seulement);
4. coordination et prise en charge des cas;
5. accès à de l'équipement médical, à des fournitures médicales et à des produits pharmaceutiques;
6. système de conservation des dossiers et de gestion des données;
7. processus continu d'amélioration de la qualité;
8. diagnostics.

Diverses parties internes et externes interviennent dans le cadre des SCC. Les intervenants internes sont l'administration centrale et les bureaux régionaux de Santé Canada, les bandes et les conseils tribaux, ainsi que les prestataires des services de SCC (p. ex. IA, IP, IAA, IAI, technologues en radiation médicale, technologues de laboratoire médical, techniciens en pharmacie, techniciens de laboratoire ou en radiologie et médecins de santé publique). Les intervenants externes sont les prestataires des SCC vivant hors réserve, comme les médecins de famille, les spécialistes, les services aériens d'ambulance, les hôpitaux provinciaux et fédéraux ainsi que les centres de réadaptation. Les bénéficiaires sont notamment les membres des Premières Nations (DGSPNI, 2011).

2.3 Modèle logique du Programme et exposé des faits

Le tableau 2 présente le modèle logique du programme des SCC¹. Puisque l'objectif des SCC est d'offrir des soins cliniques aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les bénéficiaires visés sont les membres des Premières Nations vivant dans des réserves au sein de ces collectivités. Selon le modèle logique, les SCC se divisent en cinq grands thèmes :

1. la prestation des services;
2. le renforcement des capacités;
3. la mobilisation et la collaboration des intervenants;
4. la collecte des données, la recherche et la surveillance;
5. l'élaboration de politiques et le partage des connaissances.

¹ Le modèle logique lié au programme des SCC a été revu et amélioré par le Groupe de travail chargé de l'évaluation lors du processus d'élaboration du cadre d'évaluation (Santé Canada, 2011a, p. 12).

À chacun de ces thèmes se rattachent des extraits destinés à certains publics et conçus pour donner des résultats immédiats. Les résultats immédiats attendus de ces extraits sont les suivants :

- sensibilisation accrue des Premières Nations à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies;
- meilleur accès aux services de SCC;
- utilisation plus appropriée des services de SCC;
- capacités accrues (connaissances, compétences et habiletés) du personnel des SCC;
- meilleure gestion des services de SCC par les Premières Nations;
- collaboration accrue dans le cadre des ententes de prestation de services, et meilleures connaissance et compréhension de celles-ci ainsi que des exigences et des responsabilités connexes;
- meilleures connaissance et compréhension des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en matière de prestation de services.

Ces résultats immédiats devraient mener à l'obtention des résultats intermédiaires suivants :

- collaboration et réponse du système aux besoins en SCC en temps opportun;
- utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en vue d'améliorer la qualité des SCC.

Finalement, l'ensemble de ces résultats devrait déboucher sur un seul résultat à long terme, soit :

- des services de SCC qui répondent aux besoins des personnes et des collectivités des Premières Nations.

Tableau 2 : Modèle logique des soins cliniques et aux clients

Objectif	Offrir des services de soins cliniques et aux clients dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées				
Groupe cible	Premières Nations vivant dans des réserves (surtout) dans les collectivités éloignées et isolées				
Thème	Prestation de services	Renforcement des capacités	Mobilisation et collaboration des intervenants	Collecte de données, recherche et surveillance	Élaboration de politiques et partage des connaissances
Extrants	Services de soins cliniques et aux clients fournis ² Services hospitaliers (Manitoba)	Dotation en ressources humaines en place (tous les postes sont pourvus) Formation et cours fournis à la main-d'œuvre	Ententes de prestation de services en collaboration mises en œuvre ou en place	Données sur la prestation systématique des services recueillies et analysées Rapports de recherche produits	Politiques, normes et lignes directrices sur la prestation des services élaborées, améliorées et communiquées
Portée	Premières Nations vivant dans des réserves, surtout dans les collectivités éloignées et isolées	Personnel soignant et clinique dans les réserves, dont les IP, les IA, les IAA/IAI	Fournisseurs internes de SCC : IA, IAA/IAI, techniciens en pharmacie, de laboratoire ou en radiologie, médecins de santé publique (de la DGSPNI et du BMC, et médecins-hygiénistes) Fournisseurs externes de SCC : médecins de famille, spécialistes, services aériens d'ambulance, hôpitaux fédéraux et provinciaux et centres de réadaptation	Lieux de prestation de services : postes de soins infirmiers, hôpitaux Personnel offrant des services de SCC dans les collectivités des Premières Nations vivant dans des réserves	Personnel infirmier sur place offrant les SCC
Résultats immédiats	Sensibilisation accrue des Premières Nations à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies Meilleur accès aux services de SCC ³ Utilisation plus appropriée des services de SCC ⁴	Capacités accrues (connaissances, compétences) du personnel des SCC Part accrue des services de SCC gérés par les Premières Nations	Collaboration accrue dans le cadre des ententes de prestation de services, et meilleures connaissance et compréhension de celles-ci ainsi que des exigences et des responsabilités connexes ⁵	Meilleures connaissance et compréhension des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en matière de prestation de services	
Résultats intermédiaires	Collaboration et réponse du système aux besoins en SCC en temps opportun			Utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en vue d'améliorer la qualité des SCC	
Résultat à long terme	Des services de SCC qui répondent aux besoins des membres et des collectivités des Premières Nations				

² AAP, extrait 3.1.3.1 — services de SCC

³ AAP, résultat 3.1.3.1 — meilleur accès

⁴ AAP, résultat 3.1.3 — services de soins primaires de plus en plus améliorés selon le besoin évalué

⁵ AAP, résultats 3.1.3 — meilleure intervention, mieux coordonnée et continue

2.4 Harmonisation du programme et ressources

Le programme des SCC contribue au résultat stratégique n° 3 de Santé Canada, soit : « Les collectivités des Premières Nations et leurs membres bénéficient de services de santé et de prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé ». La sous-sous-activité des SCC est mentionnée dans l'Architecture d'alignement de programmes (AAP) du Ministère, sous l'activité de programme 3.1 : « Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits », et la sous-activité « Soins primaires » (Santé Canada, 2011b, p. 4).

En raison du chevauchement entre le programme des SCC et d'autres programmes faisant partie de l'AAP de Santé Canada, ainsi que du codage financier et des méthodes de suivi en vigueur au cours de la plupart des années d'évaluation, il n'existe aucune donnée sur les dépenses consacrées uniquement aux services des SCC. Selon les données financières, les dépenses consacrées aux SCC en 2011-2012 s'élevaient à 139,7 millions de dollars. Il s'agit de l'estimation la plus représentative des ressources réelles liées aux SCC pour la période d'évaluation.

3. Éléments à évaluer

3.1 Portée de l'évaluation

L'évaluation couvre la période allant du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2012 et porte sur l'ensemble des activités et des services liés aux SCC de la DGSPNI, tels qu'ils ont été définis dans le cadre des autorisations de 2005, puis révisées dans le cadre des autorisations de 2011.

3.2 Éléments à évaluer

L'évaluation repose sur les cinq questions fondamentales précisées par le Conseil du Trésor en 2009 dans la Politique sur l'évaluation, sous les deux thèmes de la pertinence et du rendement. Des questions précises ont ensuite été élaborées en fonction de considérations propres au programme; ces questions ont servi à orienter le processus d'évaluation. Le tableau 3, qui suit, présente les questions examinées par l'évaluation.

Tableau 3 : Questions fondamentales et questions d'évaluation

Questions fondamentales	Questions d'évaluation
Pertinence	
Question n° 1 : Besoin continu du programme	Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continue de mieux répondre à un besoin démontrable et est réceptif aux besoins des Canadiens <ul style="list-style-type: none"> • 1.1 Le Programme répond-il toujours à un besoin démontrable? • 1.2 Le programme est-il réceptif aux besoins des Canadiens (collectivités des Premières Nations)?
Question n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats ministériels stratégiques <ul style="list-style-type: none"> • 2.1 Le programme fait-il encore partie des priorités du gouvernement fédéral? • 2.2 Le programme est-il conforme aux priorités et aux résultats stratégiques du Ministère?
Question n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme <ul style="list-style-type: none"> • 3.1 Le programme cadre-t-il aux activités de programme clés du Ministère? • 3.2 Les principaux intervenants considèrent-ils que les activités du programme sont pertinentes et en harmonie avec le rôle et les responsabilités du programme? • 3.3 Les activités du programme sont-elles compatibles et cadrent-elles avec le rôle que les compétences et les lois confèrent au Ministère?
Rendement (efficacité, efficience et économie)	
Question n° 4 : Réalisation des résultats escomptés	Évaluation des progrès réalisés dans l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée du programme, à la conception du programme, ce qui comprend les liens et la contribution des extrants aux résultats <ul style="list-style-type: none"> • 4.1 Le programme a-t-il donné les résultats immédiats escomptés? • 4.2 Le programme a-t-il donné les résultats intermédiaires escomptés? • 4.3 Le programme a-t-il donné les résultats à long terme escomptés?
Question n° 5 : Démonstration d'efficience et d'économie	Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés. <ul style="list-style-type: none"> • 5.1 Le programme a-t-il permis d'utiliser les ressources en vue de produire des extrants et de progresser vers l'atteinte des résultats escomptés?

3.3 Méthode d'évaluation

La présente évaluation est fondée sur une démarche axée sur les résultats permettant de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats immédiats. Cette approche a nécessité la collaboration d'intervenants internes et externes clés à la planification et à la conduite de l'évaluation, à l'examen des données techniques et à la rédaction du rapport d'évaluation, ainsi qu'à la formulation de la réponse de la direction.

3.4 Conception de l'évaluation

L'évaluation est de nature rétrospective et non expérimentale. Elle est non expérimentale parce que les données probantes concernant les progrès vers l'atteinte des résultats escomptés reposent sur des observations. De plus, l'évaluation est rétrospective non seulement parce que les données sont fondées sur le financement des SCC des années antérieures, mais aussi parce qu'il n'existe aucune donnée de référence.

3.5 Collecte de données et méthodes d'analyse

L'évaluation a été menée à partir de multiples sources de données, notamment un examen des documents et des données, une analyse documentaire, des entrevues menées auprès d'informateurs clés pour avoir la perspective qualitative des intervenants pertinents de Santé Canada, ainsi que des sondages menés auprès des intervenants, dont les fournisseurs de service externes et internes, de même que des représentants des bénéficiaires des services de SCC. Une approche inclusion-exclusion a permis d'évaluer les documents, les données et la documentation pour en déterminer la pertinence et l'applicabilité⁶. L'approche par échantillonnage adoptée pour les fournisseurs de services internes et les représentants des bénéficiaires visait à inclure tous les postes de soins infirmiers qui offrent des services de SCC ainsi que tous les représentants de bande des collectivités dotées d'un tel poste. L'échantillonnage des fournisseurs de service externes a été effectué en demandant aux régions de déterminer un petit échantillon cible. Le recours aux entrevues et aux sondages confère un équilibre « qualitatif-quantitatif » à la démarche adoptée pour connaître le point de vue des intervenants. En outre, puisque l'évaluation devait se faire dans des délais très serrés, les sondages ont permis d'obtenir le point de vue d'un grand nombre d'intervenants dans un laps de temps relativement court.

La participation des intervenants au processus d'évaluation a pris diverses formes. Les intervenants internes de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada ont pris part aux entrevues et sont appelés « informateurs clés » tout au long du présent rapport. Les intervenants internes qui offrent des services directs de SCC (infirmières) ont, pour leur part, répondu à un sondage. Ce dernier visait également les représentants des bandes à titre de mandataires des clients. Plusieurs fournisseurs de service externes ont également pris part au sondage. Les personnes ayant participé au sondage sont appelées « intervenants sondés ». Enfin, les représentants des bureaux national et régionaux de la DGSPNI de Santé Canada, ainsi que de la Direction de l'évaluation de l'Agence de la santé publique du Canada–Santé Canada (ASPC-SC) ont participé à l'évaluation en tant que membre du Groupe de travail chargé de l'évaluation (GTE), qui a fourni des directives et des commentaires dans le cadre de l'exercice.

Les méthodes de collecte et d'analyse des données sont résumées ci-dessous, par source de données, et une description détaillée est présentée à l'annexe 1. Les renseignements ont été obtenus de chacune de ces sources de données en fonction des questions d'évaluation qui s'y rattachent.

Examen des documents et des données et analyse documentaire

L'examen des documents et des données a nécessité la consultation de documents et de données clés fournis surtout par Santé Canada, mais provenant également de certains sites Web pertinents. Les documents consultés sont notamment ceux portant sur : les lois applicables, les plans et rapports ministériels, les budgets fédéraux, les rapports sur la mesure du rendement et les progrès, les rapports d'études ou de projets spéciaux, ainsi que d'autres documents pertinents.

⁶ Les critères d'inclusion et d'exclusion sont décrits en détail à l'annexe 1.

Les données examinées sont notamment les renseignements inscrits dans le Modèle de rapports communautaires⁷, des extraits des registres d'activités des postes de soins infirmiers, ainsi que les dépenses relatives aux SCC.

L'analyse documentaire a surtout permis d'approfondir les questions portant sur l'économie et l'efficacité. Elle a consisté en un examen des revues à comité de lecture et de la documentation parallèle à l'aide de mots clés (voir l'annexe 2).

La pertinence de tout document, ensemble de données ou ouvrage documentaire reçu a fait l'objet d'un examen fondé sur certains critères d'inclusion et d'exclusion, le but étant surtout de déterminer l'utilité de ce matériel pour répondre aux questions d'évaluation, soit parce qu'il se rapporte à un moment précis de la période évaluée, soit parce qu'il se rapporte à au moins une région donnée (ne comporte pas de données brutes).

Entrevues auprès d'informateurs clés

Cet exercice a nécessité la tenue de 37 séances d'entrevues auprès de 46 intervenants clés de l'administration centrale et des bureaux régionaux de Santé Canada qui connaissent les services de SCC. Les participants à ces entrevues proviennent des groupes suivants :

- directeurs régionaux, directeurs régionaux des soins infirmiers, agents régionaux des soins infirmiers, infirmières gestionnaires régionales, directeurs de zone;
- infirmières éducatrices ou consultantantes régionales;
- agents régionaux des ressources humaines;
- agents régionaux des finances et personnel chargé des modes de financement en matière de santé;
- représentants de l'administration centrale (directeur des soins primaires, infirmières-conseils, représentant de la planification en matière de gestion financière).

Les notes d'entrevues recueillies ont été analysées en fonction des principaux éléments à évaluer et des questions d'évaluation à l'aide du logiciel NVivo (analyse des données qualitatives). Les entrevues de nature qualitative menées auprès des informateurs clés ont permis de mieux comprendre un processus ou un problème donné, mais elles ne permettaient pas de comptabiliser les réponses obtenues. Il a donc fallu utiliser une échelle descriptive pour indiquer le nombre approximatif d'informateurs clés ayant donné la même réponse. Voici les termes utilisés : « quelques » représente environ 10-15 % ou moins des répondants, « certains » représente plus de 15 % et jusqu'à environ 40 % des répondants, « de nombreux » représente plus de 40 % et jusqu'à environ 60 % des répondants, alors que « la plupart » représente plus de 60 % et jusqu'à environ 80 % des répondants et « presque tous », plus de 80 % des répondants.

⁷ Le Modèle de rapports communautaires permet de rendre compte du rendement des programmes et services ayant trait à la santé des collectivités et porte sur d'autres programmes que les SCC. Les exigences en matière de production de rapport précisées dans ce modèle ont changé depuis la mise en œuvre de celui-ci en 2008. Toutes les collectivités ayant conclu une entente de contribution doivent remplir le Modèle de rapports communautaires; Santé Canada le remplit pour le compte des postes de soins infirmiers qu'il exploite.

Sondage auprès des intervenants

Les sondages s'adressaient aux infirmières affectées aux postes de soins infirmiers, aux représentants de bande et à plusieurs fournisseurs de services externes. Les représentants de bande ont été sondés en tant que mandataires des clients; ils ont été invités à donner leur opinion sur l'expérience des services de SCC que vivent les membres de leur collectivité⁸. Les réponses aux sondages ont été analysées au moyen du SPSS (logiciel d'analyse statistique) à l'aide de tableaux statistiques et de statistiques descriptives.

3.6 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations se butent à des contraintes qui peuvent avoir une incidence sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions qui en découlent. La présente section porte sur les limites liées à la conception et aux méthodes de l'évaluation, ainsi que sur les stratégies d'atténuation adoptées pour veiller à ce que les résultats de celle-ci puissent être utilisés en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 4 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence réelle ou possible	Stratégie d'atténuation
<p>Analyse documentaire, examen des documents, des fichiers et des données</p> <p>Données de référence et données sur la mesure du rendement insuffisantes pour évaluer les résultats, ainsi que l'économie et l'efficacité</p> <p>Disponibilité limitée des données financières ministérielles</p>	<p>Il n'y avait pas suffisamment de données pour évaluer le rendement concernant l'atteinte des résultats et la démonstration de l'économie et de l'efficacité du programme. La plupart des données sur les résultats n'ont pas été recueillies et communiquées de manière uniforme, et les données fournies portent généralement aussi sur d'autres programmes que les SCC.</p> <p>Le manque de données financières sur l'établissement des coûts empêche l'évaluation complète de l'économie et de l'efficacité.</p>	<p>Le cadre d'évaluation a permis de cerner le manque de données sur le rendement et la nécessité de consulter plusieurs sources de données pour mener l'évaluation. Le manque de données sur le rendement est examiné plus en détail à la section 4.2.1, ainsi que dans les recommandations découlant de l'évaluation.</p> <p>L'évaluation comprend également une estimation de l'affectation des ressources et des autres modes de prestation de services, ainsi qu'une analyse documentaire, afin d'évaluer l'économie et l'efficacité.</p>
<p>Entrevues auprès des informateurs clés</p> <p>Connaissance limitée du programme de la part des personnes interviewées</p>	<p>Certains des informateurs clés définis comme participants estiment qu'ils ne prennent aucune part, ou si peu, aux services du programme des SCC et qu'ils ne sont pas en mesure de répondre aux questions de l'entrevue.</p>	<p>Les informateurs clés de la direction qui ont une grande connaissance du programme des SCC (p. ex. directeurs régionaux, directeurs des soins infirmiers, infirmières gestionnaires régionales) ont répondu à toutes les questions de l'entrevue. Ils ont permis de combler les lacunes lorsque d'autres informateurs clés de leur région ont refusé de répondre. De plus, la liste des informateurs clés était assez longue pour obtenir le point de vue de 46 personnes (l'objectif était 45) de l'ensemble des régions et des groupes d'intervenants (voir l'annexe 1 pour obtenir plus de détails sur les informateurs clés).</p>

⁸ Le peu de temps imparti à l'évaluation n'a pas permis d'inviter les utilisateurs mêmes des services de SCC à répondre à un sondage. Pour des raisons de protection des renseignements personnels, il est compliqué et long d'obtenir toutes les autorisations nécessaires pour avoir les coordonnées des clients des postes de soins infirmiers. C'est pourquoi, comme le mentionne le présent rapport, les représentants de bandes ont agi à titre de mandataires des clients.

Limite	Incidence réelle ou possible	Stratégie d'atténuation
Sondage auprès des intervenants Recours à des mandataires pour sonder les bénéficiaires des services de SCC	Le recours aux chefs de conseil de bande (ou aux personnes autorisées à parler en leur nom) comme mandataires des bénéficiaires externes (soit les utilisateurs des services de SCC dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées) repose sur l'hypothèse que ces représentants sont en mesure de fournir une opinion générale et impartiale sur l'expérience des membres de leur collectivité à l'égard des SCC. De plus, puisque certains postes de soins infirmiers sont gérés par la collectivité, les questions ont été posées aux leaders de la collectivité (qui peuvent être l'employeur du personnel des postes de soins infirmiers).	Pour atténuer les risques de biais, les sondages ont été menés auprès de représentants de bande dont le poste de soins infirmiers est exploité par Santé Canada ou par les bandes. Le sondage porte sur la satisfaction des clients envers les services du programme des SCC, selon ce qu'en savent les représentants de bande.

4. Constatations

4.1 Pertinence : Question n° 1 — Besoin continu du programme

Il arrive souvent que les membres et les collectivités des Premières Nations présentent un taux d'incidence plus élevé pour certaines maladies, la toxicomanie et les problèmes de dépendance, les troubles mentaux et les blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Tous ces facteurs, ainsi que le vieillissement de la population et la croissance démographique des collectivités, entraînent une demande accrue en services de SCC. Compte tenu de la situation géographique des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les membres de ces collectivités n'ont pas le même accès aux services de soins de santé que les autres Canadiens.

Le programme des SCC continue de répondre à un besoin démontrable et est adapté aux besoins en soins de santé des Premières Nations des collectivités éloignées et isolées. Les membres et les collectivités des Premières Nations affichent souvent des taux plus élevés de certaines maladies (y compris de facteurs de comorbidité), de toxicomanie et de problèmes de dépendance, de troubles mentaux et de blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Tous ces facteurs, ainsi que le vieillissement de la population et la croissance démographique des collectivités, entraînent une demande accrue en services de SCC. Compte tenu de la situation géographique des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les membres de ces collectivités n'ont pas le même accès aux services de soins de santé que les autres Canadiens. Le programme des SCC vise à pallier cette iniquité en offrant aux membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées un accès aux soins primaires au sein de leur collectivité.

État de santé et besoins en soins de santé

Les membres des Premières Nations vivant dans des collectivités éloignées et isolées doivent faire face à des défis uniques en matière de santé. Il existe toujours des disparités entre les membres des Premières Nations et les autres Canadiens en ce qui concerne l'état de santé et l'accès aux soins de santé. Selon certaines études, les membres des Premières Nations souffrent davantage de certaines maladies et conditions que la population canadienne dans son ensemble. Ils s'en tirent beaucoup moins bien que la population en général en ce qui concerne l'incidence des maladies chroniques et transmissibles. Les données statistiques indiquent que les populations des Premières Nations vivant dans des réserves souffrent 5,2 fois plus de tuberculose et 3,8 fois plus de diabète que les autres Canadiens (Santé Canada, 2012b) et que le taux de nouvelles infections par le VIH est 3,6 fois supérieur chez les Autochtones que dans la population non autochtone (Santé Canada, 2012b). Certaines données probantes donnent à penser que les membres des Premières Nations se butent à un plus grand nombre de difficultés dans la prise en charge de la maladie. Par exemple, Harris et coll. (2011) estiment que, par rapport à la population de diabétiques en général, les membres des Premières Nations se rendent deux fois plus souvent dans un établissement de santé pour soigner leur diabète. Ils ont également plus de défis à surmonter pour une foule d'autres problèmes de santé, notamment un taux de mortalité plus élevé, une espérance de vie moindre et un taux plus élevé de suicide chez les jeunes comparativement à la population canadienne en général (Santé Canada, 2012b).

Les intervenants interviewés et sondés ont également confirmé ces tendances en disant que les troubles médicaux des Premières Nations sont de plus en plus complexes et comprennent par exemple des facteurs de comorbidité, la toxicomanie et les problèmes de dépendance, les troubles mentaux et les blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Les membres des Premières Nations eux-mêmes ne se disent pas en bonne santé dans la même proportion que la population en général. Selon l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) de 2008-2010, moins de la moitié (44 %) des adultes des Premières Nations se disent en excellente santé par rapport à 60 % de la population canadienne en général (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 139). Toujours selon l'ERS, près des deux tiers (63 %) des adultes des Premières Nations disent souffrir d'au moins une maladie chronique, tandis qu'un peu moins de 40 % en ont deux ou plus (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 120-121).

En revanche, l'écart entre les taux de décès est souvent lié à des facteurs socioéconomiques comme les niveaux de revenu, de scolarité et d'emploi, qui sont d'importants déterminants sociaux de la santé (Statistique Canada, 2007). La population des Premières Nations affiche des niveaux de revenu, de scolarité et d'emploi inférieurs à ceux de la population canadienne en général. Ainsi, dans l'ERS de 2008-2010, près de 60 % des adultes des Premières Nations ont indiqué un revenu annuel de moins de 20 000 \$ (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 38). En 2006, le taux de chômage des adultes des Premières Nations (25-54 ans) vivant dans des réserves était de 23 % par rapport au taux canadien de 5 % (Santé Canada, 2012b). De plus, un peu moins de la moitié (49 %) des adultes des Premières Nations vivant dans des réserves ne possédaient pas de diplôme d'études secondaires, par rapport à 14 % de la population canadienne (Santé Canada, 2012b). Les membres des Premières Nations vivant

dans les collectivités éloignées et isolées se butent à de plus grandes difficultés en raison justement de leur situation géographique et de la distance qui les sépare des services provinciaux de santé.

Les facteurs démographiques des Premières Nations évoluent également, de nombreuses collectivités devant affronter la croissance et le vieillissement de leur population. Par exemple, de 2001 à 2017, le taux de croissance moyen annuel prévu de la population des Premières Nations est de 2,0 % par rapport à 0,7 % pour l'ensemble du Canada (Santé Canada, 2012b). En outre, malgré les disparités sur le plan de la santé, les peuples des Premières Nations, comme la population canadienne en général, vivent plus longtemps qu'auparavant (DGSPNI, 2012b, p. 7). Ainsi, de 1975 à 2000, l'espérance de vie de la population des Indiens inscrits est passée de 59,2 ans à 68,9 ans pour les hommes, et de 65,9 ans à 76,3 ans pour les femmes (Statistique Canada, sans date). Bien que les membres des Premières Nations aient une espérance de vie inférieure à celle des autres Canadiens, cet écart tend à s'atténuer au fil des ans. De 1975 à 2000, l'écart entre l'espérance de vie des Indiens inscrits et celle des autres Canadiens est passé de 11,1 ans à 7,4 ans chez les hommes et de 11,7 ans à 5,2 ans chez les femmes (Statistique Canada, s.d.).

Les intervenants estiment que tous ces facteurs exercent une pression croissante sur les services du programme des SCC. En effet, environ les deux tiers des infirmières (68 %) et des représentants de bande (65 %) sondés disent que la demande en SCC est de plus en plus forte dans leur collectivité. Les informateurs clés et les intervenants sondés attribuent cette demande accrue à divers facteurs liés à la démographie et à la santé. Selon la majorité d'entre eux, les facteurs liés à la santé qui stimulent la demande en services de SCC sont : les problèmes de dépendance et de toxicomanie (mentionnés par 88 % des infirmières sondées et 71 % des représentants de bande sondés); la détérioration de l'état de santé physique des membres de la collectivité (mentionnés par 71 % des infirmières sondées et 53 % des représentants de bande sondés); le nombre croissant de troubles mentaux (mentionnés par 69 % des infirmières sondées et 53 % des représentants de bande sondés). Toujours selon la majorité des intervenants sondés, les facteurs démographiques en jeu seraient : la croissance démographique des collectivités (mentionnés par 72 % des infirmières sondées et 94 % des représentants de bande sondés) et le vieillissement de la population (mentionnés par 71 % des infirmières sondées et 65 % des représentants de bande sondés). Les informateurs clés indiquent que ces défis exercent une pression accrue sur les fournisseurs de service en ce qui concerne le temps qu'ils doivent consacrer aux clients et l'ensemble des compétences qu'ils doivent posséder.

Services de SCC

Les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ne disposent pas du même niveau de services de soins de santé que les autres collectivités canadiennes et autochtones en raison de leur situation géographique. Cet état de fait a été démontré dans un certain nombre d'études portant sur l'accès aux services de santé dans les collectivités des Premières Nations. Cependant, puisque l'accès ne se mesure pas facilement, les études ont porté sur le taux d'hospitalisations évitables en présence de conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) pour obtenir une mesure approximative de l'accès aux soins de santé. Dans ces études, l'hypothèse est que le taux

d'hospitalisations évitables plus élevé en présence de CPSA chez les populations des Premières Nations témoigne de l'accès insuffisant aux soins primaires et aux soins secondaires (Gao et coll., 2008, p.1011; Shan, Gunraj et Hux, 2003, p.800).

La plupart des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ne sont pas accessibles par route à longueur d'année, et les médecins et autres fournisseurs de soins de santé vivent à bonne distance. Le programme des SCC vise à offrir aux membres de ces collectivités, qui n'ont pas accès aux services des autorités provinciales ou régionales de la santé, des services de soins cliniques au sein même de leur collectivité (Santé Canada, 2011a, p. 2-3). Le programme des SCC répond à un besoin démontrable dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, compte tenu des difficultés en matière de santé que vivent de nombreux membres des Premières Nations et de l'isolement géographique de ces collectivités. La prestation de soins urgents et non urgents dans les collectivités où des soins de première ligne ne seraient autrement obtenus qu'après des heures de déplacement est une étape cruciale vers l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières Nations. Les autres volets du programme des SCC offrent un soutien pour optimiser la prestation des soins urgents et non urgents et leur intégration aux autres services de soins de santé.

4.2 Pertinence : Question n° 2 — Conformité aux priorités du gouvernement

Les budgets fédéraux ont constamment octroyé des fonds aux initiatives visant à améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations. Le programme des SCC contribue à la réalisation du troisième résultat stratégique de Santé Canada, soit « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé ».

La prestation des services offerts dans le cadre du programme des SCC aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées demeure une priorité pour le gouvernement fédéral. Le Rapport sur les plans et les priorités (RPP) de Santé Canada pour l'exercice 2012-2013 prévoit une aide financière continue aux services de soins de santé primaires pour les Premières Nations. Les budgets fédéraux ont constamment octroyé des fonds aux initiatives visant à améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations, comme l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), qui a été renouvelée jusqu'en 2015. Les discours du Trône témoignent également de l'engagement du gouvernement fédéral concernant l'établissement de partenariats avec les Premières Nations.

Le programme des SCC s'harmonise bien avec les résultats stratégiques du Ministère, puisqu'il est une sous-sous-activité du troisième résultat stratégique de Santé Canada et que son résultat à long terme reflète ce résultat stratégique (« Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins »). De plus, le programme des SCC s'inscrit parfaitement dans le mandat de la DGSPNI de faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès.

Plusieurs documents démontrent que le programme des SCC demeure une priorité pour le gouvernement fédéral. Ainsi, le RPP de Santé Canada pour l'exercice 2012-2013 alloue une somme de 2,7 milliards de dollars sur trois ans (de 2012-2013 à 2014-2015) en vue de répondre aux besoins en soins primaires des Premières Nations et des Inuits grâce à des « programmes et services de soins de santé primaire répondant aux besoins des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits » (Santé Canada, 2012c, p. 37).

Les budgets fédéraux ont successivement accordé une aide financière continue à l'amélioration de l'état de santé des membres des Premières Nations. En effet, le budget 2008 prévoyait 147 millions de dollars sur deux ans pour faciliter une meilleure intégration des Premières Nations aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux, ainsi qu'une aide continue annoncée en 2009 (ministère des Finances, 2009, p. 107-108). Pour sa part, le budget 2009 prévoyait 305 millions de dollars sur deux ans pour renforcer les programmes de soins de santé, comme les services de soins primaires, les services de santé non assurés (SSNA), le soutien continu à l'intégration aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux, ainsi que les investissements dans l'infrastructure de santé, notamment dans le réseau des cliniques de santé et de résidences d'infirmières (ministère des Finances, 2009, p. 108). En outre, afin d'améliorer la prestation des services de santé primaires à toutes les collectivités rurales et éloignées du Canada, les budgets 2011 et 2012 promettent aux nouveaux médecins et aux nouvelles infirmières et infirmières praticiennes travaillant dans les collectivités rurales et éloignées d'être dispensés de rembourser une portion de leur prêt d'études canadien (ministère des Finances, 2012, p. 176). Le discours du Trône de 2011 fait également état de l'intention du gouvernement d'aplanir les obstacles sociaux et économiques auxquels se butent les collectivités autochtones, notamment en favorisant l'accès à de l'eau potable et aux énergies propres et en soutenant l'éducation des enfants et des adultes des Premières Nations (gouvernement du Canada, 2011, p. 13-14). Ces données démontrent que le gouvernement fédéral est résolu à établir des partenariats avec les Premières Nations et à améliorer l'état de santé des personnes qui vivent dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées.

Enfin, l'IRHSA offre une preuve supplémentaire de l'intention du gouvernement fédéral de continuer à faire de la prestation des services de soins de santé aux collectivités des Premières Nations une priorité. Dans le cadre de l'IRHSA, Santé Canada travaille de concert avec des associations autochtones et d'autres partenaires en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes pour inciter un plus grand nombre d'Autochtones à poursuivre une carrière dans le domaine des soins de santé et pour retenir les travailleurs de la santé au sein des collectivités autochtones (Santé Canada, 2012d). L'IRHSA a d'abord été lancée en 2004 avec un budget de 100 millions de dollars accordé sur une période de cinq ans, puis elle a été renouvelée en 2010 pour se poursuivre jusqu'en 2014 avec un budget supplémentaire de 80 millions de dollars sur cinq ans (AADNC, 2011).

Selon les résultats de l'évaluation, le programme des SCC s'harmonise avec les priorités et les résultats stratégiques du Ministère. Plus particulièrement, il correspond au résultat stratégique n° 3 de Santé Canada, comme le précise l'AAP 2011-2012 : « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé » (Santé

Canada, 2011b, p. 4). Le programme des SCC est une sous-sous-activité du troisième résultat stratégique, et son résultat attendu à long terme, soit « Des services de SCC qui répondent aux besoins des membres et des collectivités des Premières Nations » (voir la figure 2 : modèle logique des SCC), cadre directement avec ce résultat stratégique.

Le mandat de la DGSPNI est de faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès, d'aider les Premières Nations et les Inuits à « surmonter les obstacles en matière de santé, à faire face aux risques de maladie et à atteindre un niveau de santé comparable à celui des autres Canadiens qui vivent dans des régions similaires » et d'établir des partenariats solides avec les Premières Nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé (Santé Canada, 2005). Le programme des SCC correspond bien au mandat de la DGSPNI en offrant aux membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées un accès aux services de soins primaires, et ce, en permettant l'établissement de partenariats de collaboration avec les autres fournisseurs de soins de santé.

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

Le programme des SCC s'harmonise avec les autres programmes liés à la santé des Premières Nations et des Inuits qui sont offerts ou financés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et est conforme à la Politique sur la santé des Indiens ainsi qu'aux énoncés de mandat et de mission du Ministère.

Il y a cohérence entre le programme des SCC et les compétences du Ministère et le rôle qui lui est conféré par la loi, comme le démontrent certains textes de loi clés qui se rapportent aux Premières Nations, notamment la *Loi constitutionnelle de 1867* et l'*Acte des Sauvages, 1876*. En outre, la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens portent toutes deux sur la santé des Premières Nations à l'échelle nationale. De plus, la *Loi canadienne sur la santé de 1984* définit l'objectif premier de la politique canadienne de la santé, qui est entre autres de faciliter un accès satisfaisant aux services de santé pour les résidents du Canada.

Le programme des SCC s'harmonise avec les principales activités de programme du Ministère et est directement lié à l'activité de programme 3.1 de l'AAP (Soins de santé primaires aux membres des Premières Nations et aux Inuits) puisqu'il en constitue une sous-sous-activité. Le secteur d'intervention privilégié de l'activité de programme 3.1 consiste à financer des initiatives liées à la santé au profit des membres des collectivités inuites et des Premières Nations vivant dans des réserves. Entre autres programmes liés à la santé, mentionnons ceux visant à offrir aux personnes des soins de première ligne sous la forme de « services diagnostics, de soins curatifs, de services de réadaptation, de services de soutien, de soins palliatifs et de services d'aiguillage » (Santé Canada, 2011b, p. 78). En 2012-2013, l'activité de programme 3.1 de l'AAP se penchera sur la question des ressources humaines, comme les problèmes liés au recrutement et au maintien en poste, ainsi que sur le soutien à la pratique professionnelle des infirmières travaillant dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées (Santé Canada, 2012c, p. 38).

Par ailleurs, le programme des SCC correspond à la troisième priorité organisationnelle de Santé Canada, qui consiste à renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, comme l'indique le RPP du Ministère pour l'exercice 2012-2013. Cette priorité est étroitement liée au programme des SCC puisqu'elle vise à renforcer l'accès des Premières Nations et des Inuits aux soins primaires, à améliorer les partenariats et l'intégration des services de santé et à accroître la prise en charge par les Premières Nations de la prestation des soins de santé (Santé Canada, 2012c, p. 6).

En outre, en tentant d'atténuer les disparités qui existent entre les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées et les autres collectivités canadiennes et en facilitant la prise en charge de la prestation des soins de santé primaires par les Premières Nations, le programme des SCC cadre également avec les priorités de la DGSPNI d'« appuyer les interventions relatives aux inégalités en matière d'état de santé qui touchent les Premières Nations et les Inuits, en fonction des priorités qu'ils auront établies » et de « remettre aux Premières Nations et aux Inuits la maîtrise des ressources actuelles en matière de santé, selon un calendrier à établir avec eux » (Santé Canada, 2005)⁹. Lors des entrevues ou des sondages, aucun intervenant n'a mentionné d'activités menées dans le cadre du programme des SCC qui ne cadraient pas avec les rôles et les responsabilités établis.

Le programme des SCC cadre avec les rôles et responsabilités précisés dans les principaux textes de loi et de politique. Plus particulièrement, le programme des SCC est conforme aux compétences du Ministère et au rôle qui lui est conféré par la loi, comme le démontrent les documents et constatations connexes suivants :

- la *Loi constitutionnelle de 1867* (Gouvernement du Canada, 1867), qui confère des responsabilités partagées aux gouvernements fédéral et provinciaux en ce qui concerne la prestation des soins de santé et qui, aux termes du paragraphe 91(24), fait des « Indiens et [des] terres réservées pour les Indiens » une compétence fédérale;
- l'*Acte des Sauvages, 1876* (Gouvernement du Canada, 1876), qui donne au gouvernement fédéral le droit d'utiliser les terres de réserve pour mener tout projet lié à la santé des Indiens, avec le consentement du conseil de bande;
- la *Politique sur la santé des Indiens (1979)*, qui vise à améliorer l'état de santé des Indiens « par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes. » La politique cherche surtout à accroître la capacité des collectivités à assurer la prestation des services de santé et à nouer des relations avec les gouvernements fédéral et provinciaux et les administrations locales (CCNSA, 2011, p. 23);
- la *Loi canadienne sur la santé (1984)* (Gouvernement du Canada, 1984), qui fait de l'accès satisfaisant aux services de santé des résidents du Canada l'un des objectifs premiers de la politique canadienne de la santé;

⁹ La priorité de la DGSPNI qui est d'« appuyer les interventions relatives aux inégalités en matière d'état de santé [...] » précise également que « cette priorité tient compte de la participation accrue des communautés des Premières Nations et des Inuits à la gestion et à la prestation des services de santé. Si les tendances et les initiatives en matière de santé sont relativement uniformes, l'état de santé des particuliers et des communautés varie considérablement. La participation des communautés est essentielle à l'établissement des priorités » (Santé Canada, 2005). Le Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé de Santé Canada présente le plan du Ministère pour favoriser l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et des Inuits (Santé Canada, 2012e).

- la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1989), qui encourage la prise en charge des services de soins de santé par les collectivités. Elle donne aux conseils tribaux et aux collectivités l'occasion d'assumer davantage de responsabilités dans la planification et la prestation des programmes et des services de santé (CCNSA, 2011, p. 24);
- le mandat de Santé Canada, qui est d'« aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé », et l'une de ses responsabilités pour accomplir ce mandat est d'offrir des soins de santé aux Premières Nations (Santé Canada, 2012f).

La Politique sur la santé des Indiens (1979) et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens (1989) offrent aux Premières Nations la possibilité d'assumer une plus grande autorité sur la prestation des services de santé et d'avoir une meilleure maîtrise de cette prestation. Ces lois et politiques reconnaissent également les compétences fédérales ainsi que les désavantages relatifs des collectivités des Premières Nations en ce qui concerne leur état de santé. Le modèle logique des SCC illustre le lien qui unit le programme à ces lois et politiques par l'entremise des résultats escomptés ayant trait à l'accroissement des capacités du personnel des SCC et à la prise en charge accrue des services de SCC par les Premières Nations.

4.4 Rendement : Question no 4 — Réalisation des résultats immédiats (efficacité)

Résultat immédiat n° 1 : Sensibilisation accrue des Premières Nations à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies; services hospitaliers (au Manitoba)

La sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies varie selon les collectivités et les personnes, mais elle semble s'améliorer, de l'avis général.

Les informateurs clés rapportent une certaine amélioration du niveau de sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, bien qu'à des degrés divers. Cette amélioration est en grande partie attribuable aux initiatives de prévention des maladies et de promotion de la santé, ainsi qu'à la présence d'interactions entre les Premières Nations et les fournisseurs de SCC aux postes de soins infirmiers. Cela dit, la transposition de cette sensibilisation en changements de comportement demeure le principal défi à relever.

Les intervenants sondés et interviewés indiquent que la sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies varie selon les collectivités et les personnes. Par exemple, chez les représentants de bande sondés, les avis sont mitigés quant au niveau actuel de sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies au sein de leur collectivité. Ainsi, 27 % d'entre eux signalent une sensibilisation élevée ou très élevée, 35 % font état d'une sensibilisation modérée, alors que 38 % jugent cette sensibilisation faible ou très

faible¹⁰. Les informateurs clés estiment qu'il est possible d'accroître la sensibilisation en présence d'un solide leadership, comme lorsque des chefs communautaires prennent l'initiative de trouver et de mettre en œuvre des programmes visant à répondre aux besoins de la collectivité, ou lorsque la collectivité dispose d'une équipe santé stable et cohérente qui participe à la vie communautaire. De plus, la disponibilité générale des médias électroniques (radio, télévision, Internet) semble contribuer à une meilleure connaissance générale de l'autonomie en matière de santé et de la prévention des maladies.

La plupart des informateurs clés qui ont pu s'exprimer sur ce résultat estiment que la sensibilisation des Premières Nations à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies s'améliore, en grande partie grâce aux programmes et initiatives liés à la prévention des maladies et à la promotion de la santé. Ils donnent en exemple plusieurs programmes qui contribuent à une meilleure sensibilisation en cette matière, notamment d'autres programmes fédéraux en santé, dont l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale, l'Initiative en santé buccodentaire des enfants et les soins à domicile. Plusieurs informateurs clés ont souligné que Santé Canada a investi d'importantes ressources dans des programmes de prévention et de promotion au cours des dernières années. Comme les intervenants sondés, ils croient que les interactions avec les prestataires des SCC aux postes de soins infirmiers contribuent à une meilleure sensibilisation et à une plus grande compréhension de l'autonomie en matière de santé et de la prévention des maladies chez les membres des Premières Nations vivant dans des collectivités éloignées et isolées. La plupart des infirmières et des représentants de bande sondés estiment que la sensibilisation progresse à tout le moins moyennement (83 % et 73 %, respectivement).

Une plus grande sensibilisation à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies devrait se traduire par un changement de comportement et une participation accrue aux activités visant à améliorer l'état de santé. Par exemple, une meilleure connaissance des conséquences du tabagisme sur la santé était le motif pour arrêter de fumer invoqué par 30 % des anciens fumeurs lors de l'ERS 2002-2003 et par 21 % des fumeurs qui ont arrêté ou tenté d'arrêter de fumer au cours des 12 mois précédant l'enquête de 2008-2010 (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005, p. 108; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 102). De plus, 64 % des anciens fumeurs de l'enquête de 2002-2003 et 56 % des fumeurs de l'enquête de 2008-2010 qui ont arrêté ou tenté d'arrêter de fumer l'ont fait par souci d'adopter un mode de vie plus sain (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2005, p. 108; Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 102). Cela dit, il n'a pas été possible d'attribuer de tels changements au programme des SCC.

Quelques informateurs clés sont d'avis que les conditions socioéconomiques qui prévalent dans de nombreuses collectivités des Premières Nations éloignées et isolées peuvent compromettre la capacité des personnes à mieux connaître ce que sont l'autonomie en matière de santé et la prévention des maladies ou à traduire cette connaissance acquise en changements de comportement propices à améliorer l'état de santé. Entre autres exemples de difficultés socioéconomiques, il suffit de mentionner l'absence de logement adéquat, le coût élevé des

¹⁰ Selon un niveau de sensibilisation et de compréhension mesuré sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente un niveau de sensibilisation et de compréhension très élevé et 1, un niveau de sensibilisation et de compréhension très faible; une note de 3 représente un niveau de sensibilisation et de compréhension moyen.

aliments et le faible niveau d'alphabétisation. En ce qui concerne le logement adéquat, un peu plus du quart (26 %) des membres des Premières Nations vivant dans des réserves habitaient un logement surpeuplé en 2006, alors qu'il n'y avait que 3 % des Canadiens non autochtones dans une telle situation (Santé Canada, 2012b). L'ERS de 2008-2010 rapporte que plus de la moitié (54 %) des ménages des Premières Nations vivaient une insécurité alimentaire modérée (40 %) ou grave (14 %). De plus, selon la même enquête, plus du tiers (36 %) des adultes des Premières Nations disent ne pas disposer à longueur d'année d'un approvisionnement en eau potable (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012, p. 60, 91).

Résultat immédiat n° 2 : Meilleur accès aux services de SCC ou aux services hospitaliers (Manitoba)

Les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont un accès variable aux services de SCC, selon le type de service offert. Les facteurs qui influent sur l'accès sont notamment la pénurie de personnel et les problèmes de transport.

Même si les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont accès aux services de SCC et que le niveau d'accès varie selon le type de service offert, il n'a pas été possible de déterminer si l'accès s'est amélioré. Les postes de soins infirmiers offrent des soins non urgents durant les heures normales de travail en semaine, et la plupart fournissent des soins urgents en tout temps. La majorité des infirmières et des représentants de bande sondés considèrent que l'accès à un médecin pour une consultation urgente et non urgente par téléphone ou Internet est bon ou très bon, et la majorité des intervenants interviewés jugent l'accès à la plupart des autres services mentionnés comme étant au moins moyen. Les facteurs qui, selon eux, nuisent à l'accès aux SCC et aux services hospitaliers fédéraux sont notamment la pénurie de personnel et les problèmes de transport.

Selon toutes les sources de données, les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont accès aux services de SCC, mais il n'a pas été possible de déterminer si cet accès s'est amélioré. L'évaluation s'est surtout fondée sur l'opinion des informateurs clés et des intervenants sondés pour ce qui est de la mesure de l'accès aux divers éléments des SCC. Seuls quelques fichiers et documents fournissent des données cumulatives sur l'utilisation de ces services (un des deux indicateurs pour ce résultat) à l'échelle régionale ou nationale ou au fil du temps. Le projet de Santé Canada intitulé Reconnaître les forces — Bâtir pour l'avenir : Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations (MPSSP-EI) a fourni certaines données limitées sur l'utilisation des services dans un échantillon de 26 communautés pendant 14 jours (DGSPNI, 2012c, p. 26-27).

Les heures auxquelles les services de SCC sont offerts dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées permettent un accès adéquat à ces services. Comme le signalent les informateurs clés et les intervenants sondés, tous les postes de soins infirmiers ouvrent leurs portes aux cas urgents et non urgents en semaine durant les heures normales de travail.

La plupart des postes de soins infirmiers offrent également des services de soins d'urgence en tout temps. Les intervenants interviewés et sondés estiment en général que les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont un accès satisfaisant aux services de SCC, surtout pour consulter un médecin en situation d'urgence ou non. Invités à préciser la

mesure dans laquelle les membres de leur collectivité ont accès à une gamme de services, les intervenants sondés qualifient cet accès de moyen ou mieux dans chaque cas (tableau 5)¹¹. Dans tous les cas, les infirmières voient l'accès plus positivement que les représentants de bande.

Le sondage n'a pas permis de déterminer si les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont accès aux hôpitaux fédéraux au Manitoba, puisque presque tous les répondants (n = 7, 88 %) ont indiqué que les membres de leur collectivité n'avaient visité aucun des deux hôpitaux fédéraux (Norway House Hospital ou Percy E. Moore Hospital). Un répondant (13 %) a dit ne pas savoir si des membres de sa collectivité avaient déjà fréquenté ces hôpitaux.

Tableau 5 : Mesure de l'accès aux services de SCC — Fournisseurs de services internes

Accès à...	Infirmières n=142*			Représentants de bande n=26		
	Bon/très bon	Moyen	Faible/très faible	Bon/très bon	Moyen	Faible/très faible
un médecin, par exemple par téléphone ou Internet, à consulter en cas de soins urgents requis par un patient	85 %	6 %	8 %	58 %	15 %	27 %
un médecin, par exemple par téléphone ou Internet, à consulter en cas de soins non urgents requis par un patient	71 %	11 %	17 %	54 %	12 %	27 %
des produits pharmaceutiques au poste de soins infirmiers	61 %	29 %	10 %	s.o.	s.o.	s.o.
un médecin itinérant pour offrir des soins non urgents dans la collectivité	56 %	28 %	14 %	27 %	39 %	35 %
du matériel et des fournitures médicales au poste de soins infirmiers	54 %	36 %	10 %	s.o.	s.o.	s.o.
l'aide d'un médecin ou d'un spécialiste par l'entremise de services de télémédecine	32 %	29 %	33 %	s.o.	s.o.	s.o.

* Nota : Ces questions n'ont été posées qu'aux intervenants qui travaillent à un poste de soins infirmiers depuis plus de deux semaines.

s.o. : sans objet; ces questions n'ont pas été posées aux représentants de bande.

Le total de chaque ligne pour les infirmières et les représentants de bande peut ne pas être 100 % en raison de l'arrondi.

Les informateurs clés ont cerné plusieurs facteurs qui empêchent l'accès aux services de SCC. Fait particulier à noter, ils ont parlé tout au long des entrevues des difficultés de recruter du personnel et de le maintenir en poste dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, surtout des infirmières (voir la section 4.2.4). Plusieurs intervenants font également état du nombre insuffisant de postes d'infirmières de première ligne affecté à chaque établissement, compte tenu des défis liés à la santé et de la croissance démographique que vivent les collectivités. Des niveaux de dotation insuffisants en raison d'un taux de roulement élevé ou d'un manque de ressources sont vus comme des facteurs contribuant au stress des infirmières en place et nuisant à la capacité des postes de soins infirmiers de répondre à la demande en services. En outre, puisque les soins urgents sont bien sûr prioritaires, quelques informateurs clés

¹¹ L'accès à divers services de SCC a été mesuré sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente un accès très bon et 1, un accès très faible; une note de 3 représente un accès moyen.

expliquent qu'une pénurie de personnel et qu'une forte demande en soins urgents peuvent avoir une incidence négative sur le temps consacré à la prestation d'autres services de santé, comme les soins non urgents, ou à l'accomplissement des autres responsabilités du personnel des postes de soins infirmiers dans le cadre des programmes de santé. Cependant, l'évaluation n'a pas permis d'obtenir des données ou de l'information pour évaluer la mesure dans laquelle la pénurie de personnel nuit à la capacité des postes de soins infirmiers de fournir des services dans les divers domaines des soins urgents, des soins non urgents et des autres programmes liés à la santé. Les difficultés de recrutement et de maintien en poste, ainsi que les autres facteurs compromettant l'accès aux services SCC, comme les problèmes de transport, sont examinés plus en détail à la section 4.2.4.

Résultat immédiat n° 3 : Utilisation plus appropriée des services de SCC selon les besoins évalués

Une vaste gamme de services de SCC sont offerts et utilisés, mais l'utilisation des services après les heures normales de travail ne concerne pas toujours les soins urgents.

Selon certaines données probantes, une vaste gamme de services de SCC sont offerts et utilisés. Le projet MPSSP-EI, même s'il ne couvrait qu'une période d'activité de 14 jours dans 26 collectivités, a démontré que les principales raisons pour lesquelles les gens se rendent aux postes de soins infirmiers pour obtenir des services de SCC sont l'obtention d'un diagnostic ou le traitement d'une blessure ou d'une maladie (69 %), suivis par les services complémentaires à l'appui du diagnostic et du traitement (p. ex. travail de laboratoire, rayons X ou ordonnance — 24 %), puis par les services d'urgence et les services administratifs (4 % respectivement) (DGSPNI, 2012c, p. 52-53). Les principaux motifs qui sous-tendent 69 % des diagnostics et des traitements sont un bilan de santé (32 %), une maladie épisodique (29 %), une nouvelle ordonnance ou le renouvellement d'une ordonnance (17 %) et une maladie chronique (13 %).

Quant à l'utilisation appropriée des services de SCC, les perceptions concernent surtout l'utilisation des services après les heures normales de travail. Des données probantes indiquent que les soins offerts après les heures de travail ne sont pas toujours utilisés adéquatement, c'est-à-dire pour des soins urgents seulement. Un peu plus de la moitié des infirmières sondées (56 %), mais moins du tiers des représentants de bande (31 %) estiment que le recours aux services de SCC après les heures normales de travail concerne souvent des soins non urgents¹². Quelques informateurs clés indiquent que certains membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées s'attendent à ce que les services de SCC soient offerts en tout temps, même pour les soins non urgents; il arrive que certaines personnes se plaignent aux leaders communautaires lorsqu'elles n'obtiennent pas les services demandés après les heures normales de travail. Le projet MPSSP-EI a permis de constater que près du quart (22 %) de tous les services offerts durant la période de 14 jours évaluée l'ont été après les heures normales de travail. Sur les 733 cas pour lesquels les infirmières ont consigné l'urgence relative de la visite, 70 % étaient considérés comme non urgents (DGSPNI, 2012c, p. 57-58).

¹² L'utilisation des services offerts aux postes de soins infirmiers après les heures normales de travail pour des soins non urgents a été mesurée sur une échelle de 1 à 5, où 1 signifie « pas du tout » et 5, « très souvent »; une note de 3 représente une utilisation moyenne des services offerts aux postes de soins infirmiers après les heures normales de travail pour des soins non urgents.

De l'avis des intervenants interviewés et sondés, la sensibilisation de la collectivité à ce qui constitue une urgence demeure la stratégie la plus souvent adoptée pour assurer une utilisation adéquate des services de SCC. Cette sensibilisation peut se faire notamment par une discussion informelle entre le personnel des SCC et les patients (mentionnée par 87 % des infirmières sondées et 58 % des représentants de bande) ou entre les leaders et les membres de la collectivité (mentionnée par 62 % des infirmières sondées et 58 % des représentants de bande), ainsi que par une discussion et une collaboration entre les leaders communautaires et le poste de soins infirmiers (mentionnée par 58 % des infirmières sondées et 54 % des représentants de bande). Parmi les autres moyens de sensibilisation employés, mentionnons l'installation d'affiches dans la salle d'attente des postes de soins infirmiers ou des publicités à la radio. Quelques collectivités ont adopté d'autres stratégies fructueuses, comme modifier ou prolonger les heures d'ouverture du poste de soins infirmiers pour mieux répondre aux besoins de la collectivité, encourager l'utilisation d'une ligne d'aide téléphonique exploitée par des infirmières à l'échelle de la province, offrir un taux fixe aux infirmières travaillant après les heures normales de travail pour ne pas les inciter à faire des heures supplémentaires (moyen utilisé, semble-t-il, dans certains postes de soins infirmiers exploités par la bande) et recourir aux services d'ambulanciers paramédicaux pour les urgences en dehors des heures normales de travail.

Résultat immédiat n° 4 : Capacités accrues (connaissances, compétences) du personnel des SCC

Le personnel des SCC possède une certification professionnelle de haut niveau, mais les nouvelles infirmières des SCC ne maîtrisent pas toutes l'ensemble des compétences requises pour travailler dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Les problèmes récurrents de recrutement et de maintien en poste compliquent la tâche d'accroître les capacités du personnel.

Les infirmières qui travaillent dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées doivent posséder un vaste ensemble de compétences, ce qui n'est pas le cas de toutes les infirmières qui fournissent des SCC à l'heure actuelle. Santé Canada leur offre des possibilités d'accroître leurs capacités, et la plupart des infirmières se disent au moins assez satisfaites des possibilités de formation et participent moyennement aux activités offertes. Cela dit, tant la prestation d'activités de formation que la participation à ces activités se butent à certains obstacles (p. ex. manque de fonds, frais de déplacement et d'hébergement, manque de temps pour les infirmières).

Certification et niveau de compétences du personnel des SCC

Le personnel infirmier fournissant des SCC possède une certification professionnelle de haut niveau. Selon les infirmières gestionnaires sondées, la plupart des infirmières des SCC (80 %) sont des infirmières autorisées, alors qu'un petit pourcentage est composé d'infirmières praticiennes (6 %), d'infirmières auxiliaires autorisées (2 %) ou d'infirmières auxiliaires immatriculées (2 %). Il convient de noter que toutes les infirmières doivent détenir une autorisation professionnelle en vigueur de l'organisme provincial compétent. Bien qu'il n'ait pas été possible d'évaluer la hausse du nombre d'employés des SCC possédant une certification professionnelle, l'accroissement des capacités du personnel des SCC demeurera problématique tant que les problèmes actuels de recrutement et de maintien en poste des infirmières ne seront pas réglés.

Même si les niveaux de certification du personnel des SCC ne sont pas connus, la majorité des infirmières gestionnaires sondées ont indiqué qu'il n'existe aucun poste confié aux autres types de fournisseurs de SCC mentionnés au sein de leur poste de soins infirmiers, lequel repose surtout sur le personnel infirmier pour répondre à tous les besoins (tableau 6). Les postes de soins infirmiers qui disposent de fournisseurs de soins de santé d'autres types ont le plus souvent recours à un aide-soignant; 25 % des infirmières gestionnaires ont déclaré avoir recours à ce genre d'assistance.

Tableau 6 : Postes de fournisseurs de soins de santé non infirmiers aux postes de soins infirmiers — Fournisseurs de services internes

Type de poste	N ^{bre} de postes		Un poste		Deux postes ou plus	
	n = 57*	%	n = 57*	%	n = 57*	%
Aide en réadaptation	56	98 %	1	2 %	-	-
Technologue (laboratoire ou radiologie)	51	90 %	2	4 %	4	7 %
Technicien en pharmacie	48	84 %	7	12 %	2	4 %
Représentant en santé communautaire	48	84 %	2	4 %	7	12 %
Aide-soignant	43	75 %	7	12 %	7	12 %

* Nota : Ces questions n'ont été posées qu'aux infirmières gestionnaires.
Le total de chaque ligne peut ne pas être 100 % en raison de l'arrondi.

Divers documents ainsi que les entrevues auprès des informateurs clés permettent de constater que les infirmières travaillant dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont besoin d'un plus vaste ensemble de connaissances et de compétences que celles travaillant en régions urbaines, où des spécialistes et des services de soutien en plus grand nombre sont disponibles. Par exemple, le rapport de la vérification des soins primaires (services infirmiers) effectuée en 2010 aborde la question des « risques professionnels et judiciaires, [car] les infirmiers exerçant dans [les] collectivités [éloignées et isolées] ont généralement besoin d'un champ d'activité plus vaste » (Santé Canada, 2010a, p. 8). Entre autres exemples précis de connaissances et de compétences à posséder, mentionnons la capacité de s'adapter aux situations difficiles (p. ex. compenser la pénurie de ressources et de matériel, supporter les conditions météorologiques défavorables et transiger avec des clients aux prises avec un état de santé instable), ainsi que la nécessité de s'intégrer à la collectivité pour mieux la connaître et obtenir le respect de ses membres (Misener et coll., 2008, p. 57). Les infirmières doivent être capables de passer rapidement d'un rôle à l'autre (comme des soins urgents aux soins de longue durée) et d'offrir une vaste gamme de soins, sans personnel de soutien suffisant (Kulig, 2005, p. 1). De plus, malgré le grand nombre d'heures que les infirmières doivent passer sur appel, elles doivent être en mesure de trouver un bon équilibre entre le travail et la vie personnelle (Stewart et MacLeod, 2005, p. 2).

La majorité (68 %) des infirmières sondées indiquent que la variété de tâches et de responsabilités qu'elles doivent assumer pour offrir des services de SCC correspond aux connaissances, aux compétences et aux habiletés qu'elles ont acquises lors de leur formation professionnelle et de leurs expériences de travail. Cela dit, près du quart (23 %) des répondants estiment plutôt que ces tâches et responsabilités dépassent leurs connaissances, compétences et habiletés. Sur les 33 répondants que ces 23 % représentent, 24 % croient que la disparité entre les tâches et les compétences nuit à qualité des soins, alors que 21 % estiment qu'elle crée une

surcharge de travail et que 27 % n'y voient aucune difficulté. Certains informateurs clés, particulièrement les infirmières éducatrices ou consultant, font remarquer que les infirmières qui commencent à offrir des services de SCC ne possèdent souvent pas toutes les compétences nécessaires pour travailler dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Plusieurs raisons sont invoquées pour expliquer cette situation, notamment qu'il faut davantage utiliser des infirmières inexpérimentées en raison des difficultés de recrutement et de maintien en poste et que la plupart des programmes d'enseignement en sciences infirmières ne préparent pas les infirmières à travailler dans des endroits éloignés et isolés. Certains efforts ont été déployés pour attirer et retenir les Autochtones dans les carrières du domaine de la santé et ainsi accroître les capacités du personnel des services de SCC. Un peu plus de la moitié des infirmières gestionnaires (51 %) et des représentants de bande (58 %) sondés disent avoir des infirmières autochtones au sein de leur personnel affecté au poste de soins infirmiers. Près de la moitié des infirmières gestionnaires (47 %) et plus du tiers des représentants de bande (35 %) disent également avoir des travailleurs autochtones dans d'autres types de postes en soins de santé au sein de leur poste de soins infirmiers. Quelques informateurs clés mentionnent les efforts visant à accroître les capacités des travailleurs autochtones de la santé, comme l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA), qui encourage la formation des Autochtones dans le domaine de la santé afin de leur permettre de rester dans leur collectivité et d'y travailler dans un poste du domaine des soins de santé.

Cours d'orientation et mentorat fournis aux nouvelles infirmières de Santé Canada

Toutes les régions offrent un cours d'orientation et du mentorat aux nouvelles infirmières (p. ex. une formation théorique de deux ou trois semaines, suivie d'une formation pratique de deux ou trois semaines avec mentorat d'une infirmière consultante ou d'une infirmière chevronnée, comme l'infirmière gestionnaire). La plupart des infirmières sondées (87 %) disent avoir reçu un cours d'orientation et une formation lorsqu'elles ont commencé à travailler au poste de soins infirmiers d'une collectivité des Premières Nations éloignée et isolée. Elles sont généralement d'avis que ce cours d'orientation et cette formation les ont au moins modérément préparées; la moitié, voire plus, estiment avoir reçu une bonne ou très bonne préparation pour mieux comprendre chacun des aspects suivants¹³ :

- la gamme des services de SCC à offrir; 58 % ont indiqué que le cours d'orientation leur a fourni une bonne ou une très bonne préparation et 25 %, une préparation moyenne;
- la prestation de services adaptés à la culture; 52 % ont indiqué une bonne ou une très bonne préparation et 28 %, une préparation moyenne;
- la collectivité ils auront à fournir des services; 50 % ont indiqué une bonne ou une très bonne préparation et 29 %, une préparation moyenne.

La plupart des infirmières sondées ont également mentionné avoir reçu une certaine forme de mentorat à leur arrivée au poste de soins infirmiers en tant que prestataires de soins de santé : une proportion appréciable des infirmières (43 %) disent avoir reçu une certaine forme de mentorat formel organisé par leur employeur, alors que 59 % disent avoir reçu du mentorat informel par un collègue plus expérimenté; 21 % des infirmières disent n'avoir reçu aucun mentorat. Les informateurs clés trouvent le mentorat utile, car il fournit aux nouvelles infirmières un soutien

¹³ Le niveau de préparation a été mesuré sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente une très bonne préparation et 1, une très mauvaise ou aucune préparation; une note de 3 représente une préparation moyenne.

propice à l'acquisition du niveau d'aise et de compétences nécessaires pour travailler dans une collectivité des Premières Nations éloignée et isolée, et il les aide à s'intégrer. Ils estiment que l'absence de mentorat risque d'entraîner des situations stressantes pour les nouvelles infirmières, ce qui peut nuire au taux de maintien en poste.

Selon le rapport de la vérification des soins primaires (services infirmiers) effectuée en 2010, il y a généralement deux semaines de cours d'orientation en classe et deux à trois semaines de formation en milieu de travail. Toutefois, dans les années passées (avant la période d'évaluation), le Ministère et les régions offraient des programmes de formation beaucoup plus complets aux infirmières des SCC. L'une des recommandations de la vérification préconise l'élaboration d'un programme de formation à l'intention des nouvelles infirmières qui les prépare « adéquatement à travailler dans les collectivités isolées et éloignées ». Dans sa réponse, la direction de la DGSPNI reconnaît la nécessité d'un programme de formation et indique qu'une stratégie en matière d'éducation serait élaborée dans le cadre de la Stratégie d'innovation en soins infirmiers. L'une des activités prévues est justement de « concevoir un programme national d'éducation, qui sera dispensé dans un établissement d'enseignement » (Santé Canada, 2010a, p. 12).

Possibilités de formation et de perfectionnement professionnel continu

Comme l'indiquent toutes les sources de données, Santé Canada s'efforce d'accroître les capacités du personnel des SCC, en lui offrant des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel continu, ainsi que d'améliorer le niveau de certification des infirmières (p. ex. d'un diplôme collégial à un diplôme universitaire, ou d'un baccalauréat à une maîtrise d'IP). Selon les informateurs clés, la formation continue est importante si l'on veut offrir aux infirmières l'ensemble des compétences avancées nécessaire pour travailler dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Les infirmières profitent d'une formation continue obligatoire et facultative, cette dernière servant à concrétiser leur plan d'apprentissage individuel. Les informateurs clés expliquent que la formation continue est offerte en divers formats pour favoriser la participation des infirmières dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, notamment par des modules en ligne, des webinaires, des téléconférences ou la télémédecine. De plus, les infirmières ont la possibilité de se déplacer pour assister à des conférences, à des forums ou à d'autres activités éducatives. Elles peuvent également recevoir une aide financière et un congé d'études pour mettre à niveau leur certification, par exemple pour passer d'infirmière autorisée à infirmière praticienne. Dans certaines régions, les infirmières sont activement encouragées à devenir des IP, puisque ce type d'infirmière possède un champ d'activité plus vaste qui convient davantage aux exigences du travail dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Bien que les ententes de contribution renferment des dispositions financières pour le développement professionnel des infirmières à l'emploi des bandes, Santé Canada permet également à ces infirmières de prendre part aux activités de formation continue qui leur sont offertes par les régions.

Les infirmières sondées se disent en général satisfaites des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel qui leur sont offertes; 87 % d'entre elles font état d'un niveau de satisfaction au moins moyen (54 % sont satisfaites ou très satisfaites des possibilités offertes)¹⁴.

¹⁴ La satisfaction envers les possibilités offertes a été mesurée sur une échelle de 1 à 5, où 5 signifie « très satisfait » et 1, « très insatisfait »; une note de 3 représente un niveau de satisfaction moyen.

En outre, les infirmières sondées ont été invitées à se prononcer sur la mesure dans laquelle elles ont pu profiter des possibilités offertes; la plupart (82 %) font état d'un niveau de participation au moins moyen, mais près de la moitié (46 %) indiquent un niveau de participation élevé¹⁵.

Difficultés d'offrir des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel continus et d'y participer

Les intervenants ont énuméré divers obstacles empêchant d'offrir des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel continus ou d'y participer. Comme l'illustre le tableau 6, les difficultés les plus souvent citées par les infirmières sondées sont le manque de temps pour y prendre part (65 %) ou les conflits d'horaire (58 %). Les informateurs clés interviewés estiment que la conciliation travail-études peut s'avérer difficile pour les infirmières, surtout lorsqu'elles sont tenues de faire une journée complète de travail à la clinique, puis d'être sur appel en soirée.

La plupart des informateurs clés interviewés (qui s'exprimaient selon le point de vue des bureaux national et régionaux qui offrent ces possibilités) croient que la disponibilité des fonds et les frais de déplacement constituent les principaux défis, tant pour offrir des possibilités de formation que pour y participer. En région éloignée et isolée, il en coûte beaucoup pour se déplacer, sans compter les dépenses d'hébergement qu'il faut faire; 44 % des infirmières sondées considèrent que les frais de déplacement et d'hébergement sont un frein à la participation. Le personnel de relève qu'il faut trouver et payer pour remplacer les infirmières en déplacement est un autre obstacle mentionné par les informateurs clés. Près de la moitié (49 %) des infirmières sondées affirment qu'il n'y a personne pour occuper leur poste et leur permettre de prendre part à une formation, et presque la même proportion (47 %) d'entre elles disent qu'il leur faudrait prendre un congé pour ce faire. Comme l'on fait remarquer des informateurs clés, lorsqu'une infirmière s'absente temporairement de son poste pour suivre de la formation continue, la continuité des services offerts aux clients peut en souffrir, surtout s'il y a déjà des postes vacants à la clinique. Même s'il est possible (comme mentionné précédemment) d'offrir des possibilités de formation par téléphone ou Internet afin de faciliter la participation à la formation continue, les problèmes de connexion Internet et autres peuvent empêcher les infirmières de prendre part à cette formation, comme l'ont indiqué les informateurs clés et 54 % des infirmières sondées.

Tableau 7 : Obstacles à la participation à la formation et au perfectionnement professionnel continus — Fournisseurs de services internes

Obstacles	n = 142*	%
Manque de temps	92	65 %
Conflits d'horaire	82	58 %
Absence ou piètre qualité de la connexion Internet pour accéder aux cours en ligne	76	54 %
Personne pour occuper le poste de l'infirmière en formation	70	49 %
Obligation de prendre congé du travail	67	47 %
Non-disponibilité des cours intéressants à distance ou en ligne	64	45 %
Frais de déplacement et d'hébergement	62	44 %

¹⁵ La capacité de participer a été mesurée sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente un niveau de participation très élevé et 1, un niveau de participation très bas ou inexistant; une note de 3 représente un niveau de participation moyen.

Obstacles	n = 142*	%
Frais de cours	44	31 %
Écart entre les possibilités offertes aux infirmières occasionnelles ou provenant d'une agence et celles offertes au personnel de soutien	6	4 %
Aucun obstacle	7	5 %
Autre	4	3 %

* Nota : Cette question n'a été posée qu'aux répondants travaillant au poste de soins infirmiers depuis plus de deux semaines.

Les répondants peuvent donner plus d'une réponse; le total peut donner plus de 100 %.

Selon une analyse récente (début 2012) des activités éducatives régionales, il existe un écart important entre les régions, pour des raisons semblables à celles mentionnées ci-dessus (p. ex. disponibilité des fonds, problèmes de recrutement et de maintien en poste, disponibilité du personnel de remplacement), ainsi qu'en raison d'un écart dans le nombre d'infirmières d'une région à l'autre¹⁶. L'analyse a également permis de constater que les régions ne disposent pas de données précises ni facilement disponibles sur les activités éducatives suivies. Il est donc « nécessaire d'instaurer une base de données qui permet la surveillance de la formation en sciences infirmières afin de veiller à la responsabilisation fiscale et professionnelle de la Direction générale à mesure qu'elle évolue » [traduction] (DGSPNI, 2012d).

Résultat immédiat n° 5 : Meilleure gestion des services de SCC par les Premières Nations

Il est possible d'accroître le nombre des collectivités des Premières Nations qui gèrent leurs propres services de SCC, surtout au Manitoba et en Ontario.

Environ les deux tiers des postes de soins infirmiers sont actuellement gérés par Santé Canada, mais il est possible de stimuler continuellement la prise en charge des services de SCC par les Premières Nations elles-mêmes. Les postes de soins infirmiers du Québec et de la Saskatchewan sont presque entièrement exploités par les bandes, alors qu'ils sont surtout gérés par Santé Canada dans d'autres régions. Certaines initiatives en cours visent à favoriser la prise en charge par les Premières Nations, comme le récent Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations.

À l'heure actuelle, environ le tiers des postes de soins infirmiers dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées sont exploités par les bandes, alors que les deux autres tiers le sont par Santé Canada. Au Québec et en Saskatchewan, ces postes sont presque entièrement exploités par les bandes, alors qu'en Alberta, au Manitoba, en Ontario et dans la région du Pacifique ils sont surtout gérés par Santé Canada. Voici quelques chiffres sur le nombre de postes de soins infirmiers exploités par les bandes dans chaque région :

- Saskatchewan : 12 postes de soins infirmiers sur 12

¹⁶ L'analyse du contexte a été menée au début de 2012 à la suite d'une recommandation découlant de la vérification des soins primaires (services infirmiers) faite en 2010 par le Bureau de la vérification et de la responsabilisation (BVR). Cette recommandation visait l'élaboration d'un programme de formation destiné à bien préparer les nouvelles infirmières à travailler dans les collectivités éloignées et isolées. Dans le cadre de cette analyse, les régions ont été invitées à fournir le nombre d'IA qui suivaient à ce moment ou qui avaient suivi divers cours pertinents (DGSPNI, 2012d).

- Québec : 9 postes de soins infirmiers sur 11
- Pacifique : 2 postes de soins infirmiers sur 9
- Alberta : 1 poste de soins infirmiers sur 5
- Ontario : 4 postes de soins infirmiers sur 26
- Manitoba : 1 poste de soins infirmiers sur 22

En règle générale, les informateurs clés ne pouvaient expliquer pourquoi certaines collectivités ont choisi d'assurer la gestion de leurs services de SCC, alors que d'autres, non. Il existe cependant certaines données probantes qui laissent croire à une progression constante vers la prise en charge des Premières Nations, comme dans le cadre du récent Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations. Cet accord tripartite met l'accent sur l'instauration d'un système de santé intégré auquel participent de nombreux partenaires, notamment l'Autorité sanitaire des Premières Nations, les fournisseurs de soins de santé des Premières Nations, les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique et Santé Canada. Il comporte un certain nombre d'objectifs, notamment d'améliorer l'accessibilité, la qualité, l'efficacité et la pertinence culturelle des programmes de soins de santé destinés aux Premières Nations. L'un des aspects clés de cet accord est le transfert des programmes fédéraux en matière de santé à l'Autorité sanitaire des Premières Nations, ce qui comprend « la planification, la conception, la gestion et l'exécution de programmes de santé des PN » (Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, 2011, p. 9).

Par ailleurs, même s'il ne s'agit pas d'une mesure directe de la gestion des services de SCC par les Premières Nations, les données du Modèle de rapports communautaires (qui vont bien au-delà des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées) fournissent certains indices de la participation des Premières Nations à la planification des programmes de santé. Ainsi, selon le Modèle de rapports communautaires de 2009-2010 et de 2010-2011, respectivement 90 % et 92 % des collectivités répondantes confirment qu'elles consultent régulièrement leurs membres pour planifier les programmes de santé (DGSPNI, rapport non publié, 2010, p. 4, 2011, p. 6-7)¹⁷.

De l'avis de certains informateurs clés de chaque région, il existe des collectivités des Premières Nations dont le poste de soins infirmiers connaît des difficultés semblables à ceux de Santé Canada. Plus précisément, les problèmes vécus concernent le recrutement et le maintien en poste du personnel, les niveaux de capacité variés de la direction et le taux de roulement, sans oublier la nécessité d'entretenir de bonnes relations entre les leaders de la collectivité (dont le directeur des services de santé) et le personnel infirmier.

Quelques informateurs clés estiment que les fonds découlant des ententes de contribution n'ont pas augmenté pour tenir compte de la croissance démographique ni de l'augmentation des coûts. Les contraintes en matière de ressources peuvent compromettre la capacité de la bande d'offrir un salaire concurrentiel aux infirmières. Selon les exigences de l'entente de contribution, les Premières Nations sont responsables de toute dépense excédant le montant de leur financement. Comme le programme des SCC relève des services obligatoires, les Premières Nations qui gèrent

¹⁷ Il convient de noter que l'analyse des données du Modèle de rapports communautaires effectuée ici ne tient compte que des collectivités qui ont répondu à la question; une absence de réponse peut s'expliquer par la non-disponibilité des données ou par la non-pertinence de la question pour la collectivité répondante.

leur propre poste de soins infirmiers croient parfois nécessaire de transférer des fonds d'autres programmes pour combler les insuffisances budgétaires des services de SCC. Cela dit, quelques informateurs clés ont affirmé également que certaines collectivités des Premières Nations sont en meilleure posture pour gérer le poste de soins infirmiers que Santé Canada, surtout en raison de leur capacité de l'exploiter avec plus de souplesse. À titre d'exemple, les collectivités des Premières Nations ne sont pas liées par les mêmes conventions collectives que Santé Canada; ainsi, elles peuvent plus facilement négocier avec leurs employés en ce qui concerne la rémunération des heures supplémentaires et disposent d'une plus grande latitude pour embaucher ou congédier des employés.

Résultat immédiat n° 6 : Collaboration accrue dans le cadre des ententes de prestation de services, et meilleures connaissance et compréhension de celles-ci ainsi que des exigences et des responsabilités connexes

Il existe une collaboration et des liens entre les fournisseurs de service, mais il y a place à l'amélioration, surtout pour les services en santé mentale, en physiothérapie et en soins palliatifs. L'absence d'un échange d'information entre les systèmes provinciaux de la santé et les postes de soins infirmiers peut compliquer la coordination des cas et la continuité des soins.

Les données du Modèle de rapports communautaires fournissent certains renseignements, incomplets, sur le nombre d'ententes de collaboration en vigueur. Par exemple, le Modèle de rapports communautaires du Manitoba pour l'exercice 2011-2012 fait état de 22 ententes conclues avec notamment les régies régionales de la santé, les hôpitaux, les médecins et les universités. Santé Canada devrait être en mesure de resserrer la reddition de comptes sur les ententes de collaboration à venir, pourvu que toutes les collectivités présentent leur Modèle de rapports communautaires rempli de façon régulière.

Les données du Modèle de rapports communautaires pour les exercices 2009-2010 et 2010-2011 font état d'une certaine collaboration dans le cadre de la prestation des services en soins de santé (DGSPNI, rapport non publié, 2010, p. 4, 2011, p. 7).

Pour ces deux exercices, la plupart des collectivités répondantes ont dit établir une liaison entre leurs services et d'autres établissements de santé (95 % et 93 %, respectivement) et que les services sociaux et de santé collaborent au moment d'offrir des services et du soutien aux collectivités (93 % et 91 %, respectivement)¹⁸.

L'évaluation repose principalement sur l'opinion des intervenants concernant l'ampleur de la collaboration et des liens. La plupart des directeurs régionaux et des directeurs des soins infirmiers ou agents régionaux des soins infirmiers interviewés affirment qu'il existe une collaboration entre les divers niveaux de prestation des services de santé au sein de leur région. Quelques-uns estiment que cette collaboration s'améliore entre les fournisseurs de services de SCC et les ministères provinciaux de la Santé ou les régies régionales de la santé. Plusieurs

¹⁸ L'analyse des données du Modèle de rapports communautaires effectuée ici ne tient compte que des collectivités qui ont répondu à la question; une absence de réponse peut s'expliquer par la non-disponibilité des données ou par la non-pertinence de la question pour la collectivité répondante.

exemples viennent étayer ce fait, comme les comités composés de représentants des divers ordres de gouvernement, des régies régionales de la santé et des Premières Nations qui se réunissent pour régler les problèmes et discuter de meilleures approches.

Certains informateurs clés ont indiqué qu'il est difficile d'échanger des données et des renseignements entre les postes de soins infirmiers et les systèmes provinciaux de santé en raison des différences législatives et politiques qui existent entre les systèmes fédéral et provinciaux. On a notamment souligné les problèmes que présentent l'échange de données sur les congés des hôpitaux, qui faciliterait la continuité des soins lorsque les patients retournent dans la collectivité, et l'accès du personnel des postes de soins infirmiers aux dossiers d'immunisation tenus par les provinces. L'inaccessibilité des données entrave la coordination des cas et la continuité des soins, ainsi que la planification à l'échelle régionale. Un échange d'information accru nécessiterait la négociation d'ententes pour aplanir les différences législatives et réglementaires entre les systèmes fédéral et provinciaux. Par exemple, une entente sur l'échange de renseignements a été conclue en Alberta pour que la province puisse communiquer les données sur les épreuves de dépistage des maladies métaboliques chez les nouveau-nés aux postes de soins infirmiers.

Les infirmières gestionnaires régionales interviewées mentionnent surtout les efforts de collaboration consentis à l'échelon opérationnel et communautaire, et quelques-unes estiment que les postes de soins infirmiers entretiennent de bonnes relations de collaboration avec les autres fournisseurs de soins de santé (p. ex. les médecins consultés et les autres travailleurs de la santé dans la collectivité). Selon les observations de quelques informateurs clés, la collaboration et l'intégration avec les autres fournisseurs de soins de santé varient selon la collectivité, alors que d'autres estiment que, même s'il y a collaboration et que celle-ci s'améliore dans certains cas, la situation laisse toujours à désirer.

Les intervenants sondés sont également partagés quant à l'ampleur de la collaboration entre les divers fournisseurs de soins de santé, comme le résumant les tableaux 7 et 8. Les infirmières ont été invitées à évaluer l'importance de la collaboration qui existe entre leur poste de soins infirmiers et les autres fournisseurs de soins de santé au sein de leur collectivité pour assurer la continuité des soins (voir le tableau 8).

Bien que la plupart des répondants aient indiqué un niveau de collaboration ou un lien au moins moyen, la majorité (64 %) des infirmières jugent que les liens sont bons ou très bons uniquement avec les fournisseurs de soins à domicile, alors que moins de la moitié des répondants font état de bons ou de très bons liens avec les programmes de santé publique (48 %) ou les programmes liés à la promotion de la santé ou à la prévention des maladies (36 %)¹⁹. Dans les deux derniers cas, l'échantillon était de petite taille (n = 31 et n = 22, respectivement).

¹⁹ L'établissement de liens et d'une collaboration a été mesuré sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente de très bons liens et 1, de très mauvais liens; une note de 3 représente des liens moyens.

Tableau 8 : Liens et collaboration au sein de la collectivité — Fournisseurs de services internes*

Établissement de liens avec les fournisseurs de soins de santé qui offrent...	Bon/ très bon		Moyen		Mauvais/ très mauvais	
	n	%	n	%	n	%
des soins à domicile et des soins communautaires dans la collectivité (n = 96)	61	64 %	17	18 %	13	14 %
des programmes ou services en santé publique dans la collectivité (n = 31)	15	48 %	7	23 %	8	26 %
des programmes liés à la promotion de la santé ou à la prévention des maladies dans la collectivité (n = 22)	8	36 %	9	41 %	4	18 %

* Nota : Ces questions n'ont été posées qu'aux infirmières qui travaillent au poste de soins infirmiers depuis plus de deux semaines et qui n'ont pas offert ces programmes dans le cadre de leurs responsabilités en matière de soins infirmiers. Le total ne donne pas 100 %; les réponses autres (ne sait pas, pas de réponse) ne sont pas illustrées.

Les infirmières et les représentants de bande sondés ont été invités à qualifier la collaboration qui existe entre leur poste de soins infirmiers et les fournisseurs de service externes; les infirmières sont généralement plus positives à cet égard (voir le tableau 9)²⁰.

Les hôpitaux sont les seuls partenaires avec lesquels une majorité d'infirmières et de représentants de bande qualifient les liens de bons ou de très bons. Les deux tiers des infirmières, mais seulement un peu plus du tiers des représentants de bande disent entretenir de bons ou de très bons liens avec les médecins généralistes; toutefois, la majorité des représentants de bande disent avoir des liens au moins moyens avec eux. Quelques informateurs clés indiquent également que les liens peuvent être plus difficiles lorsque les médecins offrant leurs services aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ne restent en poste qu'un certain temps, ce qui nuit à la continuité des soins aux patients. Près des trois quarts des infirmières, mais moins de la moitié des représentants de bande (42 %) ont des liens au moins moyens avec les spécialistes. Les infirmières et les représentants de bande n'ont pas une opinion favorable au sujet des liens avec les fournisseurs de services externes des domaines de la santé mentale, de la physiothérapie et des soins palliatifs.

Quelques informateurs clés ont souligné que leur région s'efforce d'améliorer leurs relations et la collaboration avec les représentants des régies régionales de la santé et des autorités provinciales. La collaboration est considérée comme importante pour faciliter le transfert des patients vers les établissements de santé en cas de soins urgents ou pour assurer la prestation des services d'un médecin.

Les initiatives de télémédecine sont d'autres moyens efficaces pour faciliter la consultation et la collaboration entre les postes de soins infirmiers et les médecins et spécialistes. De l'avis de quelques informateurs clés, ce type de prestation de services croît en popularité. Cela dit, comme l'illustre le tableau 4, les infirmières sont partagées à propos de l'accès aux services de télémédecine : 32 % qualifient cet accès de bon ou de très bon, 29 %, de moyen et 33 %, de mauvais ou de très mauvais.

²⁰ L'établissement de liens et d'une collaboration a été mesuré sur une échelle de 1 à 5, où 5 représente de très bons liens et 1, de très mauvais liens; une note de 3 représente des liens moyens.

Tableau 9 : Liens et collaboration avec les fournisseurs de service externes — Fournisseurs de services internes et représentants de bande

Établissement de liens avec les fournisseurs de soins de santé à l'extérieur de la collectivité	Bon/ très bon		Moyen		Mauvais/ très mauvais	
Fournisseurs de services internes (n = 142*)						
	n	%	n	%	n	%
Médecins généralistes	95	67 %	24	17 %	17	12 %
Hôpitaux	89	63 %	35	25 %	15	11 %
Spécialistes	61	43 %	43	30 %	32	23 %
Services en santé mentale	47	33 %	39	28 %	51	36 %
Services en physiothérapie	25	18 %	26	18 %	86	61 %
Services en soins palliatifs	23	16 %	33	23 %	74	52 %
Représentants de bande (n = 26)						
	n	%	n	%	n	%
Hôpitaux	14	54 %	5	19 %	5	19 %
Médecins généralistes	9	35 %	9	35 %	6	23 %
Services en santé mentale	7	27 %	8	31 %	9	35 %
Spécialistes	5	19 %	6	23 %	11	42 %
Services en soins palliatifs	4	15 %	7	27 %	10	38 %
Services en physiothérapie	3	12 %	8	31 %	12	46 %

* Nota : Cette question n'a été posée qu'aux répondants qui travaillent au poste de soins infirmiers depuis plus de deux semaines.

Le total ne donne pas nécessairement 100 % en raison de l'arrondi.

Résultat immédiat n° 7 : Meilleures connaissance et compréhension des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en matière de prestation de services

La connaissance de certaines politiques, normes et lignes directrices se constate par l'utilisation fréquente qui en est faite.

La connaissance de certaines politiques, normes et lignes directrices est manifeste (et leur compréhension, présumée), en particulier les Guides de pratique clinique de la DGSPNI, la Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et le Système de classification des médicaments, la politique et les procédures relatives aux substances réglementées de la DGSPNI, ainsi que les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Santé Canada utilise divers moyens pour s'assurer que les infirmières sont au courant des politiques, normes et lignes directrices pertinentes.

Les plans de traitement des clients doivent comprendre des directives sur les pratiques exemplaires en vigueur (Santé Canada, 2011a, p. 11). Par exemple, les Guides de pratique clinique de la DGSPNI ont été conçus en guise d'outil de référence pour aider les infirmières travaillant dans des endroits éloignés et isolés à cerner, diagnostiquer et traiter les maladies et

autres problèmes de santé (Santé Canada, 2010b). La connaissance et l'utilisation de ces pratiques exemplaires ne sont possibles que si les politiques, normes et lignes directrices pertinentes sont connues et comprises.

L'examen des documents et des données a permis de constater qu'aucune collecte constante de données n'était faite pour évaluer et mesurer la connaissance et la compréhension des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en matière de prestation de services. Cependant, une connaissance approfondie de certaines politiques, normes et lignes directrices est évidente en raison de la grande proportion d'infirmières sondées qui disent consulter régulièrement ces documents (tableau 10). En particulier, les infirmières disent consulter régulièrement, donc connaître, les Guides de pratique clinique de la DGSPNI, la Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et le Système de classification des médicaments, la politique et les procédures relatives aux substances réglementées de la DGSPNI, ainsi que les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Les données de sondage ne permettent pas de déterminer si l'information est comprise; on ne peut que présumer que les infirmières comprennent l'information qu'elles utilisent de façon régulière.

Tableau 10 : Politiques, normes ou lignes directrices régulièrement consultées pour offrir les services de SCC — Fournisseurs de services internes

Politiques, normes ou lignes directrices régulièrement consultées	n = 142*	%
Guides de pratique clinique de la DGSPNI	136	96 %
Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et Système de classification des médicaments	131	92 %
Politique et procédures relatives aux substances réglementées de la DGSPNI	125	88 %
Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète	109	77 %
Guide d'orientation régional	82	58 %
Directives cliniques de consensus	45	32 %
Guide des activités régionales	20	14 %
Directives pour la prévention des infections acquises dans la collectivité	16	11 %
Lignes directrices cliniques et normes de pratique des associations provinciales des soins infirmiers	6	4 %
Lignes directrices et protocole en matière d'immunisation	5	4 %
Outil d'aide à la décision (OAD) du College of Registered Nurses de la C.-B.	4	3 %
Lignes directrices et protocole de l'employeur ou de la localité	4	3 %
Lignes directrices relatives à la santé sexuelle	3	2 %
Ressources assorties (non précisées)	6	4 %
Autre	12	9 %
Aucune	1	1 %

* Nota : Cette question n'a été posée qu'aux répondants travaillant au poste de soins infirmiers depuis plus de deux semaines. Les répondants peuvent donner plus d'une réponse; le total peut donner plus de 100 %.

Comme l'ont indiqué les informateurs clés, Santé Canada emploie divers mécanismes pour veiller à ce que les infirmières soient au courant des politiques, normes et lignes directrices pertinentes qu'elles doivent respecter dans le cadre de leurs fonctions. L'un des volets de la formation et du cours d'orientation offerts aux nouvelles infirmières des SCC comprend notamment une introduction aux politiques, normes et lignes directrices pertinentes ainsi qu'un examen de leurs dispositions. Les infirmières sont informées des politiques, normes et lignes directrices nouvelles ou révisées par la diffusion des documents et une communication à leur sujet auprès des infirmières et des postes de soins infirmiers (p. ex. version électronique par courriel et/ou version imprimée par la poste). La distribution des documents relève de la partie responsable de la politique, norme ou ligne directrice nouvelle ou révisée (p. ex. la DGSPNI, la province ou l'association provinciale des soins infirmiers). Pour certains documents, Santé Canada tient des téléconférences ou des forums pour en passer le contenu en revue.

4.5 Rendement : Question no 4 — Réalisation des résultats intermédiaires (efficacité)

Résultat intermédiaire n° 1 : Collaboration et réponse du système aux besoins en SCC en temps opportun

Les informateurs clés et les intervenants sondés confirment la présence d'une collaboration, mais il faut poursuivre les efforts à ce chapitre.

Comme mentionné au résultat immédiat n° 6²¹, les informateurs clés et les intervenants sondés disent qu'il y a bel et bien une collaboration et des liens, mais qu'il faut poursuivre les efforts dans ce sens.

Aucune donnée ou mesure de référence n'a permis d'évaluer si le système répond en temps opportun. La seule indication provient des données des Modèles de rapports communautaires de 2011-2012, puisque les postes de soins infirmiers sont tenus de signaler le nombre d'aiguillages faits aux agences extérieures dans une foule de catégories de soins. Cela dit, les données cumulatives pour 2011-2012 ne sont pas encore publiées, même si le GTE a pu consulter le rapport du Manitoba. Ainsi, les postes de soins infirmiers du Manitoba ont fait 25 278 aiguillages en 2011-2012, dont la plupart (65 %) vers des spécialistes, alors que 15 % visaient les établissements offrant des soins d'urgence, 7 %, les cliniques de diagnostic et 6 %, les médecins généralistes ou de famille (DGSPNI, 2012e, p. 11).

Les informateurs clés ont énuméré plusieurs facteurs qui facilitent la réponse du système. Ainsi, le système répond plus facilement lorsque les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ont accès au poste de soins infirmiers en tout temps pour les soins urgents et en semaine pour les soins non urgents. Quelques informateurs font remarquer que, même si les postes de soins infirmiers peuvent être très achalandés, les patients n'ont souvent pas à attendre aussi longtemps que dans d'autres établissements de santé, comme l'urgence des hôpitaux. Les

²¹ Collaboration accrue dans le cadre des ententes de prestation de services, et meilleures connaissances et compréhension de celles-ci ainsi que des exigences et des responsabilités connexes.

informateurs clés en mesure d'aborder le sujet des aiguillages estiment que ceux-ci se font de manière efficace et que, parfois, les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées sont aiguillés plus rapidement vers des spécialistes que les résidents des centres urbains. En outre, quelques informateurs clés croient que les initiatives de télémédecine favorisent une collaboration fructueuse et rapide entre le personnel soignant en vue d'offrir des soins primaires aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées.

Les problèmes qui font obstacle à la réponse du système en temps opportun sont précisés à la section 4.2.4, mais les principaux sont la pénurie de personnel et le taux de roulement élevé.

Résultat intermédiaire n° 2 : Utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en vue d'améliorer la qualité des SCC

Presque toutes les infirmières sondées ont affirmé consulter certaines politiques, comme les Guides de pratique clinique de la DGSPNI, qu'elles considèrent comme un outil de référence utile. Cela dit, elles disent également avoir de la difficulté à accéder aux politiques pertinentes, surtout en raison des problèmes de connexion Internet ou de l'absence d'une version électronique qui serait facile à consulter au moment de voir les patients. Environ la moitié des collectivités et des postes de soins infirmiers répondants ont indiqué disposer d'une procédure pour examiner les préoccupations des clients et améliorer la qualité des services. Des projets pilotes sont en cours en vue d'agréer les postes de soins infirmiers pour qu'ils soient conformes aux normes nationales.

Utilisation des politiques, des normes et des lignes directrices

Comme l'indique le tableau 9 au résultat immédiat n° 7²², une grande proportion des infirmières des SCC sondées consultent régulièrement certaines politiques, normes et lignes directrices (toutefois, vu l'absence de mesure de référence, il n'est pas possible de conclure que cette utilisation s'est accrue). Plus particulièrement, la plupart des infirmières ont régulièrement recours aux Guides de pratique clinique de la DGSPNI (96 %), à la Liste de médicaments des postes de soins infirmiers et au Système de classification des médicaments (92 %), à la politique et aux procédures relatives aux substances réglementées de la DGSPNI (88 %) ainsi qu'aux Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (77 %). En outre, une majorité (58 %) des infirmières consultent régulièrement le Guide d'orientation régional et près du tiers (32 %), les directives cliniques de consensus (32 %). Les informateurs clés parlent également de la vaste utilisation que font les infirmières des lignes directrices cliniques, qui sont considérées par celles-ci comme un précieux guide de référence.

Les infirmières sondées ont été invitées à cerner les difficultés ou les obstacles à l'utilisation des politiques, normes et lignes directrices pertinentes auxquelles elles se butent. Même si, dans l'ensemble, elles consultent beaucoup les principales politiques, elles ont parfois de la difficulté à mettre la main sur d'autres dans certaines situations. Un peu plus de la moitié des infirmières trouvent que les problèmes de connexion Internet font obstacle puisqu'ils les empêchent

²² Meilleures connaissances et compréhension des politiques, des normes, des lignes directrices, des pratiques exemplaires et de l'information fondée sur des données probantes en matière de prestation des services.

d'accéder aux versions en ligne (58 %) et de consulter une copie électronique pendant qu'elles sont avec les patients (52 %). Quelques informateurs clés estiment également que les postes de soins infirmiers se fient principalement aux documents imprimés, qui ne sont pas nécessairement à jour et qui peuvent être perdus, ce qui pose problème. Quelques répondants (16 %) ont indiqué qu'aucun obstacle ou problème ne les empêchait de consulter les politiques, normes et lignes directrices pertinentes.

Procédures de gestion des préoccupations des clients

En guise de pratique exemplaire pour améliorer la qualité, la plupart des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées disposent d'une procédure pour examiner les préoccupations des clients concernant les services reçus au poste de soins infirmiers. Près de la moitié (47 %) des infirmières sondées ont affirmé qu'une procédure officielle avait été mise en place à cet égard à leur poste de soins infirmiers, et le tiers (35 %) ont plutôt parlé d'une procédure informelle. De leur côté, 42 % des représentants de bande ont indiqué que leur collectivité suit une procédure officielle, 23 %, une procédure informelle et 19 %, aucune procédure. Les représentants de bande qui ne savaient pas ou qui n'ont pas répondu à la question forment 15 %. Selon les données du Modèle de rapports communautaires de 2009-2010 et de 2010-2011, la moitié des collectivités répondantes (49 % et 50 %, respectivement) estiment que leur collectivité s'est dotée d'un plan d'amélioration de la qualité, bien qu'encore une fois ces données ne concernent pas uniquement les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées (DGSPNI, rapport non publié, 2010, p. 1, 2011, p. 1)²³.

Agrément des services de SCC

L'agrément des services de SCC sert d'indicateur de l'utilisation des politiques et des pratiques exemplaires, puisqu'elles sont nécessaires pour satisfaire aux normes fédérales, provinciales ou territoriales, ainsi que d'indicateur de l'amélioration de la qualité. Aucun poste de soins infirmiers n'est agréé à l'heure actuelle, mais deux d'entre eux sont à mettre des normes à l'essai en vue d'un tel agrément. Le rapport de la vérification des soins primaires (services infirmiers) effectuée en 2010 fait état d'une initiative visant l'agrément des centres de santé communautaire des Premières Nations et des Inuits qui a été entreprise en 2000 et qui a été élargie aux postes de soins infirmiers des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, lesquels devaient mener un projet pilote en 2011 (Santé Canada, 2010a, p. 15). Selon un représentant de Santé Canada, les *Normes à l'intention des services en région isolée ou éloignée* ont été mises à l'essai à deux endroits en octobre 2012. Agrément Canada examine actuellement l'évaluation de ces projets pilotes. La prochaine étape sera de clarifier les exigences, de réviser les normes afin de clarifier les lignes directrices au besoin et d'ajouter un glossaire des termes aux *Normes sur la gestion des médicaments dans les services de santé en région éloignée ou isolée*²⁴.

²³ Il convient de noter que l'analyse des données du Modèle de rapports communautaires effectuée ici ne tient compte que des collectivités qui ont répondu à la question; une absence de réponse peut s'expliquer par la non-disponibilité des données ou par la non-pertinence de la question pour la collectivité répondante.

²⁴ S. Glen, infirmière-conseil principale, Bureau de conseils interprofessionnels, DGSPNI (communication personnelle, 17 décembre 2012).

4.6 Rendement : Question no 4 — Réalisation du résultat à long terme (efficacité)

Résultat à long terme : Des services de SCC qui répondent aux besoins des membres et des collectivités des Premières Nations (AAP 3.1.3)

Le programme des SCC répond aux besoins des collectivités des Premières Nations et de leurs membres en leur offrant des soins de santé urgents et non urgents au sein même de leur collectivité. La plupart des représentants de bande sondés (81 %) affirment que les membres de leur collectivité ont un taux de satisfaction de moyen à très élevé à l'égard des services de SCC reçus.

Le programme des SCC permet de pallier le manque d'accès aux systèmes de santé provinciaux des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées qu'entraîne leur situation géographique. Les services offerts dans le cadre de ce programme consistent à disposer des soins urgents et non urgents au sein même de la collectivité des patients. Les soins urgents sont offerts en tout temps. Les membres des collectivités des Premières Nations ont une foule de besoins en soins de santé et sont souvent aux prises avec une incidence élevée de certaines maladies, ainsi qu'avec un taux plus élevé de toxicomanie et de problèmes de dépendance, de troubles mentaux et de blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Tous ces facteurs, de même que le vieillissement de la population et la croissance démographique, exercent une demande accrue en services de SCC.

Les représentants de bande sondés ont fait état du niveau de satisfaction des membres de leur collectivité à l'égard des services de SCC reçus. La plupart des répondants (81 %) ont indiqué un niveau de satisfaction au moins moyen, alors que 38 % estiment plutôt que les membres de leur collectivité en sont satisfaits ou très satisfaits. Le motif d'insatisfaction le plus souvent invoqué (38 %) est que les services ne sont pas toujours suffisamment adaptés ou fournis assez rapidement.

Les intervenants ont été invités à proposer des façons d'améliorer les services de SCC, et ils en ont suggéré de nombreuses. Les suggestions les plus communes concernent l'augmentation des ressources : 21 % des infirmières proposent d'accroître le nombre d'infirmières ou d'employés, alors que 23 % des représentants de bande estiment qu'il est nécessaire d'ajouter du financement, notamment pour embaucher plus de personnel. En outre, 23 % des représentants de bande croient que des améliorations s'imposent en ce qui a trait aux fournisseurs de services internes, comme le recrutement d'employés permanents aux postes de soins infirmiers et un recours moins fréquent aux infirmières travaillant pour une agence. Les autres suggestions liées aux ressources internes des SCC (mentionnées par une petite proportion de répondants dans chaque cas) sont l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des possibilités de formation, la prise de mesures pour veiller à ce que les infirmières possèdent les compétences et la formation appropriées, l'amélioration des stratégies de recrutement et de maintien en poste, ainsi que de l'accès à l'équipement ou aux ressources de laboratoire. Pour ce qui est des ressources de soins de santé externes, les suggestions (mentionnées également par une petite proportion d'intervenants sondés dans chaque cas) concernent l'accroissement de l'accessibilité aux fournisseurs de service externes (p. ex. aux spécialistes, aux services de santé mentale ou aux

services de toxicomanie), la présence d'installations médicales (p. ex. établissements en santé mentale, hôpitaux) dans la collectivité, ainsi que l'amélioration de la collaboration et de la communication entre les parties concernées par les soins de santé (p. ex. internes, externes, gouvernements). Les informateurs clés ont aussi parlé de la nécessité d'accroître la collaboration entre les intervenants et d'assurer une meilleure intégration des services.

Difficultés ou obstacles

Le recrutement et le maintien en poste du personnel représentent un défi important et constant lorsqu'on offre des services de SCC, surtout en ce qui concerne les soins infirmiers. Il s'agit d'un défi pour diverses raisons, notamment la disparité salariale, la pénurie d'infirmières dans tout le Canada, les lourdes charges de travail, l'isolement géographique, le manque de commodités et de soutien disponibles dans les centres urbains et les questions de sécurité. Santé Canada a mis en œuvre diverses stratégies pour surmonter ces difficultés. Mais la prestation des services de SCC se bute à d'autres obstacles : 1) les changements apportés dans certaines régions resserrent les exigences en matière de formation et d'éducation, et 2) la prestation des services en région isolée sur le plan géographique amène son lot de problèmes (p. ex. en ce qui concerne la connexion Internet, le transport, les coûts d'expédition, l'accès à d'autres services, ainsi que l'embauche et le maintien en poste d'autres types de travailleurs de la santé).

Difficultés en matière de recrutement et de maintien en poste

Les services de SCC offerts dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées sont principalement dirigés par des infirmières, dans des postes de soins infirmiers, et reposent surtout sur les infirmières pour répondre aux besoins en soins primaires de la collectivité. La pénurie de personnel et le manque de stabilité du personnel, en raison du taux de roulement élevé et du recours aux services d'infirmières contractuelles provenant d'agences, peuvent nuire à la capacité d'adaptation et, de ce fait, à la continuité des soins et à la capacité du poste de soins infirmiers de répondre aux besoins en soins de santé des clients, tant sur le plan du volume que de la nature de ces besoins. En outre, les difficultés de recrutement et de maintien en poste d'infirmières possédant l'ensemble des compétences requises pour offrir des soins infirmiers en région éloignée et isolée compromettent davantage la capacité de répondre aux besoins en soins de santé de la collectivité. Bien que les services de SCC soient bel et bien offerts et que la réalisation des résultats escomptés progresse, il demeure difficile d'attirer et de retenir les infirmières dans un travail en région éloignée et isolée. Les difficultés de recrutement et de maintien en poste cernées dans le cadre de l'évaluation peuvent s'expliquer par trois grandes raisons :

1. *Les collectivités éloignées et isolées ne sont pas considérées comme des endroits où l'on souhaite vivre et travailler.*

Les informateurs clés ont mentionné l'isolement social, professionnel et géographique comme principal motif d'hésitation à s'installer dans une collectivité éloignée et isolée (Santé Canada, 2010a, p. 9, 2011d, p. 4). Ainsi, l'absence des commodités et du soutien social et professionnel (amis, famille et collègues) qu'on retrouve dans un milieu plus urbain, ainsi que les difficultés et les frais de déplacement, sont vus comme des freins.

Puisque l'idée de vivre dans une collectivité éloignée et isolée ne plaît pas vraiment, de nombreuses infirmières préfèrent travailler à temps partiel, ce qui leur permet de venir dans la collectivité pour un certain temps, puis de retourner chez elles, selon leur entente d'embauche.

2. *Il existe une disparité entre les salaires offerts aux infirmières des SCC et ceux disponibles au sein des systèmes de santé provinciaux et chez les employeurs privés.*
De nombreux informateurs clés ont également parlé des disparités entre les salaires d'infirmières offerts par Santé Canada et ceux offerts par d'autres employeurs. Selon les documents examinés, les salaires offerts par les services infirmiers provinciaux sont plus élevés que ceux des services fédéraux (DGSPNI, 2012f, p. 2), lesquels sont pourtant supérieurs à ceux versés par les bandes (LTSC, 2010, p. 8). Pour les infirmières praticiennes, les salaires offerts par le secteur privé sont plus élevés que ceux versés par les employeurs du secteur public fédéral (Santé Canada, 2011d, p. 11). Les salaires des services fédéraux découlent de la Norme de classification des Sciences infirmières de Santé Canada qui s'applique aux infirmières praticiennes et qui ne reconnaît pas leur niveau avancé de compétences et de responsabilités, ce qui ne permet pas de leur offrir un salaire correspondant qui serait concurrentiel avec le secteur privé. Puisqu'il existe une pénurie généralisée d'infirmières au Canada, de nombreux informateurs clés croient que les infirmières ont tout le loisir d'être sélectives dans leur choix d'emploi. Un document d'information sur le personnel infirmier rédigé par la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers permet de constater que, malgré la croissance annuelle de 2 % de la main-d'œuvre canadienne en sciences infirmières depuis 2006, le pays était à court de 22 000 infirmières au début de 2012, et cette pénurie devrait prendre de l'ampleur pour atteindre 60 000 infirmières d'ici 2022 (Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers, 2012, p. 1-3).

3. *Une lourde charge de travail et un milieu de travail difficile sont courants aux postes de soins infirmiers.*
De nombreuses infirmières trouvent difficile le milieu de travail dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, en raison de la lourde charge de travail, de l'absence d'un médecin sur place, du manque d'autres formes de soutien sur le plan de l'administration et des soins de santé, de la nécessité de faire des heures supplémentaires et d'être sur appel, ainsi que des questions de santé et de sécurité (DGSPNI et EPOHD, 2011, p. 50-51; Santé Canada, 2010a, p. 9, 2011d, p. 4,11-12). La stratégie de 2011 de Santé Canada relative au recrutement et à la rétention du personnel infirmier dans le Nord présente un exemple de question de santé et de sécurité qu'il faut aborder, soit la nécessité d'accroître la couverture de sécurité le soir et la fin de semaine lorsque les infirmières prodiguent des soins d'urgence (Santé Canada, 2011d, p. 12). Entre autres inquiétudes concernant la sécurité, mentionnons un rapport du programme Gestion du stress en cas d'incident critique (GSIC), qui révèle une certaine hausse de la violence physique et verbale envers les infirmières au sein des collectivités des Premières Nations pour chacun des exercices allant de 2008-2009 à 2010-2011, période au cours de laquelle les agressions verbales dans leur ensemble sont passées de 108 à 182 et les agressions

physiques, de 5 à 19 (DGSPNI et EPOHD, 2011, p. 7)²⁵. Les infirmières en général sont considérées comme étant à risque élevé de violence au travail par les patients. Selon les conclusions d'une enquête menée en 2005 par Statistique Canada, 34 % des infirmières travaillant dans les hôpitaux et les centres de soins de longue durée signalent avoir été victimes d'agressions physiques par les patients; 40 % des infirmières travaillant de soir ou de nuit disent avoir subi de la violence, comparativement à 23 % des infirmières travaillant de jour (Shields et Wilkins, 2009, p. 1 et 4).

Les difficultés de recrutement et de maintien en poste entraînent un nombre élevé de postes vacants, un niveau de dotation insuffisant, ainsi qu'une charge de travail accrue et un niveau de stress plus important pour les infirmières qui restent, ce qui complique encore davantage leur maintien en poste. À titre d'exemple, dans le cadre du sondage auprès des intervenants, une majorité d'infirmières (70 %) et de représentants de bande (62 %) ont mentionné qu'il y a des postes d'infirmières vacants dans leur poste de soins infirmiers, tandis qu'un peu plus de la moitié des infirmières (51 %) et le tiers des représentants de bande (35 %) ont indiqué que des postes d'autres professionnels de la santé étaient vacants.

Un personnel insuffisant et une lourde charge de travail peuvent compromettre la capacité des infirmières à assurer la prestation des services. Comme mentionné précédemment, quelques informateurs clés ont fait remarquer que, parce que les soins urgents doivent être prioritaires, une surcharge de travail peut susciter une baisse des services en soins non urgents, ainsi que dans d'autres programmes de soins de santé exécutés par Santé Canada dans lesquelles les infirmières jouent un rôle, comme en santé publique ou encore en promotion de la santé et en prévention des maladies.

En outre, les difficultés de recrutement et de maintien en poste rendent nécessaire le recours aux services coûteux d'infirmières contractuelles venant d'une agence. Selon le Modèle de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations, le coût du recours au personnel infirmier d'agence représente 42 % de tous les frais en soins infirmiers dépensés de 2008-2009 à 2010-2011, alors que le coût des services d'une infirmière d'agence par rapport à celui d'une infirmière de Santé Canada est de 1,5 fois supérieur dans la région du Pacifique et de 2,2 fois supérieur dans la région du Manitoba (DGSPNI, 2012c, p. 67-68). De plus, les informateurs clés estiment que les conséquences de l'utilisation d'infirmières d'agence à court terme ainsi que le personnel infirmier permutant et le roulement élevé de personnel comprennent notamment le manque de continuité dans les soins, la perte de la mémoire collective et la difficulté à établir des liens avec la collectivité. Une grande proportion des infirmières et des représentants de bande ayant répondu au sondage mentionnent également le manque de continuité dans les services en raison du roulement élevé de personnel (71 % et 50 %, respectivement) et la nécessité d'avoir recours au personnel infirmier d'agence (57 % et 58 %, respectivement).

²⁵ Le programme GSIC de Santé Canada offre une formation sur les incidents, recueille des données sur les incidents critiques et fournit du soutien aux infirmières travaillant dans les collectivités des Premières Nations qui ont vécu une expérience traumatisante. Le nom du programme a été modifié en avril 2012 pour Gestion du stress professionnel et à la suite d'un incident critique (GSPIC).

Santé Canada a mis en œuvre diverses stratégies pour surmonter les difficultés de recrutement et de maintien en poste. Par exemple, la stratégie de 2011 de Santé Canada relative au recrutement présente certaines stratégies connues et en recommande de nouvelles dans neuf domaines du recrutement et du maintien en poste (Santé Canada, 2011d, p. 13-25). Parmi les autres stratégies adoptées pour répondre aux besoins en ressources humaines, mentionnons la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers qui, dans un laps de temps donné, finance des projets visant à essayer des approches nouvelles et novatrices pour la prestation des soins de santé dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, comme la mise sur pied d'équipes de soins en collaboration, l'intégration des sciences infirmières et de la technologie, l'établissement de nouvelles heures d'ouverture pour les postes de soins infirmiers et la formation des infirmières. De plus, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone déjà mentionnée a été révisée en 2015 pour augmenter le nombre de travailleurs autochtones en soins de santé et soutenir les ressources humaines dans le domaine de la santé (Santé Canada, 2012c, p. 38-39). Les informateurs clés mentionnent également d'autres initiatives de recrutement, comme des annonces dans les journaux et les revues, la participation à des foires sur la santé et des salons de l'emploi et les exposés donnés dans le cadre des programmes d'enseignement des sciences infirmières. Certains d'entre eux affirment que Santé Canada est toujours en mode de recrutement. Cela dit, quelques-uns disent également que le processus de recrutement du Ministère est trop long et compliqué, ce qui donne suffisamment de temps aux candidats prometteurs de se trouver un autre poste et de retirer leur candidature.

Quant au maintien en poste, les informateurs clés ont mentionné certaines stratégies, comme les incitatifs financiers (p. ex. allocation d'isolement), des occasions de formation supplémentaires et des conditions d'emploi souples, comme un horaire à temps partiel qui permet aux infirmières de permuter entre la collectivité des Premières Nations éloignée et isolée et leur lieu de domicile (p. ex. les informateurs clés affirment qu'environ 80 % des infirmières du Manitoba sont des employées à temps partiel qui vivent à l'extérieur de la collectivité).

Autres obstacles à la prestation de services de SCC adaptés

Les modifications que viennent d'apporter ou qu'apporteront bientôt les associations provinciales des soins infirmiers pour resserrer les exigences en matière de scolarité et de formation pour les infirmières travaillant en région éloignée et isolée peuvent poser tout un défi à la prestation des services de SCC. Par exemple, la Colombie-Britannique exige dorénavant une certification en soins infirmiers dans une région éloignée, tandis que la Saskatchewan élabore une exigence semblable au moyen d'une nouvelle désignation : infirmière autorisée certifiée en région rurale et éloignée. Ces deux modifications visent à offrir aux infirmières une formation supplémentaire pour acquérir les compétences nécessaires au travail en région rurale et éloignée (ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2012; Saskatchewan Registered Nurses' Association, 2012, p. 18). En revanche, les informateurs clés estiment que cette formation entraînera des frais supplémentaires pour Santé Canada et pour les infirmières, sans compter que les infirmières déjà en place peuvent trouver difficile de suivre la formation requise.

En outre, l'isolement géographique des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées crée des problèmes connexes qui vont au-delà du maintien en poste des infirmières.

- Les problèmes de transport peuvent nuire à la capacité des postes de soins infirmiers d'acheminer des patients vers d'autres établissements de soins de santé en cas d'urgence. Les difficultés liées au transport sont les mauvaises infrastructures de transport aérien, le peu d'accès aux services provinciaux d'ambulance aérienne ou terrestre ainsi que les mauvaises conditions météorologiques empêchant tout déplacement. L'éloignement des collectivités des Premières Nations ajoute aux coûts du transport de fournitures et d'équipement vers ces collectivités.
- Les problèmes de connexion et de technologie (p. ex. absence d'une connexion Internet fiable et constante) peuvent rendre difficiles les communications avec les autres fournisseurs de soins de santé, de même que l'accès aux ressources pratiques et aux outils de soutien clinique. L'inaccessibilité des bases de données provinciales sur la santé et l'absence d'échange d'information entre fournisseurs de soins de santé peuvent compromettre la continuité des soins et, de ce fait, la réponse du système (p. ex. par souci de confidentialité, les postes de soins infirmiers ne sont pas informés des congés accordés par l'hôpital; ils ne peuvent donc pas planifier la gestion du cas au retour du patient dans la collectivité).
- Les problèmes d'accessibilité sont dus au fait que les postes de soins infirmiers ont parfois de la difficulté à joindre un médecin en cas d'urgence, notamment lorsque le médecin sur appel ne répond pas rapidement. De plus, les collectivités peuvent connaître une pénurie généralisée de médecins qui sont prêts à offrir des services aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, particulièrement à se rendre dans les collectivités pour offrir des soins non urgents.

4.7 Rendement : Question no 5 — Démonstration d'économie et d'efficience

Les observations relatives à l'économie et à l'efficience permettent de cerner des difficultés qui ont une incidence sur la prestation des services de SCC, dont : le financement fondé sur les allocations antérieures et des estimations démographiques dépassées; les problèmes constants de dotation en personnel qui entraînent un nombre élevé de postes vacants et un roulement de personnel et qui nécessitent le recours aux services coûteux des agences de soins infirmiers; les coûts en heures supplémentaires non planifiées; les systèmes de conservation des dossiers inefficaces, et l'absence de données sur le rendement.

Selon la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor, la démonstration d'économie et d'efficience est une évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et à la progression vers l'atteinte des résultats escomptés. Cette évaluation de l'économie et de l'efficience repose sur l'hypothèse que les ministères disposent d'un système de mesure du rendement normalisé et que les systèmes financiers utilisent l'établissement des coûts par objet.

Vu le manque de données financières ministérielles ayant trait à la quantité et au type d'extrants, ainsi que les rapports incomplets sur les dépenses de programme, il n'a pas été possible dans le cadre de l'évaluation de mener une évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et à la progression vers l'atteinte des résultats escomptés. En outre, les données financières ne concernent pas que les services de SCC puisque les coûts de surveillance des programmes ont été intégrés à la grande enveloppe budgétaire destinée à la prestation des services de soins primaires aux Premières Nations et aux Inuits.

Par conséquent, la présente évaluation fournit des observations au sujet de l'économie et de l'efficacité à la suite de l'examen des documents, de l'analyse documentaire et de l'obtention du point de vue des informateurs clés. Plus particulièrement, des observations ont été formulées sur les dépenses en général et sur l'efficacité de l'exécution du programme. En outre, la pertinence des données sur la mesure du rendement a également fait l'objet de certaines observations.

Observations relatives à l'économie

La présente section fournit des observations sur les coûts des soins infirmiers liés aux SCC et présente le point de vue des informateurs clés sur le caractère suffisant des ressources nécessaires à l'exécution du programme.

Tel qu'il est décrit à la section 2.4 du présent rapport, les dépenses liées aux SCC en 2011-2012 étaient de 139,7 millions de dollars en crédits des services votés. Il s'agit de la mesure la plus représentative des ressources réelles affectées aux SCC au cours de la période d'évaluation. En plus des fonds des services votés, l'examen a permis de constater qu'il fallait compléter annuellement les coûts des soins infirmiers primaires (dont les coûts des SCC) en puisant dans les fonds destinés à l'intégrité des programmes afin de combler les déficits de financement liés aux heures supplémentaires et au coût des infirmières d'agence, ce qui donne à penser que les niveaux de financement n'étaient pas suffisants²⁶. Le financement versé par le Conseil du Trésor pour l'intégrité peut servir à combler le manque à gagner lié au coût des soins infirmiers. Ainsi, de 2008-2009 à 2011-2012, une somme de 105,23 millions de dollars provenant de ces fonds destinés à l'intégrité a été utilisée à cette fin, surtout au Manitoba et en Ontario²⁷, qui ont profité de la majorité de la somme (44 % et 38 %, respectivement). Cependant, il convient de noter qu'il n'est pas possible de déterminer dans quelle proportion ces 105,23 millions de dollars ont été affectés aux SCC.

Certains informateurs clés estiment que la rémunération des heures supplémentaires explique en partie le besoin de fonds additionnels (soit l'utilisation des fonds pour l'intégrité) pour offrir les SCC. Les heures supplémentaires à payer découlent du fait que les postes de soins infirmiers

²⁶ La Vérification des soins primaires — Services infirmiers, 2010 (Santé Canada, 2010a, p. 6) attribue ces déficits aux heures supplémentaires et au recours aux services coûteux des agences de soins infirmiers qui ne sont pas « dûment pris en compte dans les documents de planification et les documents budgétaires ». Bien que la direction de la DGSPNI abonde dans le sens des recommandations de la vérification qui portent sur la nécessité d'harmoniser les objectifs mesurables à un budget plus représentatif, elle estime que l'affectation des fonds et la planification opérationnelle fondées sur les besoins en services ont été limitées par la difficulté d'obtenir une hausse permanente des niveaux de financement (Santé Canada, 2010a, p. 7-8).

²⁷ Un peu plus de la moitié des postes de soins infirmiers situés dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées se trouvent au Manitoba ou en Ontario.

offrent des soins d'urgence en tout temps. Certaines régions ont envisagé de prolonger les heures d'ouverture de leur poste de soins infirmiers et d'étaler les heures de travail des infirmières, non seulement pour réduire le coût des heures supplémentaires, mais aussi pour mieux répondre aux besoins de la collectivité. Selon le rapport final du projet *Modèle de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations*, il existe un projet au Québec qui adopte avec succès cette stratégie (DGSPNI, 2012g, p. 12); cela dit, modifier les horaires de travail des infirmières ne se fait pas sans problème, compte tenu de la convention collective liée au personnel infirmier.

Les informateurs clés externes ont mentionné que les ressources sont insuffisantes pour répondre aux besoins actuels du programme des SCC, que les postes de soins infirmiers soient gérés par Santé Canada ou les bandes. Ils estiment que les modèles de financement (fondés surtout sur les affectations antérieures) sont dépassés et que les niveaux de financement en vigueur ne tiennent pas compte des tendances et des changements dans les besoins au sein de la collectivité (p. ex. population accrue et problèmes de santé). Quelques informateurs clés ont également souligné que, dans le passé, des fonds supplémentaires étaient fournis selon les résultats du Système d'augmentation des tâches communautaires, qui permettait de surveiller la croissance démographique et la charge de travail dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits, mais qu'aucune somme additionnelle fondée sur la croissance démographique n'a été versée depuis longtemps.

Observations relatives à l'efficacité

La présente section traite des facteurs qui ont une incidence sur l'efficacité de l'exécution du programme. Elle présente les conclusions d'une analyse documentaire et des points de vue des informateurs clés sur la façon d'améliorer l'efficacité dans le cadre du modèle de prestation actuel, ainsi qu'un exposé sur d'autres modes d'exécution du programme afin d'en accroître l'efficacité.

Les informateurs clés ont énuméré un certain nombre de stratégies pour améliorer l'efficacité de l'exécution du programme. Par exemple, beaucoup ont indiqué que les frais de déplacement sont élevés, compte tenu de la situation géographique des collectivités. L'une des stratégies possibles pour contrôler les frais de déplacement liés à la formation est de faire une plus grande utilisation de la vidéoconférence et des modules de formation en ligne. Les informateurs clés mentionnent également d'autres facteurs qui contribuent à la hausse des coûts, dont l'éducation et la formation des infirmières, les produits pharmaceutiques, l'expédition de marchandises aux postes de soins infirmiers, l'hébergement du personnel, les installations et la sécurité de ces installations.

Pour améliorer l'efficacité de l'exécution du programme des SCC et permettre ainsi à ce dernier de répondre aux besoins courants des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les informateurs clés donnent quelques exemples de stratégies utilisées :

- Selon des informateurs clés de certaines régions (dont la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario), l'une des stratégies utilisées pour faciliter la prestation continue des services tout en réduisant le recours aux agences de soins infirmiers est d'employer des équipes de ressources qui se déplacent dans les collectivités. Par exemple, le projet

Modèle de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations a permis d'observer que l'Alberta n'a fait appel à aucune infirmière d'agence au cours de la période allant de 2008-2009 à 2010-2011, « surtout en raison d'une réserve d'employés efficaces en soins infirmiers qui répond aux besoins en dotation » (DGSPNI, 2012c, p. 67).

- Le rapport final du projet Modèle de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations présente plusieurs projets menés dans le cadre de la Stratégie nationale d'innovation en soins infirmiers qui ont obtenu de bons résultats en intégrant d'autres travailleurs de la santé, comme des commis de pharmacie, des sages-femmes et des ambulanciers paramédicaux aux équipes de soins. Parmi les résultats positifs découlant de cette approche, mentionnons une plus grande disponibilité du personnel et une utilisation plus efficace du temps du personnel dans leur champ d'activité (DGSPNI, 2012g, p. 11-12).

Selon la documentation, les équipes multidisciplinaires où les membres ont des rôles et responsabilités souples peuvent s'avérer plus efficaces que le modèle de prestation des soins en vigueur. Il y est spécifiquement mentionné que cette approche convient aux régions éloignées et isolées, dont les collectivités autochtones. Ce type de composition d'équipe permet aux membres de pratiquer leur profession en utilisant pleinement leur ensemble de compétences, de connaissance et d'attestations, ce qui peut contribuer à atténuer la pénurie de personnel et à surmonter les barrières culturelles (Baker et Denis, 2011, p.11-12; Birks et coll., 2010, p.31; Rygh et Hjortdahl, 2007, p.5).

Voici quelques autres stratégies pouvant améliorer l'efficacité de l'exécution du programme :

- accroître l'utilisation des services de télémédecine et en améliorer l'accès, car ces services sont considérés comme un moyen efficace et efficient pour les postes de soins infirmiers de consulter d'autres professionnels de la santé pour leurs patients, comme un médecin, de participer aux activités de sensibilisation et de formation, ainsi que de collaborer avec d'autres soignants;
- mettre en place un système de gestion des stocks qui faciliterait la surveillance et l'entretien des réserves de produits pharmaceutiques et de fournitures médicales dans les postes de soins infirmiers et qui contribuerait à veiller à ce que ce dernier ait toujours sous la main le matériel nécessaire, tout en réduisant le gaspillage créé par la conservation de médicaments périmés ou inutiles;
- instaurer un système d'assurance de la qualité afin de surveiller et d'entretenir le matériel médical des postes de soins infirmiers.

Les informateurs clés ont été invités à suggérer, en plus des exemples de stratégies visant à améliorer l'efficacité de l'exécution du programme, d'autres modes d'exécution permettant d'accroître l'efficacité. La documentation contient également d'autres modes d'exécution.

Ainsi, la méthode la plus souvent proposée pour accroître l'efficacité de l'exécution du programme est de conclure plus d'ententes de collaboration avec des partenaires et d'assurer l'intégration des services. Plusieurs intervenants sondés estiment également qu'il est nécessaire de collaborer davantage avec les fournisseurs de services externes, dont les hôpitaux et les fournisseurs provinciaux de soins de santé. La documentation fait aussi état des avantages

qu'offrent les ententes de collaboration pour fournir des soins primaires en région rurale et éloignée. Par exemple, une communication et des ententes efficaces entre les divers fournisseurs de service, qu'ils soient de la collectivité ou de l'extérieur, sont considérées comme essentielles pour simplifier le processus d'aiguillage et assurer la prestation de soins coordonnés dans les collectivités rurales et éloignées (Baker et Denis, 2011, p.11-12; Wakerman et coll., 2009, p.89-90).

En outre, toujours selon la documentation, et bien que la prestation de soins de santé dans le cadre de services distincts soit possible dans les collectivités plus grandes et plus accessibles, les régions éloignées et moins peuplées ont besoin d'un modèle détaillé et intégré afin de réduire au minimum les coûts et d'optimiser l'accessibilité (DGSPNI, 2012d, p.12-19; Wakerman et coll., 2008, p.5). Le rapport final du projet Modèle de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations recommande que Santé Canada et la DGSPNI adoptent un modèle de soins interdisciplinaire élargi pour la prestation des services de SCC. Ce modèle exige l'intégration des services, comme ceux liés aux soins de santé, à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, ainsi que des services sociaux afin de mieux servir les collectivités et de réduire les inefficacités et les chevauchements (DGSPNI, 2012g, p. 15-18, 35).

Pertinence des données sur la mesure du rendement

Selon les documents et les données examinés, ainsi que les commentaires des informateurs clés, l'évaluation a permis de constater qu'aucun mécanisme continu de collecte de données sur la mesure du rendement et de production de rapports n'est en place pour faciliter la reddition de comptes sur le rendement des SCC à l'échelon de la collectivité, de la région et du pays. Il y a donc un manque de données de référence qui permettraient de déterminer les changements à apporter pour améliorer le rendement du programme, et ce, malgré l'existence d'un modèle logique et d'une stratégie de mesure du rendement. Les indicateurs de rendement manquaient également de clarté ou de précision, ce qui nuit davantage à la mesure des résultats (p. ex. déterminer si un résultat attendu s'est « accru » ou « amélioré »). L'absence de collecte et d'utilisation de données peut également empêcher l'analyse et la communication du niveau de service réel fourni à l'échelle régionale (et nationale), l'évaluation de la charge de travail et de l'utilisation des ressources et la quantification de l'incidence d'offrir des services de SCC. En outre, tant la vérification des soins primaires (services infirmiers) effectuée en 2010 que le récent rapport sur le rendement des services infirmiers en soins primaires dans les collectivités ont permis de déceler l'absence d'un système de mesure du rendement, ainsi que des lacunes dans la collecte, l'analyse et la publication des données; ces lacunes font obstacle à une prise de décisions fondée sur des données probantes (DGSPNI, 2012b, p. 19; Santé Canada, 2010a, p. 16-18).

La collecte systématique de données est entravée par l'absence d'un système électronique de production de rapports, qui faciliterait la collecte, le stockage et la récupération des données. Les informateurs clés indiquent que les postes de soins infirmiers exploités par Santé Canada recueillent des données et les communiquent à leur région au moyen d'un registre des activités mensuelles ou d'un rapport mensuel en format papier. L'examen des documents et des données et les entrevues ont révélé que ces données ne sont pas toujours transmises aux régions ou que

les données fournies ne sont pas complètes. En outre, les régions ne voient pas toujours à transcrire en format électronique ni à utiliser l'information transmise. Le système de collecte de données sur papier vient compliquer la compilation et l'analyse des données par région. En somme, même lorsque les postes de soins infirmiers ont pris le temps de remplir et de présenter leurs rapports, il se peut que l'information ne serve jamais. Les régions n'utilisent pas non plus cette information pour rendre des comptes à l'administration centrale et, de l'avis de certains informateurs clés, cette information n'est pas demandée.

Par ailleurs, la collecte de données nécessaires à la mesure du rendement du programme des SCC est compliquée par les multiples agents d'exécution (p. ex. Santé Canada et organismes des Premières Nations) ainsi que le chevauchement des responsabilités des fournisseurs de SCC avec celles des autres secteurs de programme (p. ex. les données du Modèle de rapports communautaires ne concernent pas que le programme des SCC, et les infirmières ne sont généralement pas uniquement responsables du programme des SCC). Tous ces facteurs compromettent la capacité de recueillir et d'utiliser des données sur la mesure du rendement.

De l'avis des informateurs clés, les postes de soins infirmiers exploités par les bandes font rapport selon leurs ententes de contribution, et les données financières sont communiquées dans le cadre de vérifications financières et autres exigences de données dans le Modèle de rapports communautaires. Certains informateurs clés remettent en question l'utilité des données sur les SCC recueillies par le Modèle de rapports communautaires, en affirmant, par exemple, que certaines collectivités ayant conclu une entente de transfert ont de la difficulté à présenter l'information avec précision ou que les données ne rapportent que des chiffres, et non des indicateurs utiles pour analyser l'utilisation des services de SCC.

Certaines régions mettent en œuvre leur propre système de collecte et de communication des données. À titre d'exemple, l'Alberta a recueilli et analysé les données de 2011 auprès des postes de soins infirmiers par l'entremise du Système de rapports sur les activités des infirmières afin de compiler un rapport sur l'utilisation des clients. Les renseignements qui en découlent s'avèrent utiles pour planifier, élaborer et évaluer des programmes et services de soins de santé au sein des collectivités des Premières Nations d'Alberta, surtout celles qui sont éloignées et isolées (Santé Canada, 2011c, p. 4-5).

Le Modèle de rapports communautaires a permis de faire évoluer la mesure du rendement. Le format a été modifié en 2011-2012 et exige dorénavant des données sur un certain nombre d'aspects correspondant aux indicateurs de rendement des SCC. Malgré l'absence d'une analyse cumulative des données du Modèle de rapports communautaires de 2011-2012 dans le cadre de cette évaluation, lorsque des données sont recueillies, analysées et communiquées de façon constante, elles peuvent fournir de précieux renseignements supplémentaires pour évaluer le rendement en fonction du modèle logique en vigueur et des mesures du rendement.

5. Conclusions

5.1 Conclusions relatives à la pertinence

Besoin continu

Le programme des SCC continue de répondre à un besoin démontrable et est adapté aux besoins des collectivités des Premières Nations en matière de santé en répondant à la demande continue en soins de santé. Cette demande est attribuable à un taux de prévalence des maladies plus élevé dans ces collectivités et aux changements démographiques, lesquels nécessitent la prestation de services de SCC auxquels ces collectivités n'auraient pas accès autrement.

Les collectivités des Premières Nations et leurs membres affichent souvent une incidence plus élevée pour certaines maladies (dont les maladies chroniques et les facteurs de comorbidité), la toxicomanie et les problèmes de dépendance, les troubles mentaux et les blessures découlant d'actes de violence et d'accidents. Les membres des Premières Nations se classent fréquemment aux derniers rangs en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, la scolarité et l'emploi, lesquels sont liés à un état de santé moins bon. Tous ces facteurs, ainsi que le vieillissement de la population et la croissance démographiques des collectivités, entraînent une demande accrue en services de SCC. Compte tenu de la situation géographique des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les membres de ces collectivités n'ont pas le même accès aux services de soins de santé que les autres Canadiens. Le programme des SCC vise à pallier cette iniquité en offrant aux membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées un accès aux soins primaires au sein de leur collectivité.

Conformité aux priorités du gouvernement

La prestation des services du programme des SCC dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées cadre avec les priorités du gouvernement fédéral énoncées dans le Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013 de Santé Canada, les budgets fédéraux et les discours du Trône.

Le programme des SCC s'harmonise avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral, ainsi qu'avec les compétences du Ministère et le rôle qui est lui conféré par la loi, comme le démontrent diverses lois et politiques qui se rapportent à la santé et aux Premières Nations. Le programme est en lien direct avec les principales activités de programme et les résultats stratégiques de Santé Canada. Le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada pour l'exercice 2012-2013 prévoit une aide financière continue aux services de soins de santé primaires pour les Premières Nations. Les budgets fédéraux ont constamment octroyé des fonds importants aux initiatives visant à améliorer l'état de santé des membres des Premières Nations, notamment le renouvellement de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) jusqu'en 2015. Les discours du Trône témoignent également de l'engagement du gouvernement fédéral concernant l'établissement de partenariats avec les Premières Nations.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement

Le programme des SCC s'harmonise avec le rôle du gouvernement fédéral d'offrir ou de financer des programmes de santé destinés aux Premières Nations par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada. Le programme est conforme à la Politique sur la santé des Indiens ainsi qu'aux énoncés de mandat et de mission du Ministère.

Le programme des SCC s'harmonise avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral et est directement lié aux principales activités de programme de Santé Canada, en tant que sous-sous-activité de l'activité de programme 3.1 de l'AAP, ainsi qu'à la troisième priorité organisationnelle du Ministère, qui consiste à renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, ainsi que les priorités énoncées de la DGSPNI. En outre, il y a cohérence entre le programme des SCC et les compétences du Ministère et le rôle qui lui est conféré par la loi, comme le démontrent certains textes de loi clés qui se rapportent aux Premières Nations, notamment la *Loi constitutionnelle de 1867* et l'*Acte des Sauvages, 1876*, la *Loi canadienne sur la santé de 1984*, la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens.

5.2 Conclusions relatives au rendement

Résultats escomptés

Le programme des SCC est en voie d'atteindre les résultats visés et répond aux besoins des collectivités des Premières Nations et de leurs membres en leur offrant des services de soins de santé urgents et non urgents.

Les principales difficultés de l'exécution du programme sont liées au recrutement et au maintien en poste du personnel, à la liaison avec les autres fournisseurs de services, à l'absence d'échange de données sur les clients ainsi que d'un suivi systématique des ressources humaines et des données sur la mesure du rendement.

Une vaste gamme de services est offerte et l'accès à ces services est généralement bon. Les membres des collectivités sont dans l'ensemble satisfaits de ces services. En donnant accès à ces services, le programme des SCC permet également de mieux sensibiliser les collectivités à l'autonomie en matière de santé et à la prévention des maladies. L'évaluation a constaté une sensibilisation accrue à la prévention des maladies et à la promotion de la santé chez les Premières Nations. Cependant, elle a également décelé la présence de problèmes liés à l'offre des services en temps opportun, ce qui nuit à la prestation et à la coordination des soins. Ces problèmes découlent des difficultés de dotation en personnel (recrutement et maintien en poste), des problèmes de transport, du peu d'accès aux médecins et aux bases de données provinciales sur la santé et de l'absence d'échange de données sur les clients.

En ce qui concerne la prestation des services de SCC, l'évaluation a permis de constater la présence d'une collaboration et de liens entre les fournisseurs de service. Cela dit, il faut poursuivre les efforts dans ce sens, surtout pour les services liés à la santé mentale, à la physiothérapie et aux soins palliatifs.

Le recrutement et le maintien en poste du personnel représentent un défi important et constant lorsqu'on offre des services de SCC, surtout en ce qui concerne les soins infirmiers. Il s'agit d'un défi pour diverses raisons, notamment la disparité salariale, la pénurie d'infirmières dans tout le Canada, les lourdes charges de travail, l'isolement géographique, l'absence des commodités et du soutien disponibles dans les centres urbains et les questions de sécurité. Aux postes de soins infirmiers, les difficultés de recrutement et de maintien en poste peuvent compromettre la prestation des services, accroître la charge de travail et le niveau de stress des infirmières qui restent et rendre nécessaire le recours aux services coûteux d'infirmières contractuelles venant des agences. Santé Canada a mis en œuvre diverses stratégies pour surmonter ces difficultés. Mais la prestation des services dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées se bute à d'autres obstacles, comme une connexion Internet peu fiable, des problèmes de transport, des coûts d'expédition élevés, un piètre accès à d'autres services et des difficultés pour embaucher et maintenir en poste d'autres types de travailleurs de la santé.

Économie et efficience

Certains projets mis en œuvre servent d'exemples pour démontrer des façons d'améliorer l'efficience de la prestation des services de SCC, lesquelles pourraient être intégrées aux futurs modèles de prestation des soins primaires au sein des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. De meilleures données d'ensemble sur la mesure du rendement favoriseraient davantage le respect des exigences en matière de production de rapports et la réalisation des prochaines évaluations de la prestation des services de soins primaires.

La présente évaluation a permis de constater que l'affectation des ressources financières aux services des SCC repose surtout sur les allocations antérieures et des estimations démographiques dépassées. Les régions doivent compléter annuellement les crédits des services votés pour éponger les déficits.

L'utilisation efficace des ressources est grandement entravée par les éternelles difficultés de dotation en personnel qui entraînent un grand nombre de postes vacants et un roulement de personnel élevé, ce qui nécessite le recours aux services coûteux des agences de soins infirmiers. Les coûts en heures supplémentaires non planifiées, notamment pour prodiguer des soins non urgents après les heures normales de travail, sont également à l'origine d'inefficacités.

La conclusion de plus d'ententes de collaboration avec des partenaires et l'intégration des services ont souvent été mentionnées comme des façons d'accroître l'efficience de l'exécution du programme.

6. Recommandations

Selon les constatations et les conclusions découlant de l'évaluation, un certain nombre de recommandations ont été formulées. Ces recommandations permettront au programme des SCC de progresser plus facilement.

Recommandation n° 1 : Redoubler les efforts liés au recrutement et au maintien en poste des infirmières

Il est reconnu que le recrutement et le maintien en poste du personnel constituent une difficulté importante et constante de la prestation des services de SCC, surtout en ce qui a trait aux soins infirmiers. L'administration centrale de Santé Canada devrait travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ainsi que les postes de soins infirmiers afin de redoubler les efforts consentis actuellement, non seulement pour attirer, mais aussi pour retenir les infirmières dans collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Pour ce faire, il est notamment possible d'évaluer le salaire versé aux infirmières offrant des SCC par rapport à celui des autres fournisseurs de soins de santé (dont les infirmières praticiennes), d'offrir aux nouvelles infirmières des SCC une formation supplémentaire, suivant les besoins, pour s'intégrer à leur poste de prestataire de services de SCC, ainsi que d'élaborer des stratégies pour améliorer le milieu de travail.

Recommandation n° 2 : Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les ministères provinciaux de la Santé pour renforcer la collaboration et améliorer l'échange d'information et les partenariats.

La prestation des services de SCC profiterait de l'établissement de partenariats et d'une collaboration continue entre Santé Canada, les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les régions régionales de la santé, les ministères provinciaux de la Santé, ainsi que les autres ministères et ordres de gouvernement afin de mieux intégrer et de simplifier les services, de même que d'assurer la prestation de services complets et la continuité des soins auprès des membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Ces partenariats et cette collaboration permettraient de simplifier plus facilement le processus d'aiguillage et d'assurer la prestation de soins coordonnés dans les collectivités rurales et éloignées. En outre, l'administration centrale et les régions de Santé Canada devraient surtout travailler avec les provinces pour faciliter l'échange de données et de renseignements entre les réseaux provinciaux de la santé et les postes de soins infirmiers, afin que les membres des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées aient accès à la même continuité des soins que les autres Canadiens.

Recommandation n° 3 : Travailler avec les régions, les collectivités des Premières Nations ainsi que les postes de soins infirmiers pour élaborer et mettre en œuvre une meilleure stratégie de mesure du rendement qui permettra aux régions et à l'administration centrale de mesurer l'atteinte des résultats escomptés et de planifier l'utilisation des ressources ainsi que les besoins en matière de services. Pour ce faire, il faut tenir des dossiers électroniques sur les clients et les services offerts, ainsi que sur tout le personnel des postes de soins infirmiers.

L'instauration d'un système de mesure du rendement plus solide permettra aux régions et à l'administration centrale de mesurer l'atteinte des résultats escomptés et de planifier l'utilisation des ressources et les exigences en matière de services. Au moment d'élaborer une stratégie de mesure du rendement, il faut réviser le modèle logique, les extrants attendus, les résultats escomptés et les indicateurs. Ces indicateurs doivent être mesurables et clairement liés à un résultat escompté. Il faut également bien formuler les responsabilités en matière de collecte et de conservation des données, ainsi que les délais à respecter. En outre, la stratégie de mesure du rendement devrait comprendre des cibles et une méthode pour établir les mesures de référence de chaque résultat escompté. La mesure du rendement peut également prévoir un mécanisme afin d'obtenir les commentaires des collectivités sur leur niveau de satisfaction envers les services de SCC reçus.

L'instauration d'un système uniforme de conservation des dossiers électroniques à tous les postes de soins infirmiers faciliterait la collecte des données qui permettent une bonne gestion des cas, ainsi qu'une planification et une mesure du rendement à l'échelon de la collectivité, de la région et du pays. Un tel système nécessite la collecte de données pertinentes qu'il serait utile, pour les postes de soins infirmiers, de recueillir et de consigner et, pour l'administration centrale et les bureaux régionaux de consulter, de compiler et d'analyser à des fins de production de rapports. L'administration centrale de Santé Canada devrait travailler de concert avec les régions et les collectivités des Premières Nations (y compris le personnel infirmier) pour connaître l'opinion de divers intervenants sur l'ensemble des aspects de la planification, de l'élaboration, de la mise en œuvre, de l'entretien et de la surveillance de tel système. Il peut s'agir notamment de consulter les provinces afin d'évaluer les avantages et la faisabilité d'une intégration aux réseaux provinciaux de la santé. L'étape de la planification et de l'élaboration pourrait également comprendre une étude visant à déterminer s'il est faisable d'accéder aux bases de données et aux logiciels existants pour s'en servir.

La présence d'un système de conservation des dossiers électroniques aux postes de soins infirmiers pourrait éventuellement permettre de conserver les dossiers administratifs des infirmières pour que Santé Canada puisse disposer de renseignements à jour sur ses effectifs aux postes de soins infirmiers, notamment le nombre d'infirmières et d'autres travailleurs de la santé qui travaillent à chaque poste, les postes vacants, les postes dotés par une infirmière contractuelle provenant d'une agence, le niveau de scolarité et la participation à des activités de formation. L'élaboration et la mise en œuvre de ce système, qui devrait se faire en collaboration avec les représentants nationaux et régionaux des RH de Santé Canada, permettront de faciliter encore davantage la gestion et la planification des ressources humaines à l'échelle régionale et nationale.

Annexe 1 : Description détaillée des méthodes de collecte et d'analyse des données

Méthodes de collecte de données

Examen des documents et des données. L'examen des documents et des données a nécessité la consultation de documents et de données clés fournis surtout par Santé Canada. Les documents consultés sont les textes législatifs faisant autorité (lois et règlements); l'AAP et les résultats stratégiques liés aux SCC; les documents stratégiques; les discours du Trône; les Rapports ministériels sur le rendement et les Rapports sur les plans et les priorités de Santé Canada; les budgets fédéraux; les rapports sur la stratégie de mesure du rendement; les documents de reddition de comptes, comme les rapports sur le rendement, les rapports d'étape, les rapports annuels et les vérifications internes; les rapports d'études et de projets spéciaux, ainsi que d'autres documents pertinents. Les données examinées sont notamment les renseignements inscrits dans le Modèle de rapports communautaires, des extraits des registres d'activités des postes de soins infirmiers, ainsi que les dépenses consacrées aux SCC.

Ces documents et données ont été examinés pour en déterminer l'utilité dans le cadre de la présente évaluation, puis ils ont été triés en fonction des questions auxquelles ils se rapportent. À quelques exceptions près, l'examen des documents et des données a permis de répondre à la majorité des questions d'évaluation. Voici les critères d'exclusion et d'inclusion ayant servi à évaluer la pertinence des documents et des données.

Critères d'inclusion

- Le document ou les données portent sur au moins une question d'évaluation dont la source de données est un examen des documents et des données.
- Le document ou les données répondent au critère susmentionné et font état des services de SCC au cours de la période d'évaluation, soit du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2012. Cela dit, tout document antérieur portant sur une évaluation pertinente de ces services sera inclus afin de déterminer si des modifications ou des améliorations ont été apportées aux services à la suite de cette évaluation.
- Les données ou documents offrent une synthèse se rapportant aux mesures de rendement définies. Les données doivent être complètes et cumulatives; elles doivent pouvoir être transmises par voie électronique et en temps opportun, compte tenu des contraintes de temps de l'évaluation.

Critères d'exclusion

- Le document ou les données ont trait à des activités antérieures au 1^{er} avril 2005, à l'exception de ceux mentionnés aux critères d'inclusion.
- Les données sont partielles et se rapportent seulement à certains aspects d'une mesure du rendement (p. ex. faisait état d'un seul poste de soins infirmiers dans une région donnée).
- Toute grande quantité de données brutes qui n'ont pas fait l'objet d'une synthèse (c'est-à-dire qui nécessite une saisie, une organisation, un traitement et une analyse).
- Toute grande quantité de rapports annuels rédigés par le bénéficiaire qui concernent tous les aspects des activités de ce dernier, y compris celles dépassant le cadre des SCC. Il faudrait examiner chaque rapport de chaque année pour y déceler les données pertinentes.

En tenant compte des lacunes relevées en matière de renseignements, des documents et bases de données supplémentaires ont été demandés et reçus sur plusieurs semaines (p. ex. Reconnaître les forces — Bâtir pour l'avenir : Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations — analyse documentaire, des propositions et des notes d'information sur

divers projets de collecte de données sur les soins infirmiers). En tout, environ 210 documents ont fait partie de l'examen final, dont 15 sont des ensembles de données.

Analyse documentaire

À l'aide de termes de recherche prédéfinis, une première analyse documentaire a été menée afin de déterminer dans quelle mesure les ouvrages pouvaient être utiles pour traiter les questions d'évaluation. L'analyse documentaire a surtout permis d'examiner les questions liées à l'économie et à l'efficacité. Des termes pertinents ont été ajoutés à la liste à mesure du déroulement de l'analyse. Une fois cette première analyse terminée, la portée de l'examen a été établie de façon définitive, en consultation avec la Direction de l'évaluation. L'analyse documentaire a surtout porté sur les revues à comité de lecture (scientifiques et universitaires) et la documentation parallèle pertinente (journaux et sites Web). Le résumé des principaux articles et rapports a été étudié pour en déterminer la pertinence, et leurs bibliographies ont servi à déterminer les autres documents à examiner. Sur les 40 documents pertinents examinés en profondeur, 22 ont été retenus pour l'analyse documentaire finale. Les documents, ensembles de données ou ouvrages documentaires ont été entrés dans une bibliothèque Zotero étudiés et analysés plus à fond. Zotero est un logiciel qui permet à ses utilisateurs de gérer des documents et autres sources avec beaucoup d'efficacité. Le programme génère automatiquement des citations et des listes de référence. Pour de plus amples renseignements, consulter <http://www.zotero.org/>.

Entrevues auprès d'informateurs clés

Cet exercice a consisté à mener des entrevues téléphoniques auprès d'intervenants clés choisis parmi le personnel régional de Santé Canada qui travaille dans les régions offrant les services de SCC aux collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, ainsi que parmi les employés de l'administration centrale. Santé Canada a fourni une liste de 65 personnes qui connaissent les services de SCC et qui prennent part à leur prestation. Les participants ont été sélectionnés de façon à assurer une bonne représentation des intervenants de chaque région et à inclure des représentants régionaux et nationaux de la direction, des ressources humaines, du groupe des infirmières éducatrices, des modes de financement en matière de santé et des finances. Les intervenants régionaux sont notamment des directeurs régionaux, des directeurs régionaux des soins infirmiers, des agents régionaux des soins infirmiers, des infirmières gestionnaires régionales, des directeurs de zone, des infirmières éducatrices ou consultant régionales, des agents des ressources humaines, des agents régionaux des finances et du personnel chargé des modes de financement en matière de santé. De leur côté, les intervenants de l'administration centrale sont des représentants des domaines des finances, des ressources humaines et des services infirmiers.

Quatre séries de guides d'entrevue ont été rédigées selon le champ de compétences des groupes de participants et selon les questions d'évaluation pertinentes que chaque groupe devait aborder. Ces guides ont été élaborés en consultation avec la Direction de l'évaluation et le Groupe de travail chargé de l'évaluation (GTE) des services de SCC. Les quelques premières entrevues ont servi à tester les guides d'entrevue; vu la longueur de ces entrevues, plusieurs questions ont été supprimées et d'autres, raccourcies ou simplifiées afin de respecter la durée maximale prévue de chaque entrevue, soit de 1 à 1,5 heure²⁸.

Les directeurs régionaux ont reçu une lettre du bureau du directeur général de Santé Canada pour les informer de l'évaluation et du processus d'entrevues, de même que pour leur demander d'aviser leurs employés qu'ils pourraient être invités à passer une entrevue. Les informateurs clés ont ensuite été contactés pour que l'entrevue téléphonique puisse être menée au moment qui leur convenait. Les

²⁸ Par exemple, il a été décidé que les questions portant sur l'harmonisation avec les priorités ainsi que les rôles et responsabilités du gouvernement du Canada pourraient être correctement traitées par l'examen des documents; par conséquent, ces questions ont été enlevées des guides d'entrevue et n'ont pas été traitées dans le cadre des entrevues.

participants ont reçu le guide d'entrevue à l'avance pour leur permettre de préparer leurs réponses. Les entrevues ont été enregistrées sur support numérique, avec la permission des participants; en outre, les personnes interviewées ont reçu une copie des notes d'entrevue à conserver afin qu'ils puissent y apporter des modifications ou des ajouts, au besoin.

Sept personnes, surtout des représentants des finances ou des modes de financement en matière de santé, ont dit avoir peu ou pas du tout affaire aux services de SCC et ont décidé de ne pas participer aux entrevues. Quelques autres n'étaient pas disponibles, pour diverses raisons (charge de travail, départ à la retraite, mutation ou congé de maladie).

En tout, 38 entrevues ont été menées auprès de 47 participants; toutefois, un participant a révélé au moment de l'entrevue n'occuper son poste que depuis peu et ne pas être en mesure de répondre aux questions. Les 37 autres entrevues ont donc été menées auprès de 46 participants provenant des groupes d'intervenants indiqués ci-dessous.

Participants aux entrevues selon le groupe d'intervenants		
Administration centrale (n = 4) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 1– Directeur, Division des soins primaires ▶ 2– Infirmières-conseils ▶ 1– Représentant de la planification en matière de gestion financière 	Bureaux régionaux (n = 42) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 8– Directeurs régionaux et représentants de bureau régional ▶ 5– Directeurs des soins infirmiers, agents régionaux des soins infirmiers et directeur, Soins primaires et Bureau des services infirmiers ▶ 7– Infirmières éducatrices ou consultantes régionales ▶ 6– Infirmières gestionnaires régionales ou gestionnaires des services professionnels ▶ 3– Directeurs de zone et directeurs adjoints de zone ▶ 5– Représentants des ressources humaines ▶ 4– Agents et gestionnaires des finances ▶ 2– Employés chargés des modes de financement en matière de santé ▶ 1– Agent de programme ▶ 1– Infirmière responsable 	Représentation régionale (n = 46) <ul style="list-style-type: none"> ▶ 8– Québec ▶ 9– Ontario ▶ 5– Manitoba ▶ 10– Saskatchewan ▶ 5– Alberta ▶ 5– Colombie-Britannique ▶ 4– Administration centrale

Analyse : Les notes d'entrevue complètes ont été importées dans le logiciel d'analyse de données qualitatives NVivo en vue de leur analyse. Nvivo permet à l'utilisateur de coder le contenu en fonction de certaines catégories. Dans le cadre des entrevues auprès des informateurs clés, il a donc fallu coder, puis organiser les réponses des intervenants selon les principales questions fondamentales et questions d'évaluation. Cet exercice a permis d'analyser les réponses de façon beaucoup plus efficace et efficiente afin de cerner les similitudes et les divergences d'opinions.

Les entrevues auprès des informateurs clés reposent sur des questions ouvertes qui ne permettent généralement pas aux répondants de répondre simplement par oui ou non; ils sont plutôt invités à formuler une réponse réfléchie à une série de questions à partir de leurs connaissances et de leurs observations. Puisque le but premier de ces entrevues qualitatives auprès des informateurs est de mieux comprendre un processus ou un problème, elles ne permettent pas de comptabiliser les réponses obtenues. Cela dit, afin de mettre les réponses dans un certain contexte, l'échelle descriptive suivante a été utilisée pour indiquer le nombre approximatif d'informateurs clés ayant donné la même réponse. Ainsi, « quelques » représente environ 10-15 % ou moins des répondants, « certains » représente plus de 15 % et jusqu'à environ 40 % des répondants, « de nombreux » représente plus de 40 % et jusqu'à environ 60 % des répondants, alors que « la plupart » représente plus de 60 % et jusqu'à environ 80 % des répondants et « presque tous », plus de 80 % des répondants.

Quelques	Certains	De nombreux	La plupart	Presque tous
----------	----------	-------------	------------	--------------

Sondage auprès des intervenants

Dans le cas du sondage, l'intention première était de le mener en ligne ou à la fois en ligne et au téléphone. Cependant, une discussion avec les représentants régionaux de Santé Canada menée à la réunion de lancement du processus d'évaluation a mis en lumière les problèmes de connexion Internet que vivent de nombreuses collectivités des Premières Nations éloignées et isolées. Par conséquent, après consultation avec la Direction de l'évaluation et le GTE, il a été décidé de mener le sondage par téléphone seulement afin d'obtenir le plus grand nombre possible de réponses.

Trois groupes ont été ciblés pour ce sondage :

- les fournisseurs internes des services de SCC : infirmières autorisées (IA), infirmières praticiennes (IP), infirmières auxiliaires autorisées (IAA), infirmières auxiliaires immatriculées (IAI), techniciens en pharmacie, techniciens de laboratoire ou en radiologie et médecins de santé publique.
- les bénéficiaires externes : chefs de conseil de bande ou directeurs du portefeuille de la Santé en tant que mandataires des bénéficiaires.
- les fournisseurs externes des services de SCC : médecins de famille, spécialistes, services d'ambulance aérienne, hôpitaux fédéraux et provinciaux et centres de réadaptation.

Cependant, après la mise à l'essai du questionnaire (décrite plus loin), et en consultation avec la Direction de l'évaluation, plusieurs modifications ont été apportées aux groupes du sondage représentant les fournisseurs internes et externes des services de SCC.

De concert avec la Direction de l'évaluation et le GTE, des questionnaires ont été élaborés pour chacun des trois groupes d'intervenants. L'élaboration des questionnaires s'est également fondée sur l'information obtenue lors des entrevues auprès d'informateurs clés, ainsi que par l'examen des documents et des données et l'analyse documentaire.

Santé Canada n'a pas été en mesure de fournir un échantillon complet de tous les fournisseurs internes des services de SCC à chaque poste de soins infirmiers, parce que les données sur les infirmières des SCC employées par les agences ou par les bandes ayant conclu une entente de transfert et gérant elles-mêmes les postes de soins infirmiers sont soit incomplètes soit inaccessibles. Santé Canada ne dispose pas non plus d'une liste complète de tous les fournisseurs externes des services de SCC ni d'information sur les intervenants externes qui offrent des services dans les collectivités ayant conclu une entente de transfert. Par conséquent, l'échantillon du sondage a été conçu de la façon suivante pour chaque groupe d'intervenants :

- **Fournisseurs internes des services de SCC :** Le cadre d'évaluation fait état d'un sondage auprès de tous les fournisseurs de services internes aux postes de soins infirmiers. Comme mentionné précédemment, Santé Canada n'avait pas de liste de noms à fournir pour former l'échantillon, et il a fallu élaborer cette liste dans le cadre du processus de sondage. Santé Canada a cependant fourni le numéro de téléphone des 86 postes de soins infirmiers situés dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées pour que l'infirmière gestionnaire (ou l'infirmière responsable) puisse être jointe. Au départ, en raison des contraintes de temps du processus de sondage, l'objectif était de communiquer avec un poste de soins infirmiers sur deux à partir de la liste fournie. Toutefois, cette façon de faire s'est rapidement révélée inefficace en raison de la non-disponibilité de l'infirmière gestionnaire au moment de l'appel. Pour obtenir l'échantillon voulu, il a donc fallu utiliser toute la liste des 86 postes de soins infirmiers.

Le reste de l'échantillon des fournisseurs de services internes a été obtenu en demandant aux infirmières gestionnaires contactées de fournir des noms d'employés dans le cadre du questionnaire. Après la mise à l'essai du questionnaire, décrite plus bas, l'échantillon visé a été modifié : plutôt que tous les fournisseurs internes des services de SCC, seules les infirmières des SCC ont été retenues. Les infirmières gestionnaires des 57 postes de soins infirmiers contactés ont fourni le nom de 144 infirmières.

- **Bénéficiaires externes :** Santé Canada a également fourni le nom et le numéro de téléphone de 83 chefs de bande des collectivités des Premières Nations éloignées et isolées dotées d'un poste de soins infirmiers, pour que le chef ou toute personne autorisée à parler en son nom puisse être invité à prendre part au sondage. Ces répondants sont appelés représentants de bande.
- **Fournisseurs externes des services de SCC :** Le cadre d'évaluation prévoit un sondage auprès de tous les fournisseurs externes des services de SCC. Cependant, les discussions préliminaires tenues avec les représentants régionaux de Santé Canada ont permis de constater que les bureaux de la DGSPNI ne tiennent pas à jour une liste de fournisseurs de service externes et n'ont pas accès aux noms de ceux auxquels les postes de soins infirmiers ont recours dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées ayant conclu une entente de transfert. Par conséquent, afin d'accélérer le processus vu les délais impartis à l'évaluation, le GTE a décidé de demander aux directeurs régionaux le nom d'au moins quatre fournisseurs externes dans leur région. Toutefois, en Saskatchewan et au Québec, où la plupart des collectivités des Premières Nations ont conclu une entente de transfert, les infirmières gestionnaires ont également été invitées à fournir un nom lors du sondage. Ainsi, le bureau régional de la DGSPNI en Saskatchewan a été en mesure de donner le nom de plusieurs personnes à contacter. Après discussion avec le GTE, il a été déterminé que les services d'ambulance aérienne offrent surtout des services de transport et ne connaissent pas suffisamment les services de SCC offerts dans les collectivités pour répondre aux questions du sondage. C'est pourquoi le sondage auprès des fournisseurs de service externes n'inclut pas les fournisseurs de services d'ambulance aérienne. Les représentants régionaux ont fourni le nom de 21 fournisseurs de services externes pouvant être contactés dans le cadre du sondage²⁹. Seuls deux noms ont été obtenus des infirmières gestionnaires en Saskatchewan et au Québec, dont un avait déjà été fourni par la région; dans la plupart des cas, les infirmières gestionnaires ne connaissaient pas le nom ou les coordonnées des fournisseurs de service ou ne pouvaient donner que le nom de l'organisation, sans préciser la personne-ressource à contacter.

Avant le sondage, les candidats participants ont reçu une communication du bureau de Santé Canada de leur région, soit par courriel ou par télécopieur, pour les informer de l'évaluation et de la possibilité d'être appelé à y participer en répondant à un bref questionnaire. Le sondage a été effectué au téléphone en français et en anglais. Les infirmières ont été jointes entre le 26 octobre et le 15 novembre, tandis que les représentants de bande l'ont été entre le 29 octobre et le 16 novembre et les fournisseurs de service externes, entre le 5 et le 22 novembre. Le sondage auprès des infirmières gestionnaires durait de 20 à 40 minutes, voire davantage parce qu'il fallait recueillir des renseignements sur le personnel; les sondages auprès des autres infirmières ne prenaient que de 10 à 20 minutes.

²⁹ Parmi les noms fournis par une région, un seul concernait une organisation, et non une personne précise. Ce nom ne fait pas partie des 21 mentionnés.

Les sondages ont été effectués au téléphone à l'aide de CC3 (*Interviewer*), système informatisé d'interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO) standard à l'industrie de l'entreprise VOXCO³⁰. Les premières entrevues ont servi de mise à l'essai du questionnaire pour vérifier la clarté des questions et le temps nécessaire. Après cet essai, plusieurs modifications ont été apportées au questionnaire destiné aux infirmières gestionnaires, ainsi qu'à la population cible des fournisseurs de services internes. L'idée de départ était de demander aux infirmières gestionnaires de fournir le nom de tous les travailleurs de la santé offrant des services de SCC, y compris les infirmières et d'autres types de fournisseurs (p. ex. techniciens en pharmacie, technologues de laboratoire et aides-soignants). Mais cette demande prenait énormément de temps pour les infirmières gestionnaires. Il a donc été décidé, après consultation de la Direction de l'évaluation, de ne demander que le nom des infirmières qui prodiguent des soins primaires urgents et non urgents. Cette modification a facilité le sondage en optimisant le temps demandé aux infirmières gestionnaires. De plus, le fait que seules les infirmières des SCC étaient visées a permis de faire en sorte que les questions s'adressent directement aux fournisseurs de soins de santé détenant l'information la plus pertinente au sujet des services de SCC. En outre, grâce à la mise à l'essai du questionnaire, plusieurs questions ouvertes ont été modifiées pour devenir des questions fermées, ce qui a permis de simplifier encore davantage le processus et de réduire le temps requis pour mener le sondage. Une fois que tous les questionnaires ont été établis de façon définitive, ils ont été traduits en français.

Format et analyse du questionnaire : Les infirmières ont été invitées à répondre aux questions en fonction du poste de soins infirmiers pour lequel elles travaillent à l'heure actuelle (soit celui où elles ont été contactées pour le sondage). Pour leur part, les représentants de bande ont été invités à répondre aux questions en fonction du ou des postes de soins infirmiers présents dans leur collectivité. Les fournisseurs de service externes devaient répondre en fonction des postes de soins infirmiers auxquels ils offrent des services de SCC. La plupart des questions ont été conçues pour susciter une courte réponse grâce au choix de réponses fourni, celles-ci pouvant être quantifiées en vue de la présentation des résultats. Pour certaines questions, les répondants devaient fournir une réponse sur une échelle de 1 à 5. Tous les intervenants ont également été invités à répondre à plusieurs questions ouvertes pour leur donner la possibilité d'exprimer verbalement leurs divers points de vue. Les réponses textuelles ont d'abord été examinées pour cerner les tendances et en dégager des thèmes ou des catégories, puis elles ont été codées selon ces thèmes ou catégories. Ainsi, il a été plus facile de quantifier les réponses obtenues. Enfin, les données du sondage ont été analysées par l'entremise du SPSS (logiciel d'analyse statistique) à l'aide de tableaux statistiques et de statistiques descriptives.

Le registre des appels faits aux infirmières et aux représentants de bande est présenté au tableau 3. En tout, 57 infirmières gestionnaires de 86 postes de soins infirmiers ont été contactées et sondées, ce qui donne un taux de réponse de 66 % pour ce volet du sondage. Puis, 93 des 144 infirmières nommées par les infirmières gestionnaires ont été à leur tour sondées, soit un taux de réponse de 65 % (taux de réponse calculé en fonction des 143 numéros admissibles; un numéro n'était plus en service au moment de l'appel). Santé Canada a fourni le nom de 83 chefs de bande, dont 26 ont été sondés, ce qui donne un taux de réponse de 31 %³¹. Il s'agit de bons taux de réponse compte tenu du temps disponible pour mener les sondages (environ trois semaines chacun) et du temps nécessaire pour constituer l'échantillon des infirmières. Dans tous les groupes d'intervenants, les participants ont dû être appelés à plusieurs reprises pour atteindre de tels taux de réponse.

³⁰ Ce logiciel permet d'effectuer une collecte de données efficace et fiable parce que les intervieweurs peuvent saisir directement dans le serveur les réponses des participants, lesquelles sont ainsi stockées en lieu sûr sous forme électronique et peuvent être analysées subséquentement. Il offre également un enchaînement logique automatique selon les réponses du participant aux questions, l'ordonnement des rappels automatiques et le suivi électronique des réponses.

³¹ Bien qu'il existe 86 postes de soins infirmiers dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, le nom de 83 chefs de bande a été fourni, puisque plusieurs bandes comptent plus d'un poste.

Registre des appels et réponses au sondage sur les SCC par les infirmières et les représentants de bande (chefs de bande)			
Résultat	Infirmières		Représentants de bande
	Infirmières gestionnaires	Autres infirmières des SCC	
	n	n	n
A. Nombre total	86	144	83
B. Pas en service	0	1	0
C. Nombre total admissible	86	143	83
D. Entrevues réalisées	57	93	26
Taux de réponse	%	%	%
Taux de réponse (D/C)	66 %	65 %	31 %

*Un poste de soins infirmiers de l'Ontario ajouté à l'échantillon initial n'a pas été appelé.

Le tableau ci-après illustre la représentation régionale des répondants au sondage, en présentant le taux de réponse par région pour les postes de soins infirmiers. Le taux de réponse des infirmières gestionnaires était élevé dans la plupart des régions (de 59 % à 100 %), à l'exception du Québec, qui affiche un taux de réponse des infirmières gestionnaires de 18 %. Le tableau illustre également le nombre d'infirmières nommées par les infirmières gestionnaires, par région, ainsi que le nombre d'infirmières sondées. Encore une fois, le taux de réponse des infirmières était élevé (de 57 % à 80 %) dans toutes les régions, sauf au Québec. Si l'on compte les 57 infirmières gestionnaires et les 93 autres infirmières, ce sont 150 infirmières qui ont été sondées en tout.

Nombre d'infirmières gestionnaires et d'infirmières sondées par région						
Région	Postes de soins infirmiers			Infirmières nommées par les infirmières gestionnaires		
	Nombre de postes de soins infirmiers	Nombre d'infirmières gestionnaires sondées	Pourcentage de postes contactés	Nombre d'infirmières nommées par les gestionnaires	Nombre d'infirmières sondées	Pourcentage d'infirmières sondées
Alberta	5	5	100 %	7	4	57 %
Manitoba	22	13	59 %	31	18	58 %
Ontario	27	21	78 %	61	38	62 %
Colombie-Britannique	9	7	78 %	10	8	80 %
Québec	11	2	18 %	1	0	0 %
Saskatchewan	12	9	75 %	34	25	74 %
Total	86	57	66 %	144	93	65 %

*Nota : Ne comprend que les infirmières des 57 postes de soins infirmiers contactés; ne représente pas l'ensemble des infirmières des SCC des 86 postes de soins infirmiers.

Le tableau ci-dessous présente le taux de réponse des représentants de bande, par région, selon le nombre de chefs de bande de collectivités des Premières Nations éloignées et isolées dont les coordonnées ont été obtenues de Santé Canada, par région. Le taux de réponse varie de 0 % en Alberta à 45 % au Québec.

Nombre de représentants de bande sondés par région			
Région	Nombre de représentants de bande nommés par Santé Canada	Nombre sondé	Pourcentage de représentants de bande sondés
Alberta	3	0	0 %
Manitoba	22	8	36 %
Ontario	28	6	21 %
Colombie-Britannique	9	4	44 %
Québec	11	5	45 %
Saskatchewan	10	3	30 %
Total	83	26	31 %

Cinq des 22 fournisseurs de service externes contactés ont été sondés, soit un taux de réponse de 23 %. Vu le peu de réponses obtenues de ces participants, ces réponses ont été intégrées de manière descriptive aux constatations du rapport techniques du sondage; aucun tableau n'a été établi pour les fournisseurs de service externes. Voici le profil de ces cinq répondants :

- Quatre répondants disent offrir des services aux postes de soins infirmiers exploités par Santé Canada et les bandes, alors qu'un dit n'offrir des services qu'aux postes de soins infirmiers exploités par Santé Canada.
- Trois répondants sont médecins, soit deux généralistes et un spécialiste offrant leurs services aux postes de soins infirmiers. Les deux autres sont des représentants d'organismes qui offrent des services de médecins et d'autres professionnels de la santé; les deux disent offrir des services en médecine générale et spécialisée.
- Les cinq répondants disent offrir une gamme de services aux postes de soins infirmiers.
 - Les cinq répondants offrent des soins urgents et non urgents par téléphone.
 - Quatre des cinq répondants se rendent au poste de soins infirmiers pour voir les patients.
 - Un des cinq répondants offre des soins urgents et non urgents par Internet.
 - Quatre des cinq répondants offrent des services hospitaliers.
 - Trois des cinq répondants offrent des services de réadaptation.
 - Deux des cinq répondants offrent des services d'ambulance aérienne.

Annexe 2 : Références

AADNC (2011). *Poursuivre sur la lancée : Troisième rapport du gouvernement du Canada en réponse à la Loi de mise en œuvre de l'Accord de Kelowna (2010-2011)*. Consulté le 18 janvier 2013, à <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1315228813855/1315229902908>.

Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (2011).

Baker, R. et Denis, J.-L. (2011). *Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada*. Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé.

Birks, M., Mills, J., Francis, K., Coyle, M., Davis, J. et Jones, J. (2010). *Models of health service delivery in remote or isolated areas of Queensland: a multiple case study*, 28(1), 25-34.

Centre de gouvernement de l'information des Premières Nations (2005). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003. Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations*. Consulté à http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHS_2002/rhs2002-03-technical_report.pdf (en anglais seulement).

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS), phase 2 (2008-2010). Rapport national sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés des Premières Nations*. (Ottawa: Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, juin 2012).

DGSPNI (2011). Recueil des programmes 2011-2012.

DGSPNI (2012a). Activités de surveillance finales des programmes et des SCC pour les PNI.

DGSPNI (2012b). Rapport sur le rendement des services infirmiers et de soins primaires communautaires, de 2006-2007 à 2009-2010.

DGSPNI (2012c). *Reconnaître les forces — Bâtir pour l'avenir : Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations*. Recherche primaire et secondaire.

DGSPNI (2012d). Analyse environnementale des activités de formation régionales et des pratiques exemples connexes dans le cadre de la vérification des services infirmiers liés aux soins primaires du BVR.

DGSPNI (2012e). Région du Manitoba et SCC : résumé des 21 collectivités.

DGSPNI (2012f). Nombre de postes infirmiers vacants (ETP) en soins primaires au sein de la DGSPNI par région, rapport trimestriel, mars 2011 à mars 2012.

DGSPNI (2012g). *Reconnaître les forces – Bâtir pour l'avenir : Modèles de prestation des soins de santé primaires dans les communautés éloignées et isolées des Premières Nations – rapport final et recommandations*.

DGSPNI (2012h). Affectations pour assurer l'intégrité des programmes de soins infirmiers 2009-2012.

DGSPNI (2012i). Rapport final sur la surveillance du programme des SCC pour les PNI, par région.

DGSPNI et DMUST (2011). Gestion du stress en cas d'incident critique : rapport sommaire annuel, avril 2010 à mars 2011.

DGSPNI, rapport non publié (2010). Modèle de rapports communautaires – Rapport cumulatif 2009-2010 (partie 6).

DGSPNI, rapport non publié (2011). *Modèle de rapports communautaires – Rapport cumulatif 2010-2011 (partie 6)*.

Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers (2012). *La main-d'œuvre infirmière : Fiche d'information de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières et d'infirmiers*. Consulté à http://www.fcsii.ca/sites/default/files/2013.backgrounder.nursing_workforce.fr_.pdf.

Gao, S., Manns, B., Culleton, B., Tonelli, M., Quan, H., Crowshoe, L., ... Hemmelgarn, B. (2008). *Access to health care among status Aboriginal people with chronic kidney disease*. CMAJ, 179(10), 1007-1012.

Gouvernement du Canada (1867). *Loi constitutionnelle de 1867*. Consulté à <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/Const/page-1.html>.

Gouvernement du Canada. (1876). *Loi sur les Indiens*. Consulté à <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/I-5.pdf>

Gouvernement du Canada. (1984). *Loi canadienne sur la santé*. Consulté à <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>.

Gouvernement du Canada. (2011). Discours du Trône : 2011. Consulté le 4 juillet 2012 à <http://www.parl.gc.ca/Parlinfo/Documents/ThroneSpeech/41-1-f.html>.

Harris, S., Naqshbandi, M., Bhattacharyya, O., Hanley, A., Esler, J. et Zinman, B. (2011). *Major gaps in diabetes clinical care among Canada's First Nations: Results of the Circle study*. Diabetes Research and Clinical Practice, 92, 272-279.

Institut canadien d'information sur la santé (2013). *Infirmières réglementées : tendances canadiennes, 2007 à 2011*. Consulté à <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?locale=fr&pc=PCC449>.

Kulig, J. (2005). *The nature of rural & remote nursing*. « Fact sheet 2: What educational preparation do nurses need for practice in rural and remote Canada? ». Consulté à <http://www.carrn.com/files/factsheet2.pdf> (en anglais seulement).

LTSC. (2010). *Funding adequacy for the NITHA partners*.

Ministère des Finances (2009). Budget 2009.

Ministère des Finances (2012). *Emplois, croissance et prospérité à long terme : le plan d'action économique de 2012*. Consulté à <http://www.budget.gc.ca/2012/plan/pdf/Plan2012-fra.pdf>

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2012). *Resource Manual for Registered Nurses (Certified)*. Consulté à <http://www.health.gov.bc.ca/msp/infoprac/registered-nurses/registered-nurses-certified-manual.pdf> (en anglais seulement).

Misener, R. M., MacLeod, M. L. P., Banks, K., Morton, A. M., Vogt, C. et Bentham, D. (2008). « "There's rural, and then there's rural": Advice from nurses providing primary healthcare in northern remote communities ». *Nursing Leadership*, 21(3), 54-63.

NCCAHA. (2011). *À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé de 1970 à 2008 : projet de synthèse des politiques*. Consulté à [http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20\(French%20-%20Web\).pdf](http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/28/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20(French%20-%20Web).pdf).

Rygh, E. et Hjortdahl, P. (2007). « Continuous and integrated health care services in rural areas. A literature study ». *Rural and Remote Health*, 7, 766.

Santé Canada (2005). Mandat et priorités. Consulté le 21 juin 2012 à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php>.

- Santé Canada (2010a). Vérification des soins primaires – services infirmiers : rapport final.
- Santé Canada (2010b). *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires* – Premières Nations et Inuits – Santé Canada. Consulté le 21 janvier 2013 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/nurs-infirm/clini/index-fra.php>.
- Santé Canada (2011b). Architecture d'activités de programmes et cadre de mesure du rendement.
- Santé Canada (2011c). Utilisation des services de soins cliniques et aux clients dans les postes de soins infirmiers de l'Alberta.
- Santé Canada (2011d). Stratégie de recrutement et de rétention de personnel infirmier dans le Nord.
- Santé Canada (2012a). Appel d'offres – Évaluation sommative pour les soins cliniques et aux clients, DGPSNI.
- Santé Canada (2012b). *Fiche d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits*. Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
- Santé Canada (2012c). *Rapport sur les plans et les priorités 2012-2013*. Consulté à <http://www.tbs-sct.gc.ca/rpp/2012-2013/inst/shc/shc-fra.pdf>.
- Santé Canada (2012d). Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Consulté le 18 janvier 2013 à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php>.
- Santé Canada (2012e). *Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits : un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*.
- Santé Canada (2012f). Système de soins de santé – Page principale – Santé Canada. Consulté le 19 décembre 2012 à <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/index-fra.php>.
- Santé Canada (2012g). Services de radiologie dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées : rapport préliminaire.
- Saskatchewan Registered Nurses' Association (2012, hiver). « Optimizing the Role of the Registered Nurse ». *News Bulletin*, Volume 14, numéro 1, hiver 2012, p. 18.
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (2009). *Directive sur la fonction d'évaluation*. Consulté le 3 décembre 2012 à <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-eng.aspx?id=15681§ion=text#appA>.
- Shan, B., Gunraj, N. et Hux, J. (2003). « Markers of Access to and Quality of Primary Care for Aboriginal People in Ontario, Canada ». *Research and Practice*, 93(5).
- Shields, M. et Wilkins, K. (2009). *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*. Volet du catalogue de Statistique Canada n° 82-003-X.
- Statistique Canada (n.d.). *Peuples autochtones du Canada : profil démographique*. Consulté le 22 janvier 2013 à http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/abor/canada_f.cfm.
- Statistique Canada. (2007). *Santé et bien-être des Autochtones*. Statistique Canada.
- Stewart, N. et MacLeod, M. L. P. (2005). *The nature of rural & remote nursing fact sheet 3: RNs in nurse practitioner positions in rural and remote Canada*. Consulté à <http://www.carrn.com/files/factsheet3.pdf> (en anglais seulement).
- Wakeman, J., Humphreys, J., Wells, R., Kuipers, P., Entwistle, P. et Jones, J. (2008). *Primary health care delivery models in rural and remote Australia – a systematic review*. BioMed Central.

Wakerman, J., Humphreys, J., Wells, R., Kuipers, P., Jones, J., Entwistle, P. et Kinsman, L. (2009).
« Features of effective primary health care models in rural and remote Australia: a case-study analysis ».
Models of Care, 191, 88-91.