



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

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

SANTÉ MENTALE ET LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS ET LES INUITS

ÉVALUATION GROUPÉE

2005/06 ET 2009/10

Rapport final

Septembre 2012

Canada 

Remerciements

Nous aimerions remercier les représentants des communautés et tous les répondants clés qui ont participé à l'évaluation, ainsi que les membres du comité directeur de l'évaluation et du comité consultatif de l'évaluation.

Table des matières

Réponse et plan d'action de la direction 2012/13	ii
Sommaire	viii
1.0 Objectives de l'évaluation	1
2.0 Description du groupe de la santé mentale et la Lutte Contre les toxicomanies	1
2.1 Profil du groupe de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies	2
2.2 Modèle logique de programme et description	3
2.3 Autorisation de programme et ressources.....	6
3.0 Description de la l'évaluation	7
3.1 Portée de l'évaluation	7
3.2 Approche de l'évaluation.....	8
3.3 Conception de l'évaluation	8
3.3.1 Échantillon dans la communauté.....	9
3.3.2 Participants à l'évaluation	9
3.4 Méthodes de collecte de données.....	10
3.5 Limites à la réalisation de l'évaluation et stratégies d'atténuation	11
4.0 Principales constatations.....	12
4.1 Pertinence.....	12
4.1.1 Question fondamentale n° 1 : Nécessité de poursuivre les programmes	12
4.1.2 Question fondamentale n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	17
4.1.3 Question fondamentale n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	19
4.2 Rendement	20
4.2.1 Question fondamentale n° 4 : Atteinte de résultats immédiats	20
4.2.2 Question fondamentale n 4 : Atteinte des résultats intermédiaires	33
4.2.3 Question fondamentale n° 4 : Atteinte des résultats à long terme	45
4.2.4 Question fondamentale n° 5 : Évaluation de l'économie et de l'efficience	47
5.0 Conclusions.....	52
5.1 Pertinence.....	52
5.2 Rendement	53
6.0 Recommandations.....	56
Annexe A – Stratégie d'échantillonnage des communautés.....	59
Annexe B – Annexe technique	61
Références bibliographiques.....	64

RÉPONSE ET PLAN D'ACTION DE LA DIRECTION 2012/13

Santé mentale et lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits — Évaluation du groupe 2005/06—2009/10

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats et livrables	Responsable(s)	Date d'achèvement prévue
<p>Recommandation 1</p> <p>Renforcer le continuum de services de SMLT offerts aux individus, aux familles et aux communautés inuites et des Premières nations.</p>	<p>La direction approuve cette recommandation.</p> <p>Au printemps 2012, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), avec l'appui financier de Santé Canada, a publié sa stratégie en matière de santé mentale pour le Canada, qui a pour thème « Changer les orientations, changer des vies ». Cette stratégie vise six domaines d'action prioritaires, notamment la mise en place d'un ensemble coordonné de services de mieux-être mental destinés aux Premières nations et aux Inuits et offerts par ceux-ci. Cette recommandation correspond au premier objectif du Plan d'action stratégique pour le bien-être mental des Premières Nations et les Inuits ainsi que du plan d'action Alianait sur le mieux-être mental, qui ont tous deux été élaborés en partenariat avec Santé Canada.</p> <p>Par ailleurs, la Direction générale a récemment mis au point un plan stratégique qui orientera nos activités au cours des cinq à dix prochaines années. Ce plan stratégique énonce également le besoin de créer une vision globale des services de santé mentale permettant de renforcer les programmes de mieux-être mental déjà en place en cernant des occasions de miser sur les forces des communautés et sur leur prise en charge des ressources. Dans le cadre de ces travaux, le secteur des programmes de mieux-être mental réalise les activités ci-après.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collaborer avec l'Assemblée des Premières nations APN et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) afin d'élaborer un cadre de mise en place d'un continuum de services de mieux-être mental pour les Premières Nations et les Inuits. Ce cadre décrira des occasions de miser sur les forces des communautés et sur leur prise en charge des ressources pour renforcer le continuum de services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies offert aux individus, aux familles et aux communautés des Premières Nations et les Inuits. Cette activité constitue une étape importante pour réduire les lacunes qui existent dans les services de soutien en santé mentale offerts aux Premières Nations et aux Inuits, et elle aidera à doter la Direction générale d'une position stratégique qui lui permettra de répondre aux besoins réguliers et aux pressions anticipées. 	<p>Continuum de services chez les Premières Nations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mise au point d'un cadre lié au continuum de services de mieux-être mental chez les Premières nations, qui inclura la détermination des lacunes dans les services. Le bureau national et les bureaux régionaux établiront, mettront en œuvre et contrôleront des stratégies visant à examiner et à améliorer le continuum de services de SMLT à l'échelle communautaire. <p>Continuum de services chez les Inuits</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Création et mise en œuvre d'un processus pour élaborer un cadre lié au continuum de services de mieux-être mental chez les Inuits. 	<p>Directeur, Division du mieux-être mental, Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits (DGSPNI), en collaboration avec les bureaux régionaux</p>	<p>Continuum de services chez les Premières Nations</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décembre 2013 <p>Continuum de services chez les Inuits</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mars 2013

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats et livrables	Responsable(s)	Date d'achèvement prévue
<p>Recommandation 2</p> <p>Établir et maintenir des partenariats entre la DGSPNI, les communautés inuites et des Premières Nations, les organisations autochtones nationales et les services de santé provinciaux et territoriaux.</p>	<p>La direction approuve cette recommandation et reconnaît le rôle important des partenariats lorsqu'il s'agit d'améliorer l'accès aux services de santé et leur qualité.</p> <p>Voici des exemples d'initiatives en cours à la Division du mieux-être mental qui ont pour but d'accroître les partenariats afin d'améliorer l'accès aux services de santé et leur qualité.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Honorer nos forces : Le cadre de renouvellement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) créé sous la direction de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (FANPLD), de l'APN et de Santé Canada avec divers partenaires. Depuis 2007, ce travail collaboratif permet aux communautés, aux familles et aux individus de se prononcer sur les améliorations à apporter aux services de lutte contre les toxicomanies offerts dans les réserves. Santé Canada réalisera une étude spéciale sur l'impact de l'application du cadre. Les résultats de cette étude devraient indiquer comment améliorer la prestation de services par le truchement des partenariats et de la coordination à tous les niveaux. • Par l'intermédiaire du Comité de coordination de l'abus de médicaments d'ordonnance (CCAMO), la DGSPNI collabore avec divers partenaires des Premières Nations, notamment l'APN, la FANPLD et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), afin de mettre au point et d'appliquer une approche à volets multiples visant à prévenir l'abus de médicaments d'ordonnance (AMO) et à lutter contre ce problème, notamment dans les domaines de la coordination, de la surveillance et de la recherche, de la prévention, du traitement et des politiques. <p>Voici des exemples d'initiatives à l'étape de la conception.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un cadre de mobilisation et de partenariat à l'intention de la Division du mieux-être mental (administration centrale et régions) indiquant les leçons tirées et les pratiques prometteuses pour ce qui est de la collaboration et de l'établissement de partenariats. 	<p>Honorer nos forces</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Étude spéciale sur l'impact de l'application du cadre de renouvellement du PNLAADA, Honorer nos forces, et des processus collaboratifs connexes. <p>Abus de médicaments d'ordonnance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Collaboration continue par l'intermédiaire du CCAMO afin d'élaborer une approche à volets multiples visant à prévenir l'AMO et à lutter contre ce problème. Cette approche sera guidée par un certain nombre d'activités précises, notamment les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a) examen des approches communautaires à l'égard de l'AMO dans dix communautés des Premières Nations en Ontario; b) réalisation de projets sur la prévention de l'abus et la promotion d'une saine utilisation des médicaments (PAPSUM) dans deux régions; c) protocoles communautaires de traitement des toxicomanies dans le cadre des soins primaires, y compris pour l'AMO. <p>Cadre de mobilisation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cadre de mobilisation 	<p>Directeur, division du mieux-être mental, DGSPNI</p>	<p>Honorer nos forces</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mars 2013 <p>Abus de médicaments d'ordonnance</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. En cours <ul style="list-style-type: none"> a) Août 2013 b) Mars 2013 c) Automne 2013 <p>Cadre de mobilisation</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décembre 2014

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats et livrables	Responsable(s)	Date d'achèvement prévue
<p>Recommandation 3</p> <p>Surmonter les obstacles qui entravent l'accès aux services de SMLT.</p>	<p>La direction approuve cette recommandation et est consciente des effets de la confidentialité et de la stigmatisation sur l'accès aux services.</p> <p>Le bureau national et les bureaux régionaux feront ce qui suit pour aider les communautés à définir leurs besoins et leurs forces relativement à la réduction de la stigmatisation et à l'amélioration de la confidentialité et de l'accès :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tenir des réunions de mise en commun d'information et d'application des connaissances avec les régions, les partenaires (APN et ITK) et le personnel de la Direction générale afin d'échanger des connaissances et des pratiques prometteuses élaborées en vue d'accroître la sensibilisation et de réduire la stigmatisation associée à l'accès aux services de mieux-être mental. • Documenter et diffuser, par l'intermédiaire des réseaux existants, des pratiques efficaces et prometteuses axées sur des solutions locales permettant de s'attaquer aux questions de la stigmatisation, de la confidentialité et de l'amélioration de l'accès aux services. • Élaborer des lignes directrices en consultation avec des partenaires afin d'améliorer la prestation des services de santé dans les communautés inuites et des Premières Nations, y compris celles qui sont axées sur l'accroissement de la confidentialité et la réduction de la stigmatisation. • Financer l'élaboration de séances de formation sur les traumatismes destinés aux spécialistes des soins primaires. Les fournisseurs de services de soins de santé primaires qui travaillent avec les Premières Nations ne sont pas suffisamment sensibilisés aux approches axées sur les traumatismes. De nombreux Autochtones, notamment des femmes qui font face à des difficultés particulières, perçoivent ce manque de sensibilité en milieu clinique comme un obstacle lorsqu'il s'agit d'accéder aux services de santé essentiels ou d'y accéder en toute sécurité. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. De huit à dix réunions de mise en commun d'information et d'application des connaissances portant sur les pratiques prometteuses dans le domaine du mieux-être mental et visant à examiner les questions de la réduction de la stigmatisation et de l'accroissement de la sensibilisation 2. Documentation et communication aux régions et aux partenaires, au moyen d'un rapport de synthèse, de pratiques efficaces et prometteuses axées sur des solutions locales permettant de s'attaquer aux questions de la stigmatisation et de la confidentialité. 3. Lignes directrices sur la prestation de services, y compris celles qui sont axées sur l'accroissement de la confidentialité et la réduction de la stigmatisation 4. Séances de formation sur les traumatismes à l'intention des spécialistes des soins primaires 	<p>Directeur, Division du mieux-être mental, DGSPNI, en collaboration avec les responsables régionaux du groupe de programmes sur le mieux-être mental</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juillet 2013 2. Septembre 2013 3. Mars 2014 4. Mars 2013

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats et livrables	Responsable(s)	Date d'achèvement prévue
<p>Recommandation 4</p> <p>Accroître la formation offerte aux travailleurs en santé mentale et en toxicomanie.</p>	<p>La direction approuve cette recommandation.</p> <p>Des efforts concertés sont déployés à l'échelle de la Division du mieux-être mental afin d'augmenter les possibilités de formation et de s'attaquer aux problèmes de recrutement et de maintien en poste.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Division du mieux-être mental travaillera avec les responsables régionaux afin de dresser un inventaire des formations offertes à l'échelle de la Division, y compris des renseignements sur les modes de prestation des formations (virtuelles, en ligne, en personne, etc.), et de confirmer et de valider les besoins de toutes les régions pour ce qui est de la formation destinée spécialement aux travailleuses en santé mentale, de la sensibilisation à la culture pour les fournisseurs de services non autochtones, de la gestion de cas et de l'intégration de l'expression culturelle dans le programme de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, comme l'indique l'évaluation. • Formation continue pour les travailleurs communautaires en santé mentale et en prévention du suicide. • Élaboration d'outils appropriés pour compléter les initiatives de formation existantes dans le domaine de la prévention du suicide. Cela inclura notamment : <ul style="list-style-type: none"> ○ la présentation de deux séances de formation nationales dans le cadre du module de formation de la SNPSJA; ○ l'adaptation de la formation Premiers Soins en Santé Mentale (PSSM) pour les Premières Nations; ○ la création d'un guide sur le mieux-être des travailleurs pour s'attaquer au problème de l'épuisement et améliorer le taux de maintien en poste du personnel. • Création d'un guide de traitement des toxicomanies pour les troubles concomitants. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Inventaire des formations 2. Passage à 80 % (à partir de 68 % en 2010-2011) du pourcentage de travailleurs certifiés dans les centres de traitement dans le cadre du PNLAADA 3. Présentation de deux séances de formation nationales dans le cadre du module de formation de la SNPSJA 4. Adaptation de la formation PSSM pour les Premières Nations 5. Guide sur le mieux-être des travailleurs 6. Guide de traitement des toxicomanies pour les troubles concomitants 	<p>Directeur, Division du mieux-être mental, DGSPNI, en collaboration avec les responsables régionaux du groupe de programmes sur le mieux-être mental</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mars 2014 2. Mars 2013 3. Mars 2013 4. Mars 2014 5. Septembre 2013 6. Septembre 2013

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats et livrables	Responsable(s)	Date d'achèvement prévue
<p>Recommandation 5</p> <p>Mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement améliorée.</p>	<p>La direction approuve cette recommandation.</p> <p>La direction s'efforce d'améliorer la disponibilité des données de haute qualité et l'accès à celles-ci (notamment l'information sur la participation aux programmes, l'adoption de comportements sains chez les participants, les changements touchant la santé mentale, les toxicomanies et la santé globale, comme il est recommandé dans l'évaluation) afin de favoriser la prise de décisions fondée sur des données probantes pour ce qui est des politiques, de la gestion des dépenses et des améliorations à apporter aux programmes. La Direction de la politique, de la planification et de l'analyse stratégiques (DPPAS), en partenariat avec la Division du mieux-être mental, peaufinera la stratégie de mesure du rendement existante et collaborera avec la Direction de l'évaluation de Santé Canada et de l'ASPC ainsi qu'avec la Division du mieux-être mental afin de mettre au point la matrice d'évaluation dans le cadre de la planification de la prochaine évaluation du mieux-être mental. De plus, la DPSPI travaille à l'élaboration d'un cadre d'indicateurs qui appuiera le suivi du rendement à l'échelle de la Direction générale.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cadre d'indicateurs de la DGSPNI 2. Stratégie améliorée de mesure du rendement de la Division du mieux-être mental visant à appuyer les projets dans le cadre du plan d'évaluation ministérielle (PEM) et d'autres exigences en matière d'établissement de rapports. 3. La Division du mieux-être mental, en collaboration avec la DPSPI, créera un tableur ou un outil du même genre qui contiendra toutes les mesures du rendement de la Division du mieux-être mental. La Division du mieux-être mental contrôlera chaque semestre la collecte de données s'appuyant sur le tableur de façon à accroître la rapidité d'accès des données et à améliorer la qualité et l'uniformité des données recueillies par le Programme dans toutes les régions. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Directeur exécutif, Planification, information et mesure du rendement (PIMR), Direction de la politique, de la planification et de l'analyse stratégiques (DPPAS), DGSPNI 2. Directeur exécutif, PIMR, DPPAS, DGSPNI, en collaboration avec la Division du mieux-être mental, DGSPNI, et les responsables régionaux du groupe de programmes sur le mieux-être mental 3. Directeur, Division du mieux-être mental, DGSPNI, en collaboration avec les responsables régionaux du groupe de programmes sur le mieux-être mental et le directeur exécutif, PIMR, DPPAS, DGSPNI 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mars 2013 2. Décembre 2013 3. Décembre 2013

Acronymes

AADN	Affaires autochtones et Développement du Nord
AAP	Architecture d’alignement des programmes
AC	Administration centrale
AFPDG	Agent financier principal de la Direction générale
APN	Assemblée des Premières Nations
CASJ	Comité sur l’abus de solvants chez les jeunes
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits
ERB	Évaluation régionale des besoins
ERS	Enquête régionale sur la santé
FPT	Fédéral-provincial-territorial
FSC	Fournisseur de soutien culturel
GE	Grandir ensemble
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MRC	Modèle de rapport communautaire
OAN	Organismes autochtones nationaux
ONG	Organisations non gouvernementales
ONSA	Organisation nationale de la santé autochtone
PASMEM	Plan d’action stratégique du Comité consultatif sur le mieux-être mental
PCBS	Pour des collectivités en bonne santé
PCT	Présentation au Conseil du Trésor
PNLAADA	Programme national de lutte contre l’abus de l’alcool et des drogues chez les Autochtones
PNLASJ	Programme national de lutte contre l’abus de solvants chez les jeunes
PSSRQPI	Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens
RMR	Rapport ministériel sur le rendement
RPP	Rapport sur les plans et les priorités
SIAS	Système d’information sur l’abus de substances
SMLT	Santé mentale et lutte contre les toxicomanies
SNAD	Stratégie nationale antidrogue
SNPSJA	Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones
TSC	Travailleur en santé communautaire

SOMMAIRE

La présente évaluation vise six programmes financés par les programmes du groupe de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies (SMLT) pour la période allant du 1^{er} avril 2005 au 31 mars 2010. L'évaluation a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor du Canada (2009).

Objectif, portée et conception de l'évaluation

L'objectif de l'évaluation était de mesurer la pertinence et le rendement du groupe de la SMLT.¹ Elle visait également à cerner les lacunes, les réussites et les obstacles au succès dans les communautés afin de montrer les progrès réalisés pour atteindre les résultats dans ce domaine. Il s'agit de la première évaluation groupée pour ce groupe.

Au total, plus de 165 personnes des communautés et des organismes des Premières Nations et les Inuits dans l'ensemble du Canada, y compris les trois territoires, ont participé à l'évaluation dans le cadre d'entrevues, d'enquêtes et de séances en groupe avec les dirigeants des communautés, les aînés, les clients, les directeurs des services de santé, les travailleurs communautaires, les employés territoriaux et les directeurs des centres de traitement. Des visites sur place ont eu lieu dans quinze communautés des Premières Nations et deux communautés inuites. L'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) et l'Assemblée des Premières Nations (APN) ont pris part aux activités du comité consultatif et ont formulé des commentaires sur les ébauches du présent rapport.

Description du groupe de la SMLT

Le groupe de la SMLT finance et appuie des programmes et des services communautaires visant à réduire les facteurs de risque, à promouvoir les facteurs de protection et à améliorer les résultats de santé associés au mieux-être mental des Premières Nations et les Inuits. Le groupe a pour objectif d'améliorer l'état de santé des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits grâce à un continuum de programmes et de services axés sur la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies. Pour renforcer ce continuum, il faut accroître l'accès à toute une gamme de services pertinents et efficaces qu'offrent la Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits (DGSPNI) de Santé Canada, les communautés, les provinces et les territoires.

Le groupe de la SMLT se compose des programmes suivants :

- Grandir ensemble;
- Pour des collectivités en bonne santé;
- Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens;

¹ Le groupe de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies (SMLT) est devenu le groupe sur le mieux-être mental le 1^{er} avril 2011.

- Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones;
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Fondement communautaire et traitement en établissement; et
- Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Conclusions et recommandations découlant de l'évaluation

En règle générale, l'évaluation montre que le groupe de la SMLT est un secteur de programmes très pertinent qui a su progresser vers l'atteinte des résultats prévus. En outre, elle a permis de cerner certaines mesures qui pourraient être appliquées pour répondre encore mieux aux besoins en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies des communautés des Premières Nations et les Inuits au Canada.

Pertinence du groupe de la SMLT

Besoin continu de programmes et de services de SMLT

L'évaluation a permis de montrer que les communautés des Premières Nations et les Inuits avaient un réel besoin en matière de programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. La prévalence des troubles de santé mentale et des problèmes de toxicomanie est plus élevée dans les communautés des Premières Nations et les Inuits, comparativement à l'ensemble de la population canadienne. Il est complexe de répondre entièrement à ces besoins, et pour ce faire, il faut élaborer des programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et améliorer le volet concernant les déterminants sociaux de la santé.

Conformité aux priorités du gouvernement

Le groupe de la SMLT s'harmonise avec les priorités du gouvernement du Canada, notamment en priorisant la santé des Canadiens et en encourageant les communautés à trouver leurs propres solutions en matière de santé, à renforcer les programmes de santé dans les communautés des Premières Nations et les Inuits et à accroître l'accès de ces communautés aux services de santé grâce à l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Harmonisation avec les responsabilités et les rôles du gouvernement fédéral

Les programmes du groupe de la SMLT s'harmonisent avec le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations et les Inuits. Conformément à la politique du gouvernement du Canada visant à améliorer la santé des Premières Nations et les Inuits, le groupe de la SMLT est conçu pour encourager les gens et les communautés à participer plus activement à l'élaboration et à la prestation de programmes et de services qui reflètent les besoins de chaque communauté.

Rendement du groupe de la SMLT

Résultat immédiat – Collaboration et réseautage accrus et améliorés

L'évaluation montre que le niveau de collaboration et de réseautage entre les programmes communautaires sur la SMLT et les services provinciaux ou territoriaux de SMLT a augmenté pendant la période visée par l'évaluation, ce qui a permis d'accroître le niveau de planification et de prestation des programmes et des services de SMLT. Toutefois, les relations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sont encore relativement récentes et nécessitent une attention soutenue pour s'assurer que les services fédéraux s'harmonisent avec les services provinciaux et territoriaux.

Résultat immédiat – Continuum amélioré des programmes et des services de SMLT dans les communautés des Premières Nations et les Inuits

Des améliorations ont été apportées au continuum (c.-à-d. améliorations quant à l'accès et à la gamme de services offerts) de programmes et de services offerts dans les communautés des Premières Nations et les Inuits sans qu'il y ait de redondances importantes entre les programmes. Toutefois, il y a tout de même des lacunes, particulièrement dans les secteurs suivants : accès aux services de suivi, services de désintoxication et services provinciaux (p. ex. psychiatrie, soins actifs).

Résultat immédiat – Participation accrue des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits aux programmes et aux services de SMLT

Le taux de participation aux programmes et aux services du groupe de la SMLT a augmenté au cours des années visées par la présente évaluation. Cela peut être attribuable à la gamme plus vaste de programmes et de services de SMLT financés pendant la période visée par l'évaluation (c.-à-d. que pendant l'évaluation, davantage de programmes, offrant une plus grande gamme de services, ont été financés et offerts, y compris la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens). L'évaluation a permis de cerner des occasions d'accroître l'accès aux programmes en combattant les préjugés associés aux personnes qui font appel aux services de soutien en matière de santé mentale et de toxicomanies, et d'assurer la confidentialité des services, particulièrement dans les petites communautés. Bien que l'évaluation ait montré que certains obstacles freinent la participation aux programmes, toutes les communautés n'ont pas les mêmes problèmes et ont donc besoin de solutions différentes. L'évaluation a démontré que toutes les solutions pour accroître l'accès devaient se fonder sur une analyse sexospécifique et qu'il fallait offrir des programmes aux femmes qui ont certaines difficultés (p. ex. problèmes de toxicomanie) ainsi que des programmes respectant les différentes cultures.

Résultat immédiat – Sensibilisation accrue aux comportements sains

Bien que les données sur la sensibilisation aux comportements sains soient limitées, l'évaluation a montré que les participants aux programmes adoptaient davantage de comportements sains. D'autres données à ce sujet permettraient de brosser un tableau complet des progrès réalisés à cet égard.

Résultat intermédiaire – Adoption accrue de comportements sains

Bien que les données sur l'adoption de comportements sains soient limitées, l'évaluation montre que les participants aux programmes adoptent davantage de comportements sains. Il faut obtenir d'autres données à ce sujet pour brosser un tableau complet des progrès réalisés à cet égard, notamment en demandant aux participants de formuler des commentaires.

Résultat intermédiaire – Plus grande capacité des Premières Nations et les Inuits à faire face aux problèmes de toxicomanie, de suicide et d'autres troubles mentaux

La capacité des Premières Nations et les Inuits à faire face aux problèmes de toxicomanie, de suicide et des autres troubles mentaux a augmenté pendant la période visée par l'évaluation. Plus cette capacité augmente, plus les communautés sont en mesure de personnaliser leurs programmes pour répondre aux besoins des participants. Même si les communautés contrôlent de plus en plus leurs propres programmes, ces dernières aimeraient continuer de mettre l'accent sur l'élaboration de partenariats équitables entre la DGSPNI et les communautés afin que le gouvernement fédéral comprenne mieux les besoins des communautés. De plus, toutes les parties aimeraient augmenter le nombre de partenariats tripartites pour que les communautés des Premières Nations et les Inuits participent davantage à la conception, à l'élaboration et à la prestation des programmes. L'évaluation indique que les communautés des Premières Nations et les Inuits qui contrôlent davantage leurs programmes, établissements et organismes semblent avoir des taux de suicide et de toxicomanie moins élevés. L'évaluation montre que les programmes et les services de SMLT s'inspirent des pratiques culturelles des communautés. L'intégration des pratiques culturelles aux programmes de santé mentale et de toxicomanie offerts aux Premières Nations et aux Inuits est essentielle au succès et est la preuve que ces communautés ont plus de contrôle sur la prestation de leurs propres programmes.

Même si davantage de formation est offerte et que cela contribue à la capacité des communautés à offrir des programmes, il faut encore offrir de la formation continue pour combler les lacunes (p. ex. formation sur la sensibilisation à la culture destinée aux fournisseurs de services non autochtones et formation en gestion) et trouver une solution au roulement du personnel.

Résultat intermédiaire – Accès accru à des programmes et à des services de qualité bien coordonnés destinés aux membres, aux familles et aux communautés des Premières Nations et les Inuits

L'évaluation montre que l'accès aux programmes de SMLT s'est accru et que ces programmes sont de grande qualité. Des pratiques exemplaires et des approches fondées sur des données probantes sont appliquées lors de la conception de programmes de SMLT, comme le démontrent certains exemples de l'application de pratiques exemplaires. Toutefois, l'évaluation montre qu'il faut encore : 1) régler les problèmes liés au maintien en poste et à la formation des employés; 2) améliorer l'accès aux services spécialisés et adaptés sur le plan culturel au sein de la communauté (p. ex. services de psychiatrie); 3) combler les lacunes existantes (c.-à-d. services de suivi) dans le continuum des services offerts aux communautés des Premières Nations et les Inuits.

Résultat final – Le groupe de SMLT contribue à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits grâce à un continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies

L'évaluation présente des données probantes montrant que les programmes de SMLT contribuent à améliorer la santé des Premières Nations et les Inuits. Toutefois, les études de suivi et les études réalisées avant et après l'évaluation n'ont pas généré suffisamment de données probantes pour déterminer à quel point les programmes de SMLT ont permis d'améliorer les résultats en santé.

Pour aider le groupe à répondre aux besoins des Premières Nations et les Inuits en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, il faut avoir accès à un continuum complet de programmes et de services de mieux-être provinciaux, territoriaux et fédéraux, et prendre des mesures pour accroître l'efficacité des programmes communautaires, comme l'embauche et le maintien en poste de professionnels de la santé compétents qui connaissent la culture des communautés, et la formation des travailleurs communautaires.

Évaluation de l'économie et de l'efficacité

L'évaluation a permis de relever certaines améliorations quant à l'efficacité des programmes et des services de SMLT pendant la période visée par l'évaluation. Toutefois, en raison des données financières limitées (c.-à-d. sans données sur la répartition des dépenses par activité, montant du coût de revient ou dossiers sur les dépenses par composante ou sous-composante de programmes), il n'a pas été possible de réaliser une évaluation de l'économie et de l'efficacité du groupe de la SMLT. De meilleures données financières liées aux activités et aux résultats des programmes permettraient de réaliser une évaluation plus complète de ces éléments.

Mesure du rendement relativement à la planification et à la présentation de rapports

Plusieurs défis rencontrés lors de la conception et de la réalisation de la présente évaluation ont pu être relevés grâce à la mise en œuvre d'une stratégie de mesure du rendement améliorée. De plus, une plus grande accessibilité aux données et une qualité accrue (particulièrement des renseignements sur la participation aux programmes, la sensibilisation aux comportements sains et l'adoption de ceux-ci, les changements en matière de santé mentale, de toxicomanies et de santé générale) pourraient appuyer encore davantage le processus décisionnel fondé sur des données probantes en matière de politiques, de gestion des dépenses et d'amélioration des programmes pour le groupe de la SMLT.

Recommandations

Recommandation 1 – Renforcer le continuum des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies offerts aux membres, aux familles et aux communautés des Premières Nations et les Inuits.

Il y a des lacunes dans le continuum de soins en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Pour les combler, il est recommandé que le programme,² de concert avec les Premières Nations et les Inuits, cerne et mette en ordre de priorité les lacunes quant à la prestation des programmes et des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies, et élabore, met en œuvre et surveille une stratégie qui applique une approche par étapes pour veiller à ce que les lacunes soient comblées à court, à moyen et à long terme. Pour renforcer le continuum, le secteur de programmes devrait faire ce qui suit :

- veiller à ce que le continuum intègre et permette un accès à des pratiques exemplaires en matière d'approches générales, traditionnelles et culturelles axées sur le traitement ;³
- cerner et combler les lacunes en matière de soins de suivi;
- cerner et combler les lacunes en ce qui a trait à l'accès aux soins de désintoxication et à d'autres services financés par les provinces; et
- élaborer, mettre en œuvre et faire le suivi d'une stratégie visant à améliorer l'intégration de programmes et de services de mieux-être mental dans les communautés.

Pour combler les lacunes des services offerts et accroître l'accès à ces derniers, il faut créer des partenariats durables entre les administrations (c.-à-d. provinces, communautés et DGSPNI) et les secteurs (p. ex. logement, soutien financier et éducation), comme le montre la recommandation suivante relative à la création de partenariats.

² Le programme comprend la Division de la santé mentale et bien-être de la DGSPNI (siège social), et les régions de la DGSPNI.

³ Cette recommandation s'aligne avec la Stratégie en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada avec une référence spécifique aux Premières nations et les Inuits.

Recommandation 2 – Établir et maintenir des partenariats entre la DGSPNI, les communautés des Premières Nations et les Inuits, les organismes autochtones nationaux (OAN) et les services de santé provinciaux et territoriaux

Il faut mettre l'accent sur la création de partenariats et de relations collaboratives, particulièrement avec les gouvernements provinciaux et territoriaux. Le groupe devrait davantage encourager la création de partenariats avec les intervenants des Premières Nations et les Inuits dans le cadre d'initiatives, comme le plan d'action stratégique du comité consultatif sur le mieux-être mental, Alianait, les accords tripartites, les protocoles d'entente ainsi que les comités conjoints, comme ceux qui existent actuellement en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario, respectivement.

Recommandation 3 – Surmonter les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies (SMLT)

Le groupe devrait tenter de relever les défis associés aux principaux obstacles qui entravent l'accès aux programmes et aux services de SMLT cernés dans l'évaluation, comme trouver des solutions aux problèmes de confidentialité dans le cadre de l'élaboration de lignes directrices et de formation destinées au personnel de la communauté; réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale et à la toxicomanie; offrir des programmes fondés sur le principe de la sécurité et de la compétence culturelles en reconnaissant que les solutions pour accroître l'accès aux programmes de SMLT doivent avoir un fondement communautaire. Le groupe de SMLT peut offrir des ressources et du soutien pour améliorer l'accès afin que les communautés soient en mesure de cerner leurs forces et leurs faiblesses, puis de surmonter ces dernières au moyen de solutions axées sur la communauté.

Recommandation 4 – Accroître la formation offerte aux travailleurs en santé mentale et en toxicomanies

Le groupe devrait, de concert avec les partenaires des Premières Nations et les Inuits, offrir de la formation aux travailleurs en santé mentale et en toxicomanies. Une formation plus poussée pourrait permettre de réduire le roulement du personnel. De plus, l'adoption de pratiques exemplaires et d'approches axées sur des données probantes pour la prestation des programmes de SMLT peut être améliorée grâce à la formation, qui permet aux travailleurs d'en apprendre davantage sur de nouvelles approches axées sur des données probantes. Le programme doit offrir des options de formation qui reflètent les besoins de la communauté.

Recommandation 5 – Mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement améliorée

Le groupe doit travailler en collaboration plus étroite avec les partenaires internes de Santé Canada, les partenaires communautaires et les organismes autochtones nationaux dans le but de faire ce qui suit :

- améliorer la qualité et l'uniformité des données recueillies par le groupe dans toutes les régions;
- recueillir de l'information sur la participation aux programmes (nombre de participants et fréquence de la participation), l'adoption de comportements sains par les participants et les changements en matière de santé mentale, de toxicomanie et de santé générale; et
- accroître la rapidité de disponibilité des données afin d'avoir accès à des données nationales regroupées dans les deux ans suivant leur collecte.

Le groupe devrait aussi travailler avec les partenaires internes de Santé Canada pour recueillir de meilleures données financières sur les dépenses des programmes, qui comprennent les dépenses prévues et actuelles des programmes et le suivi des réallocations entre les programmes.

La mise en œuvre d'une stratégie améliorée de mesure du rendement aiderait à évaluer les niveaux de participation aux programmes et l'incidence de ces derniers. Ces renseignements seraient également utiles aux fins de planification et de déclaration, ainsi que pour appuyer le processus décisionnel à tous les niveaux (communautaire, régional et national).

1.0 OBJECTIVE DE L'ÉVALUATION

L'évaluation visait à évaluer la pertinence et le rendement des programmes du groupe de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies (SMLT)⁴ pour la période allant de 2005/06 à 2009/10. L'évaluation a aussi été conçue pour cerner les lacunes, les réussites et les obstacles au succès liés au groupe de la SMLT dans les communautés afin d'expliquer les progrès réalisés pour atteindre les résultats prévus en matière de SMLT.

L'évaluation a été réalisée conformément à la *Loi sur la gestion des finances publiques* et à la *Politique d'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

2.0 DESCRIPTION DU GROUPE DE LA SANTE MENTALE ET LA LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES

Le groupe de la SMLT finance et appuie des programmes et des services communautaires qui visent à réduire les facteurs de risque, à promouvoir les facteurs de protection et à améliorer les résultats de santé associés au mieux-être mental des Premières Nations et les Inuits. Le groupe contribue à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits en renforçant le continuum de programmes et de services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies auxquels ont accès ces populations (CGRR, 2007).

La Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits (DGSPNI) surveille le groupe de la SMLT, un des trois groupes visés par l'autorisation du programme de contributions des programmes communautaires. Le groupe de la SMLT se compose des programmes suivants :

- Grandir ensemble;
- Pour des communautés en bonne santé;
- Programme de soutien en santé – Résolution des questions liées aux pensionnats indiens;
- Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones;
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Fondement communautaire et traitement en établissement; et
- Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

⁴ Le groupe de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies (SMLT) est devenu le groupe sur le mieux-être mental le 1^{er} avril 2011.

2.1 Profil du groupe de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies

Les programmes du groupe de la SMLT sont décrits ci-dessous :

- Le programme **Grandir ensemble (GE)** vise à améliorer la qualité et l'accessibilité des services communautaires globaux et adaptés à la culture en matière de santé mentale, de développement de l'enfant et de prévention des blessures.
- Le programme **Pour des communautés en bonne santé (PCBS)** aide les communautés à se préparer aux situations de crise en santé mentale (comme le suicide et les toxicomanies) et à les gérer, et renforce les capacités des communautés en offrant une formation aux soignants et aux membres des communautés sur la prestation des programmes et des services.
- Le **Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens (PSSRQPI)** offre des services de soutien en santé mentale et affective aux anciens élèves des pensionnats indiens et à leur famille, avant, pendant et après leur participation aux démarches liées à la Convention de règlement, y compris au Paiement d'expérience commune et au Processus d'évaluation indépendant, ainsi qu'à ceux qui prennent part aux événements et aux activités commémoratives de la Commission de témoignage et réconciliation.
- La **Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA)** augmente les facteurs de protection (p. ex. leadership des jeunes) et réduit les facteurs de risque (p. ex. perte de la culture traditionnelle) associés au suicide chez les jeunes autochtones, notamment en augmentant la capacité des communautés à gérer le problème du suicide chez les jeunes, en faisant comprendre aux communautés quelles sont les stratégies efficaces en matière de prévention du suicide et en encourageant les communautés à sensibiliser les jeunes à risque et à intervenir en temps de crise. La SNPSJA cible les ressources qui appuient toute une gamme de solutions et d'activités communautaires qui contribuent à l'amélioration de la santé mentale et du mieux-être mental chez les jeunes, les familles et les communautés autochtones.
- Le **Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)** est un réseau de services à deux volets : 1) le volet **Fondement communautaire** offre des services de prévention, d'intervention et de suivi à plus de 500 communautés des Premières Nations et les Inuits dans l'ensemble du Canada; 2) le volet **Traitement en établissement** est un réseau national de 49 centres de traitement gérés par des organisations ou des communautés des Premières Nations qui offrent des services de traitement internes et externes pour lutter contre l'alcoolisme et l'abus d'autres substances.

- Le **Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (PNLASJ)** est un programme communautaire de prévention, d'intervention, de post-traitement et de traitement en clinique interne pour les jeunes Inuits et des Premières Nations qui ont une dépendance ou risque d'avoir une dépendance à l'inhalation de solvants. Il forme un réseau de neuf centres de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes et de soutien communautaire. Les centres de traitement du PNLASJ offrent des services de traitement internes et externes adaptés à la culture aux jeunes Inuits et des Premières Nations. Les centres de traitement ciblent les jeunes âgés de 12 à 25 ans.

2.2 Modèle logique de programme et description

L'objectif stratégique général de la DGSPNI pour son ensemble de programmes, y compris ceux offerts par l'entremise du groupe de la SMLT, pour la période allant de 2005/06 à 2009/10 était d'améliorer les résultats de santé des Premières Nations et les Inuits, et de réduire les inégalités en matière de santé entre ces communautés et le reste de la population canadienne (CGRR, 2007). De concert avec les Premières Nations et les Inuits, la DGSPNI (y compris ses bureaux régionaux) offre des programmes de santé publique et de santé communautaire qui appuient cet objectif stratégique.

Dans ce contexte, le principal objectif du groupe de la SMLT est d'offrir un continuum⁵ de programmes et de services de SMLT aux niveaux national, régional et communautaire. Ces programmes et services sont gérés par la DGSPNI ou en partenariat avec les Premières Nations et les Inuits. Pour atteindre cet objectif et les résultats prévus fixés dans le modèle logique de la SMLT, le groupe de la SMLT mène les activités qui suivent :

- collaborer avec les Premières Nations et les Inuits, les autorités fédérales, provinciales et territoriales et les organismes;
- offrir des programmes et des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies;
- diriger et actualiser les programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et y intégrer des pratiques fondées sur des données probantes;
- sensibiliser la population aux modes de vie sans troubles mentaux et dépendances; et
- renforcer les capacités et les compétences des travailleurs des domaines communautaires, des soins de santé et des toxicomanies.

⁵ Le « continuum de services » fait référence à un système intégré et uniforme de paramètres, de services, de fournisseurs de services et de niveaux de services conçus pour répondre aux besoins des clients ou de certaines populations au fil du temps.

Les résultats immédiats, intermédiaires et finaux prévus pour le groupe de la SMLT sont les suivants :

Résultats immédiats

- Collaboration et réseautage accrus et améliorés;
- Continuum amélioré de programmes et de services dans les communautés des Premières Nations et les Inuits;
- Participation accrue des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits aux programmes et aux services; et
- Sensibilisation accrue aux comportements sains

Résultats intermédiaires

- Adoption accrue de comportements sains;
- Prise en charge et capacité accrues des communautés des Premières Nations et les Inuits à lutter contre les toxicomanies, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale; et
- Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité bien coordonnés destinés aux membres, aux familles et aux communautés des Premières Nations et les Inuits

Résultat final

- Contribution du groupe de la SMLT à un état de santé amélioré chez les membres, les familles et les communautés des Premières Nations et les Inuits par l'entremise d'un continuum de programmes et de services en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

Le lien entre ces secteurs d'activités et les résultats prévus est illustré dans le modèle logique ci-dessous (figure 2-1).

Figure 2-1

Modèle logique du groupe de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies

Composantes du groupe	<p>Pour des communautés en bonne santé Grandir ensemble Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Traitement en établissement Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones – Fondement communautaire Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes Programme de soutien en santé – Résolution des questions liées aux pensionnats indiens Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones</p>				
Intrants	<p>Fonds consacrés aux contributions, aux ETP et au F et E</p>				
Activités	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborer avec les Premières Nations et les Inuits, les autorités FPT et les organismes 	<ul style="list-style-type: none"> - Offrir des programmes et des services en santé mentale et en lutte contre les toxicomanies 	<ul style="list-style-type: none"> - Diriger et actualiser les programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies et y intégrer des pratiques fondées sur des données probantes 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensibiliser la population aux modes de vie sans troubles mentaux et dépendances 	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer les capacités et les compétences des travailleurs des domaines communautaires, des soins de santé et des toxicomanies
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> - Accords - Projets conjoints - Groupes de travail/ conseils/groupes consultatifs - Comités - Alliances stratégiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Projets et activités - Renvois - Clients traités - Séances de consultation - Installations accréditées - Remboursement des frais de déplacement - Travailleurs de la santé communautaire (résolution) 	<ul style="list-style-type: none"> - Politiques et procédure - Lignes directrices et cadres - Rapports - Conférences et ateliers 	<ul style="list-style-type: none"> - Documents d'information et de sensibilisation - Campagnes de sensibilisation - Sites Web 	<ul style="list-style-type: none"> - Matériel de formation adapté sur le plan culturel - Séances de formation - Intervenants formés
Résultats immédiats	<ul style="list-style-type: none"> - Collaboration et réseautage accrus et améliorés 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuum amélioré de programmes et de services dans les communautés des Premières Nations et les Inuits - Participation accrue des individus, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits aux programmes et aux services - Sensibilisation accrue aux comportements sains 			
Résultats intermédiaires	<ul style="list-style-type: none"> - Adoption accrue de comportements sains - Prise en charge et capacité accrues des communautés des Premières Nations et les Inuits à lutter contre les toxicomanies, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale - Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité bien coordonnés destinés aux membres, aux familles et aux communautés des Premières Nations et les Inuits 				
Résultat final	<ul style="list-style-type: none"> - Contribution du groupe de la SMLT à un état de santé amélioré chez les membres, les familles et les communautés des Premières Nations et les Inuits par l'entremise d'un continuum de programmes et de services en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies 				

2.3 Autorisation de programme et ressources

Le groupe de la SMLT s'inscrit sous l'autorisation de programme 3.1 Soins de santé primaires, 3.1.1 Promotion de la santé et prévention des maladies, 3.1.1.2 Bien-être mental (le nom du secteur du groupe a changé en 2011) de l'architecture d'alignement de programmes (AAP) de Santé Canada.

Un aperçu des données financières pour la période allant de 2005/06 à 2009/10 est présenté ci-dessous (tableau 2-1). Il faut noter que ces données comprennent les coûts généraux (c.-à-d. en plus des coûts de prestation des programmes).

Tableau 2-1
Renseignements financiers sur les programmes du groupe de la SMLT
Dépenses (M\$)

Programmes de SMLT	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	Total
	Actuel	Actuel	Actuel	Actuel	Actuel	Actuel
Total des programmes du groupe de la SMLT (M\$)*	120,4	136,6	152,2	234,2	250,9	894,3

* PNLAADA, GE, PCBS, PI, PNLASJ et SNPSJA
Les données financières ont été approuvées par l'AFPDG.

Le tableau ci-dessus illustre des investissements totaux de 894,3 millions de dollars au cours de la période d'évaluation. De 2005/06 à 2009/10, les administrations centrales de la DGSPNI ont principalement financé les bureaux régionaux de la DGSPNI qui à leur tour, ont financé les communautés des Premières Nations et les Inuits, les organisations régionales et les territoires au moyen de divers modèles de financement.⁶ De plus, certains fonds de la DGSPNI ont été utilisés pour appuyer des projets ciblés de portée nationale conçus pour étudier les innovations en vue d'une application potentielle aux programmes nationaux.

⁶ Les modèles de financement étaient en pleine transition pendant la période visée par l'évaluation. Quatre modèles de financement existaient avant avril 2011. Ils sont, par ordre croissant de flexibilité, accordés au bénéficiaire : fixe, transitoire, flexible et flexible de transfert. Ces modèles varient en fonction du niveau de contrôle, de flexibilité, d'autorité, d'exigences en matière de déclaration et de responsabilisation. Les communautés des Premières Nations et les Inuits qui veulent davantage contrôler leurs services de santé peuvent choisir entre les différents modèles de financement en fonction de leur admissibilité, de leurs intérêts, de leurs besoins et de leur capacité.

3.0 DESCRIPTION DE LA L'ÉVALUATION

3.1 Portée de l'évaluation

Conformément au Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) de 2007 pour le groupe de la SMLT, la présente évaluation vise à évaluer la pertinence et le rendement des programmes et des services du groupe de la SMLT. Tous les programmes du groupe figurant sur la liste à la section 2.1 ont été visés par l'évaluation pour la période allant de 2005/06 à 2009/10.

Au total, plus de 165 personnes des communautés et des organisations des Premières Nations et les Inuits dans l'ensemble du Canada, y compris les trois territoires, ont participé à l'évaluation dans le cadre d'entrevues, d'enquêtes et de séances de groupe avec les dirigeants des communautés, les aînés, les clients, les directeurs des services de santé, les travailleurs communautaires, les employés territoriaux et les directeurs des centres de traitement. Des visites sur place ont eu lieu dans quinze communautés des Premières Nations et deux communautés inuites.

Cinq enjeux fondamentaux sont établis dans la *Politique d'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Les questions utilisées dans le cadre de la présente évaluation se fondent sur ces enjeux fondamentaux (voir le tableau 3-1).

Tableau 3-1
Principaux enjeux et questions fondamentales de l'évaluation

Pertinence	Question
Question 1 : Besoin continu du programme	<ul style="list-style-type: none">Le groupe de la SMLT répond-il aux besoins actuels en matière de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies des membres et des communautés des Premières Nations et les Inuits?
Question 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none">Dans quelle mesure le groupe de la SMLT s'harmonise-t-il avec les priorités du gouvernement du Canada?
Question 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement	<ul style="list-style-type: none">Dans quelle mesure le groupe de la SMLT s'harmonise-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
Rendement (efficacité, efficience et économie)	<ul style="list-style-type: none">Évaluation des progrès réalisés pour atteindre les résultats prévus (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme)
Question 4 : Réalisation des résultats escomptés	<ul style="list-style-type: none">Dans quelle mesure la collaboration et le réseautage ont-ils augmenté et se sont-ils améliorés?Dans quelle mesure le continuum de programmes et de services offerts aux communautés des Premières Nations et les Inuits s'est-il amélioré?Dans quelle mesure la participation des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits qui utilisent les programmes et les services du groupe de la SMLT a-t-elle augmenté?Dans quelle mesure la sensibilisation aux comportements sains a-t-elle augmenté?

Pertinence	Question
	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure l'adoption de comportements sains a-t-elle augmenté? • Dans quelle mesure la prise en charge et la capacité des communautés des Premières Nations et les Inuits à lutter contre les toxicomanies, le suicide et les autres problèmes de santé mentale ont-elles augmenté? • Dans quelle mesure l'accès des membres, des familles et des communautés des Premières Nations et les Inuits à des programmes et à des services de qualité bien coordonnés a-t-il augmenté? • Dans quelle mesure le groupe de la SMLT a-t-il contribué à de meilleurs résultats de santé pour les membres, les familles et les communautés des Premières Nations et les Inuits?
<p>Question 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure le groupe de la SMLT est-il efficace et rentable?

3.2 Approche de l'évaluation

Une approche d'évaluation fondée sur des objectifs a été appliquée pour évaluer⁷ les progrès réalisés par le groupe de la SMLT vers l'atteinte des résultats prévus et déterminer s'il y a eu des conséquences inattendues, quelles ont été les leçons tirées et quelles sont les possibilités d'amélioration.

L'évaluation comprenait également une approche axée sur la participation active des intervenants internes et externes en vue d'élaborer les outils d'évaluation provisoires. Les principaux intervenants qui suivent ont participé à l'évaluation :

- Assemblée des Premières Nations;
- Inuit Tapiriit Kanatami; et
- Bureaux régionaux de la DGSPNI.

Ils ont pris part à l'évaluation en participant aux travaux du Comité consultatif sur l'évaluation ou du Groupe de travail sur l'évaluation.

3.3 Conception de l'évaluation

La *Politique d'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor a orienté la conception de l'évaluation et l'élaboration des méthodes de collecte de données. Un concept non expérimental a été appliqué, c'est-à-dire qu'aucun groupe d'échantillonnage n'a été désigné au hasard pour participer à l'évaluation et qu'aucun groupe de contrôle n'a été formé aux fins de comparaison. Parce qu'elle repose sur un concept non expérimental, l'évaluation s'appuie sur la corrélation pour démontrer les effets et ne comprend pas de lien de causalité. L'évaluation a donc été conçue pour démontrer

⁷ OWENS, JOHN M. 1993

les contributions possibles des programmes du groupe de la SMLT vers l'atteinte des résultats prévus, plutôt que de démontrer les liens directs de causalité entre les programmes de SMLT et les résultats.

3.3.1 Échantillon dans la communauté

Au départ, 27 communautés au sud du 60^e parallèle avaient été choisies pour des visites sur place dans le cadre de l'évaluation, soit 25 communautés des Premières Nations et deux communautés inuites. La stratégie d'échantillonnage a tenu compte de sept grands critères qui ont été recommandés par le groupe de travail sur l'évaluation et approuvés par le comité consultatif sur l'évaluation :

- région;
- taille de la population de la communauté;
- facteur d'isolement;
- type de financement;
- nombre de programmes offerts dans la communauté;
- quantité de financement reçu par la communauté; et
- période de financement pour la SMLT.

Bien que les programmes de SMLT aient une portée nationale, il y a des différences entre les programmes offerts dans les trois provinces et ceux offerts dans le reste du Canada. Généralement, les gouvernements territoriaux et les Premières Nations autonomes du Yukon sont responsables des services de soins primaires, avec l'appui du financement de la DGSPNI et d'autres sources. En ce qui a trait aux initiatives de promotion de la santé et de prévention (p. ex. programmes et services en SMLT), les bureaux de la région du Nord de la DGSPNI travaillent en étroite collaboration avec les gouvernements territoriaux du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest qui offrent des programmes de la DGSPNI à toutes les communautés admissibles. Les gouvernements territoriaux réalisent eux-mêmes l'évaluation de leurs programmes. En raison des sources de financement mixtes dans les communautés et de la responsabilité en matière de gestion des programmes revenant aux gouvernements territoriaux, différents types de répondants clés ont été approchés pour parler des programmes au nord du 60^e parallèle; les visites sur place n'ont donc pas eu lieu. Pour en savoir plus sur la stratégie d'échantillonnage utilisée dans le cadre de la présente évaluation, consultez l'annexe A.

3.3.2 Participants à l'évaluation

Le personnel régional de Santé Canada, les dirigeants des communautés et le personnel en santé communautaire de chaque site au sud du 60^e parallèle ont désigné des répondants pouvant être interviewés (voir la section 3.5.3) au sein des communautés. Les personnes interviewées ont été choisies en fonction de leurs connaissances et de leur expérience à l'égard des programmes et des services du groupe de la SMLT offerts dans la communauté. Les travailleurs n'avaient pas à avoir un certain nombre d'années d'expérience. L'information a été recueillie en fonction de la période travaillée au sein de la communauté, et ces renseignements ont été pris en compte pendant l'analyse des données.

Le personnel de Santé Canada et les sous-ministres adjoints des territoires ont désigné 42 personnes de 25 organismes au nord du 60^e parallèle qui pourraient être des répondants clés représentant les points de vue des territoires et des communautés. Ces personnes ont été choisies parce qu'elles sont capables de fournir une rétroaction éclairée sur les programmes en SMLT et qu'elles étaient probablement disponibles pendant la période de collecte de données.

Les personnes interrogées aux niveaux national et régional de la DGSPNI ont été recommandées par le groupe de travail sur l'évaluation et les régions en fonction du programme et d'autres expériences, comme de l'expérience stratégique en matière de programmes en SMLT. Les organismes autochtones nationaux ont désigné les représentants qui agiraient à titre de répondants clés.

3.4 Méthodes de collecte de données

Les consultants externes ont recueilli et analysé des données provenant de diverses sources.

Les sources d'information suivantes ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation :

- documents et données clés internes, comme :
 - procès-verbaux du groupe de travail, études spéciales, rapports sur le rendement, CGRR, rapports annuels, plans stratégiques, bases de données pertinentes et dossiers de programme;
- entrevues avec les principaux répondants des groupes suivants :
 - personnel de la DGSPNI, y compris les gestionnaires régionaux, les gestionnaires nationaux de la SMLT et le personnel de la DGSPNI chargé de l'évaluation;
 - organismes autochtones nationaux (c.-à-d. l'APN et ITK);
 - directeurs des centres de traitement;
 - représentants territoriaux;
 - fournisseurs de soins dans les pensionnats indiens;
 - conseils tribaux;
 - dirigeants de la communauté, y compris les chefs, les aînés ou les membres du Conseil;
 - travailleurs communautaires et personnel en santé, y compris les directeurs des services de santé;
- sondages remplis par les participants aux programmes;
- séances de discussion en groupe dans les communautés inuites; et
- examen de la documentation.

Pour en savoir plus sur les méthodes de collecte de données utilisées dans le cadre de l'évaluation, consultez l'annexe B.

3.5 Limites à la réalisation de l'évaluation et stratégies d'atténuation

Toute évaluation comporte des défis. Des stratégies d'atténuation ont donc été utilisées pour s'assurer que les données recueillies permettaient la production d'un rapport d'évaluation fiable comprenant des conclusions et des recommandations reposant sur des données probantes.

- **Incapacité à déterminer la portée du changement en raison de l'absence de données de base** – Plusieurs des résultats prévus demandent un changement progressif en fonction des données de base (p. ex. augmentation, amélioration). Toutefois, il n'y avait pas de mesures de base pour les résultats fixés en 2005 lorsque le groupe a été créé, et il y avait peu de données sur le rendement dans le cadre de l'évaluation pour quantifier la portée de l'augmentation ou de l'amélioration.

Stratégie d'atténuation

- Les points de vue rétrospectifs des principaux répondants interrogés ont été recueillis à l'aide de méthodes qualitatives de collecte de données.
- **Incapacité à faire valider les conclusions de l'évaluation par les communautés** – En raison des délais de l'évaluation et des limites du financement, les conclusions de l'évaluation n'ont pas pu être validées auprès des communautés visitées. Un résumé de deux à trois pages de l'information recueillie lors de la visite a été fourni aux communautés au sud du 60^e parallèle, mais le délai du projet n'allouait pas suffisamment de temps à ces dernières pour répondre au résumé avant la rédaction du rapport final.

Stratégie d'atténuation

- Bien que les communautés n'aient pas pu valider les conclusions préliminaires, Santé Canada reconnaît les efforts déployés par l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami qui ont révisé les conclusions préliminaires et indiqué en quoi les conclusions de l'évaluation correspondent à leur expérience.
- **Point de vue limité des participants au programme** – Malgré les efforts pour inclure les participants à l'évaluation, les données provenant des participants étaient limitées parce qu'il manquait des données provenant des communautés des Premières Nations participant aux programmes, et que les participants n'ont pas participé en grand nombre au sondage. D'autres données sur le point de vue des participants au sujet de la sensibilisation et de l'adoption de comportements sains, ainsi que sur l'amélioration de la santé, pourraient permettre de brosser le tableau des progrès réalisés vers l'atteinte de ces résultats dans l'avenir.

Stratégie d'atténuation

- Puisque plusieurs méthodes pour recueillir des données ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation, des données ont été recueillies sur tous les résultats provenant de divers publics, données qui ont été triangulées pour présenter des conclusions et des recommandations fiables.

- **Absence de réponse aux sondages auprès des travailleurs communautaires et des directeurs des services de santé communautaires** – Les sondages auprès des travailleurs communautaires et des directeurs des services de santé communautaires ont été conçus pour compléter l’information recueillie auprès des principaux répondants interrogés. Ils comportent des questions différentes. Les participants pouvaient répondre aux sondages par téléphone, en ligne ou sur papier (sondage à renvoyer par la poste). Malgré l’aide du personnel de la santé communautaire et de l’APN, les directeurs des services de santé communautaires et les travailleurs communautaires n’ont pas participé aux sondages.

Stratégie d’atténuation

- Les directeurs des services de santé communautaires et les travailleurs communautaires ont été rencontrés pendant la visite sur place (au sud du 60^e parallèle). Des entrevues approfondies ont été réalisées avec eux, ce qui a permis de recueillir suffisamment d’information pour appuyer des conclusions et des recommandations fondées sur des données probantes.

Plusieurs de ces obstacles pourront être surmontés grâce à la mise en œuvre d’une stratégie améliorée de mesure du rendement. Par exemple, il faut avoir plus de sources de données quantitatives pour cerner le lien entre les résultats du groupe et les résultats prévus, et ce, afin de fournir d’autres données probantes appuyant les conclusions sur les contributions du groupe de la SMLT vers l’atteinte de ces résultats. Une collecte uniforme de données dans les régions pourrait faciliter le regroupement des données, permettant ainsi de broser le portrait national de la participation à ces programmes et à cette gamme de programmes. En règle générale, une disponibilité accrue et un accès amélioré à des données de grande qualité (particulièrement aux renseignements sur la participation aux programmes, la sensibilisation aux comportements sains et l’adoption de ceux-ci et les changements en matière de santé mentale, de toxicomanies et de santé générale) pourraient permettre d’appuyer davantage le processus décisionnel fondé sur des données probantes en matière de politiques, de gestion des dépenses et d’amélioration des programmes du groupe de la SMLT dans le futur.

4.0 PRINCIPALES CONSTATATIONS

4.1 Pertinence

4.1.1 Question fondamentale n° 1 : Nécessité de poursuivre les programmes

Selon les résultats de l’évaluation, la nécessité de continuer d’offrir les services et les programmes du groupe de la SMLT dans les communautés inuites et des Premières Nations est manifeste partout au Canada. Dans ces communautés, la prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie (p. ex. idéation suicidaire et décès par suicide, cas autodéclarés de dépression et d’épisode dépressif majeur, trouble de stress

post-traumatique, abus de solvants et consommation occasionnelle excessive d'alcool) est beaucoup plus élevée que dans la population canadienne en général, et ce, en raison de nombreux facteurs. C'est pourquoi répondre à l'ensemble des besoins n'est pas chose simple. Plus particulièrement, des liens ont été établis entre, d'une part, les traumatismes historiques, l'obligation de résider dans des pensionnats indiens et les conditions de vie difficiles, et d'autre part, la prévalence accrue de maladies mentales et de toxicomanies chez les Premières Nations et les Inuits.

« Les programmes ne sont pas une panacée. Nos gens ont besoin de travail. Il faut qu'ils puissent combler leurs besoins essentiels. Ici, le coût de la vie rend la survie très difficile. » [Traduction]

- Membre d'une communauté inuite

Nécessité manifeste

Il est souvent difficile d'estimer avec exactitude la prévalence des maladies mentales et des toxicomanies chez les Autochtones, pour les raisons suivantes : 1) la probabilité qu'un trouble mental se présente en même temps qu'un trouble physique, comme les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et le diabète, est très élevée (Bombay et autres, 2009); 2) les Autochtones vivent plus souvent en région rurale, éloignée ou isolée que les autres Canadiens et, à ce titre, ils n'ont pas accès aux mêmes services de santé primaire (notamment : dépistage, diagnostic et traitement) que ces derniers (Statistique Canada, 2011); 3) maladie mentale et toxicomanie vont souvent de pair. Malgré ces limites, la revue de la littérature et de documents a révélé que la prévalence des maladies mentales et des problèmes de consommation qui suivent est beaucoup plus importante dans les communautés autochtones que dans la population canadienne en général, ce qui montre clairement que le groupe de la SMLT répond à des besoins.

- idéation suicidaire et décès par suicide;
- cas autodéclarés de dépression et d'épisode dépressif majeur;
- trouble de stress post-traumatique;
- abus de solvants et consommation occasionnelle excessive d'alcool; et
- trouble concomitant de santé mentale et de toxicomanie.

Suicide

Même si le taux de suicide varie considérablement au sein des communautés inuites et des Premières Nations, le suicide et l'automutilation demeurent les principales causes de décès chez les jeunes et les adultes des Premières Nations âgés de 10 à 44 ans (Santé Canada, 2006) et arrivent au deuxième rang des causes de décès chez les résidents de l'Inuit Nunangat (Inuit Tapiriit Kanatami, 2010).

Chez les jeunes membres des Premières Nations (âgés de 15 à 24 ans), le risque de mourir par suicide est de cinq à sept fois supérieur à la moyenne nationale. Chez les femmes et les hommes membres des Premières Nations, le taux de décès par suicide est lui aussi supérieur à la moyenne nationale, mais les hommes sont le plus à risque, en général (Santé Canada, 2007a). Chez les Inuits, le taux de suicide est environ onze fois supérieur à la moyenne nationale, et les victimes sont plus jeunes (Centre Ajunniginiq, 2006; Inuit Tapiriit Kanatami, 2010). Même si les jeunes, les femmes et les hommes autochtones présentent tous un risque de suicide, ce risque touche de manière disproportionnée les jeunes et les hommes adultes.

Besoins en matière de santé mentale

Chez les Autochtones, la prévalence de certains troubles mentaux est plus élevée que dans la population en général. En effet, d'après des données récentes, la prévalence de la dépression est très élevée chez les membres des Premières Nations, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves (Christian, 2009; Statistique Canada, 2006). Environ 30 % de ceux qui vivent dans une réserve disent avoir le cafard ou se sentir tristes ou déprimés depuis au moins deux semaines, signe d'une éventuelle dépression clinique (Christian, 2009). Le trouble de stress post-traumatique est peut-être aussi plus fréquent chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, puisqu'il a été associé à la vie en pensionnat indien (Corrado et Cohen, 2003).

Besoins relatifs à la toxicomanie

La dépendance à diverses substances est plus fréquente chez les Autochtones que chez les non-Autochtones canadiens en général. La prévalence de l'abus d'alcool est particulièrement élevée dans les communautés autochtones. Chez les Autochtones, les profils de consommation d'alcool diffèrent de ceux observés dans la population en général. Les membres des Premières Nations sont plus susceptibles de s'abstenir de consommer de l'alcool (34 % s'en abstiennent, comparativement à 21 % dans la population en général; Bombay et autres, 2009) et moins susceptibles de consommer régulièrement de l'alcool (18 % des membres des Premières Nations boivent régulièrement de l'alcool, comparativement à 44 % de la population en général qui boit de l'alcool toutes les semaines ou tous les jours; Dell et Lyons, 2007). En revanche, ils courent au moins deux fois plus de risques de consommer de l'alcool en quantité excessive une fois ou plus par semaine (16 %, par rapport à un taux de 6 % dans la population en général; Bombay et autres, 2009). Ils commencent aussi à consommer de l'alcool plus tôt que les autres Canadiens. L'enquête *Alberta Youth Experience Survey* a révélé que 35 % des jeunes Autochtones montrent des signes d'abus d'alcool, comparativement à 12 % des autres jeunes (Christian, 2009). Au nombre des motifs invoqués par les jeunes pour expliquer leur consommation figurent les suivants : avoir du plaisir, être sociable, fuir la réalité pour un moment, se donner du courage, se détendre ou prendre une pause de l'école, « parce que je peux le faire », faire face à des situations difficiles sévissant dans la communauté ou encore en raison de l'influence négative exercée par des modèles de rôle adultes (Christian, 2009). L'abus d'alcool ou d'autres drogues a aussi été associé à d'autres problèmes sociaux et événements traumatisants, comme la violence sexuelle, la pauvreté et l'infection au VIH (Mehrabadi et autres, 2008).

Les données indiquent que la consommation d'autres drogues est elle aussi plus fréquente chez les Autochtones que dans la population en général. En effet, la consommation de drogues illicites est au moins deux fois plus fréquente chez eux (7 %, comparativement à 3 % dans la population en général), et ils sont au moins deux fois plus à risque d'en mourir (7 pour 100 000 décès, comparativement à 3 pour 100 000; Dell et Lyons, 2007).

Troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie

D'après les estimations du Centre de toxicomanie et de santé mentale, de 20 à 80 % (selon l'endroit où l'échantillon est recueilli) des personnes (dans la population en général) souffrant d'un problème de santé mentale ont aussi des problèmes de toxicomanie (Christian, 2009). Chez les Autochtones, la dépression et les troubles de l'adaptation vont souvent de pair avec l'abus d'alcool. Par exemple, une étude réalisée aux États-Unis a révélé que 56 % des Autochtones souffrant d'alcoolisme avaient aussi reçu un diagnostic de trouble mental (Robin et autres, 2001). En outre, environ 34 % des Autochtones souffrant de trouble de stress post-traumatique sont aussi toxicomanes (Christian, 2009).

Enfin, les idées suicidaires seraient plus fréquentes chez les jeunes membres des Premières Nations qui consomment de l'alcool et des drogues illicites (Christian, 2009). Selon les données administratives recueillies par le Comité de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont fréquentes chez les jeunes Autochtones qui participent à des programmes de traitement de l'abus de solvants offerts dans le cadre du groupe de la SMLT. Près de la moitié (46 %) des jeunes traités ont fait part, de vive voix ou par écrit, de leur idée de s'enlever la vie, et le tiers (34 %) ont déjà fait une tentative de suicide.

Ainsi, les troubles mentaux et la toxicomanie vont assez souvent de pair, ce qui a tendance à compliquer le traitement et le rétablissement (National Institute of Mental Health, 2011). Il est possible que les services visant à traiter conjointement troubles mentaux et toxicomanie donnent les meilleurs résultats.

Troubles mentaux et toxicomanie : répondre aux besoins

D'après les résultats de la revue de la littérature et les renseignements obtenus de la plupart des informateurs clés, répondre à l'ensemble des besoins en matière de SMLT dans les communautés autochtones est une tâche complexe, pour les raisons suivantes : 1) les traumatismes historiques, notamment la discrimination et la marginalisation (Bombay et autres, 2009); 2) l'obligation, pour plusieurs générations d'enfants, de résider dans des pensionnats indiens (Fondation autochtone de guérison, 2006; Barron, 2009; Instituts de recherche en santé du Canada, 2009; Santé Canada, 2007 b; Loppie-Reading et Wein, 2009; Mussell, Cardiff et White, 2004; White et Jodin, 2007); 3) les conditions de vie difficiles, notamment les logements insalubres, l'isolement des communautés et la pauvreté (Barron, 2009; Bombay et autres, 2009; Conseil de la santé des Premières nations, 2007; Minore et Katt, 2007; Ogborne et autres, 2005; White et Jodoin, 2007).

Néanmoins, au cours des dernières années, certaines améliorations ont été apportées au chapitre de la santé mentale et de la lutte contre les toxicomanies dans ces communautés. D'après les données de l'Enquête régionale sur la santé, il y a eu, de 2002/03 à 2008/10, une réduction des tentatives de suicide et des idées suicidaires chez les jeunes membres des Premières Nations. Les adultes ont quant à eux eu moins d'idées suicidaires, mais leur taux de tentatives de suicide est demeuré le même (2005, 2010). Au nord comme au sud du 60^e parallèle, des informateurs clés ont convenu que les programmes de SMLT répondent à des besoins avérés en la matière.

Dans les communautés, les informateurs clés (au sud du 60^e parallèle) estiment que, pour le groupe de la SMLT, le taux de réussite des programmes de santé mentale est plus élevé que celui des programmes de lutte contre les toxicomanies. En revanche, les avis des informateurs clés à l'échelon national ou régional sont partagés quant à la réussite de ces programmes, et ces informateurs semblent plutôt d'avis que les programmes répondent mieux aux besoins en matière de lutte contre les toxicomanies que de santé mentale.

Pour ce qui est de la région du Nord, à en juger par la vaste gamme de programmes offerts, il semble que ces derniers soient adaptés aux besoins individuels et que l'approche soit choisie en fonction des besoins de la communauté. À la question visant à savoir si les activités permettent de répondre efficacement aux besoins en matière de SMLT dans leur communauté ou leur territoire, 87 % (n = 15) des informateurs clés au nord du 60^e parallèle ont répondu par l'affirmative, en choisissant « oui » ou « quelque peu ».

Pour accroître la capacité du groupe de la SMLT à répondre aux besoins des Premières Nations et les Inuits en la matière, les répondants ont proposé de nombreuses façons d'améliorer les programmes et les services. Mentionnons notamment : 1) la personnalisation des programmes pour répondre aux besoins uniques des différentes communautés; 2) l'intégration de démarches de guérison holistiques propres aux Premières Nations; 3) l'augmentation de l'offre de services dans les communautés, notamment de services de désintoxication, de programmes de promotion, de prévention, d'intervention précoce chez les jeunes et de prévention de l'abus des médicaments sur ordonnance. Plusieurs autres suggestions ont été formulées relativement à la formation et à la gestion des ressources humaines, notamment : 1) formation, pour les travailleurs et les membres de la communauté, axée sur l'intervention précoce; 2) recrutement et maintien en poste de professionnels de la santé compétents sur le plan culturel provenant de l'extérieur des petites communautés, afin de régler les problèmes de confidentialité accentués par les préjugés associés à la maladie mentale et aux toxicomanies; 3) augmentation de l'effectif en matière de SMLT (c.-à-d. accès accru aux services spécialisés de psychologues ou de psychiatres); 4) élaboration de stratégies pour favoriser l'intégration de nouveaux travailleurs dans les communautés, ce qui permettrait aux intervenants des programmes d'établir les liens de confiance nécessaires pour que les membres de la communauté aient recours à leurs services.

Toutes les données indiquent que les programmes de SMLT sont nécessaires pour lutter contre les problèmes complexes de santé mentale et de toxicomanie avec lesquels les communautés inuites et des Premières Nations sont aux prises. Répondre à l'ensemble des besoins n'est pas chose simple en raison des nombreux facteurs contributifs (p. ex. déterminants sociaux de la santé, traumatismes historiques, obligation, pour plusieurs générations d'enfants, de résider dans des pensionnats indiens).

4.1.2 Question fondamentale n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement

Le groupe de la SMLT cadre avec les priorités et les buts énoncés dans de récents discours du Trône, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (dont le Canada est signataire), la Déclaration de Wharerata (à laquelle le Canada souscrit) et avec les priorités établies par le gouvernement du Canada dans le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada. Voici certains exemples de priorités partagées : prioriser la santé des Canadiens; soutenir les communautés pour qu'elles trouvent elles-mêmes des solutions en matière de santé; renforcer les programmes s'adressant aux des Premières Nations et les Inuits et améliorer l'accès de ces populations aux services de santé par l'intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux.

Prioriser la santé des Canadiens et, plus précisément, celle des populations autochtones, fait partie des priorités du gouvernement fédéral. Il s'agit notamment :

- de « faire du Canada un lieu privilégié pour les familles », en accordant la priorité à la santé des Canadiens et en aidant les communautés à trouver leurs propres solutions à cet égard (gouvernement du Canada, 2010);
- de « défendre ceux et celles qui ont aidé à bâtir le Canada », en prenant comme point de départ les promesses faites dans le cadre de la présentation d'excuses aux anciens élèves des pensionnats indiens (gouvernement du Canada, 2010);
- de la signature par le gouvernement du Canada, en novembre 2010, de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, qui reconnaît à ces peuples le droit de jouir du meilleur état possible de santé mentale;⁸
- d'être « ici pour les familles qui travaillent fort », en garantissant aux Canadiens l'accès aux services de santé (Gouvernement du Canada, 2011); et
- d'un projet de loi d'initiative parlementaire déposé en 2010, qui recommandait l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide au Canada, en collaboration avec des organisations non gouvernementales, des provinces et des territoires, et de certains ministères fédéraux. Au moment de la rédaction du présent rapport d'évaluation, le projet de loi C-300, *Loi concernant l'établissement d'un cadre fédéral de prévention du suicide*, en était à l'étape de la première lecture au Sénat.

Le groupe de la SMLT permet d'appuyer ces priorités. D'une part, il favorise la collaboration avec des organisations et des communautés inuites et des Premières Nations et le renforcement de la capacité de ces organisations et communautés à obtenir de bons résultats en matière de SMLT et à prévenir les problèmes de santé mentale et l'abus de substances par l'offre de programmes et de services efficaces. D'autre part, il favorise le respect des droits des Inuits et des membres des Premières Nations de décider de leurs services de santé. Plus précisément, le

⁸ Énoncé du Canada appuyant la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (<http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1309374239861/1309374546142>)

groupe de la SMLT prend appui sur la présentation d'excuses par le gouvernement fédéral aux anciens élèves des pensionnats indiens et contribue au respect de l'engagement de ce dernier à offrir du soutien psychologique et affectif aux personnes touchées, par l'entremise du Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens.

Au cours de la période d'évaluation, un des résultats stratégiques formulés par Santé Canada était de veiller à ce que les des Premières Nations et les Inuits jouissent d'une meilleure santé et de favoriser l'égalité avec les autres Canadiens en matière de santé. Pendant cette période, les activités suivantes ont été réalisées en vue d'atteindre ce résultat stratégique : offre et renforcement des programmes communautaires; protection de la santé des personnes, des familles et des communautés des des Premières Nations et les Inuits; promotion des modes de vie sains, entre autres au moyen d'activités de prévention du suicide et de promotion du bien-être psychologique (Santé Canada, 2007, 2008, 2011 a, c). Le financement accordé au groupe de la SMLT témoigne aussi du statut prioritaire qu'ont les programmes de SMLT aux yeux du gouvernement fédéral. Dans ce domaine, les dépenses pour les activités de programme ont augmenté de 35 millions de dollars de 2008/09 à 2009/10 (Santé Canada, 2011a). En plus, de 2005/06 à 2009/10, le financement accordé à chaque programme du groupe de la SMLT a augmenté ou est demeuré le même (Santé Canada, 2007).

Les priorités propres à la DGSPNI, qui s'ajoutent à celles du Ministère, sont de garantir :

- que les des Premières Nations et les Inuits ont accès à autant de services que le reste de la population vivant dans les mêmes régions géographiques, et que ces services soient de la même qualité;
- le renforcement de la capacité de promotion de la santé et de prévention des maladies;
- que les des Premières Nations et les Inuits ont accès à des services de santé bien coordonnés, grâce à une meilleure intégration des programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux;
- que les des Premières Nations et les Inuits participent activement à la planification et à la prestation de leurs services de santé;
- l'accès à un système de santé publique dans les communautés inuites et des Premières Nations; et
- la transparence de la reddition de comptes et des responsabilités relativement à l'administration, à l'exécution et à l'évaluation des programmes de santé, ainsi qu'à la production de rapports à ce sujet.

Pour appuyer l'orientation des priorités susmentionnées, Santé Canada, l'APN et ITK ont élaboré récemment deux plans (Plan d'action stratégique pour le mieux-être mental des des Premières Nations et les Inuits et Alianait), qui visent directement l'amélioration de la santé mentale et la lutte contre les toxicomanies au sein des communautés inuites et des Premières Nations, dans le cadre d'un processus intensif de consultation et de participation des communautés pour établir et administrer les programmes connexes.

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

Les programmes du groupe de la SMLT cadrent avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Conformément à la politique visant à améliorer l'état de santé des Premières Nations et les Inuits, des efforts continuent d'être déployés pour favoriser la collaboration entre les communautés inuites et des Premières Nations et le gouvernement fédéral. Par l'élaboration de la Politique sur la santé des Indiens (1979) et la mise sur pied de la Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits au sein de Santé Canada en 1962 (appelée, à l'époque, la Direction générale des services médicaux), le gouvernement fédéral a renouvelé et redéfini son rôle de soutien à l'amélioration de la santé et du bien-être des des Premières Nations et les Inuits.

Le gouvernement du Canada reconnaît qu'il a un rôle à jouer dans l'amélioration de la santé et du bien-être des membres et des communautés des Premières Nations. En 1962, dans le but de fournir des services de santé adéquats aux communautés autochtones, Santé Canada a créé la Direction générale des services médicaux, en fusionnant les Services de santé aux Autochtones, le Service de santé du Nord et d'autres services extérieurs indépendants du gouvernement fédéral.⁹ En 1988, le premier accord de transfert final entre le gouvernement du Canada et un gouvernement territorial (celui des Territoires du Nord-Ouest) a été signé (Pierre, Pollack et Fafard). À l'heure actuelle, tous les territoires ont signé de tels accords (Pierre, Pollack et Fafard), qui délèguent aux gouvernements territoriaux les responsabilités en matière de santé des des Premières Nations et les Inuits.

En 2000, la Direction générale des services médicaux a été renommée pour devenir la Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits (DGSPNI) (Santé Canada, 2011a). Cette direction générale fournit des services de santé aux populations inuites et des Premières Nations de tout le Canada en réalisant des études et en offrant du financement, du soutien au personnel et des services de santé dans les communautés inuites et des Premières Nations d'un bout à l'autre du pays.

Le groupe de la SMLT fournit aux communautés le financement nécessaire pour répondre aux besoins exprimés par les communautés, ce qui cadre avec la politique du gouvernement du Canada qui reconnaît le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et les avantages que procure la participation active des personnes et des communautés à l'élaboration et à l'offre de programmes et de services répondant à leurs besoins.

Tous les informateurs clés des organismes autochtones nationaux (n = 5) se sont dits d'accord ou fortement d'accord avec le fait que les services et les programmes de SMLT cadrent avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral. Malgré tout, ils ont aussi insisté sur la nécessité de mettre l'accent sur les grands déterminants sociaux de la santé (p. ex. pauvreté, logement) au sein des communautés inuites et des Premières Nations.

⁹ Histoire de la prestation des services de santé aux peuples des Premières nations et aux Inuits (<http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/services-fra.php>)

La majorité (89 %, n = 45) des informateurs clés à l'échelon national et régional qui ont été interrogés et ont exprimé leur opinion sur l'harmonisation des programmes de SMLT avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations et les Inuits ont dit qu'il était d'avis ou fortement d'avis qu'il y avait concordance. Ils ont mentionné que les activités de programmes de SMLT permettent aux communautés inuites et des Premières Nations de tirer parti de leur résilience et de leur leadership interne et de mettre ces forces à profit pour créer des communautés plus fortes et plus saines.

Selon les résultats de la revue de la littérature et les informateurs clés, l'exécution des programmes du groupe de la SMLT est un rôle qui revient au gouvernement fédéral et à la DGSPNI.

4.2 Rendement

4.2.1 Question fondamentale n° 4 : Atteinte de résultats immédiats

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

La collaboration et le réseautage se sont accrus au cours de la période d'évaluation. Il s'agit d'éléments essentiels à la planification, à l'élaboration et à la prestation de services et de programmes de SMLT. Les informateurs clés ont indiqué que la collaboration et le réseautage doivent continuer à évoluer pour qu'il y ait une plus grande intégration et harmonisation avec les provinces et territoires pour la prestation de services.

Importance de la collaboration et du réseautage

Tous les informateurs clés, qu'il s'agisse d'intervenants communautaires, de directeurs de services de santé communautaire, de directeurs de centres de traitement, d'organismes autochtones nationaux ou d'informateurs clés à l'échelon national ou régional, ont souligné l'importance de poursuivre la collaboration et le réseautage afin d'améliorer les résultats des Premières Nations et les Inuits en matière de santé en intensifiant et en améliorant l'offre de services. Les sujets interviewés au nord du 60^e parallèle ont indiqué que les partenariats et la collaboration jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre des programmes de SMLT, surtout dans les petites communautés isolées et que, même s'il y a communication avec divers ordres de gouvernement (hameau, régional, territorial, fédéral), ils doivent faire l'objet d'une attention constante.

Les informateurs clés ont recensé des relations de collaboration diverses, établies pour appuyer certains aspects de la planification et de la mise en œuvre des programmes en particulier (c.-à-d. l'exécution des programmes, l'échange de renseignements, l'accès à la formation, l'aiguillage entre services et l'élaboration de politiques).

Exécution des programmes

Certaines communautés collaborent avec des organismes locaux de prestation de services (surtout des organismes de services sociaux ou familiaux) qui les aident à mettre en œuvre les programmes. Par exemple, une des communautés visitées a établi un partenariat avec un organisme régional de services familiaux et de santé qui dessert les Premières Nations et offre les programmes dans une de leurs communautés conformément à un accord de financement officiel. Le directeur des services de santé de cette communauté a déclaré que l'organisme fournit un appui non financier et du personnel pour l'offre des programmes suivants : Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé. Des directeurs de services de santé communautaires ont indiqué que, pour régler les problèmes de toxicomanie et de santé mentale, il est essentiel d'établir, avec d'autres communautés des Premières Nations, des partenariats clés permettant de planifier et d'élaborer des stratégies axées sur la communauté et sous sa direction.

Les communautés inuites visitées ont déclaré avoir établi de nombreux partenariats avec d'autres organismes offrant des services aux enfants, notamment : la province, l'autorité locale en matière de services aux familles et à l'enfance et d'autres organismes communautaires. Ces partenaires ont travaillé de concert pour offrir des services de SMLT.

Des données issues de la SNPSJA ont permis de mieux situer le rôle que jouent les partenariats et la collaboration pour renforcer les programmes de SMLT. Des intervenants ou des conseillers de la PNLAADA (69 %), des aînés (67 %), des travailleurs en santé mentale (63 %), des groupes jeunesse (57 %) et des travailleurs auprès des jeunes (51 %) ont été mentionnés à titre de partenaires internes (c.-à-d. services offerts dans le cadre de programmes de santé communautaire) pour la plupart des projets figurant dans le catalogue 2007/08 de la SNPSJA. En outre, des travailleurs en santé mentale (64 %), des programmes scolaires (62 %), des groupes jeunesse (55 %), des conseillers (54 %) et la GRC (49 %) faisaient partie des partenariats externes. Des représentants de projets de la SNPSJA ont indiqué que les partenariats et la collaboration à tous les échelons ont joué un rôle essentiel pour assurer la réussite de leur programme. L'analyse des modèles de rapports de la région du Nord a révélé que la collaboration avait été constante au sein des programmes de la SNPSJA, tout au long de la période sur laquelle porte l'évaluation, ce qui a eu une incidence positive sur les programmes. Voici quelques exemples :

- En 2005, lors du lancement de la SNPSJA, le gouvernement du Nunavut a organisé une conférence de deux jours à Rankin Inlet afin d'effectuer des consultations stratégiques sur les objectifs du financement de la Stratégie, de présenter l'Embrace Life Council et surtout, d'échanger sur les avantages de la communication interorganismes relativement aux communautés en santé. Des représentants de toutes les communautés du Nunavut étaient présents. Au cours de l'exercice suivant, soit en 2006/07, 15 projets de la SNPSJA, auxquels 365 personnes ont participé, ont vu le jour dans 10 communautés.
- En 2005, la TI'oondih Healing Society a organisé une fin de semaine de planification liée à la prévention du suicide chez les jeunes, grâce à du financement obtenu dans le cadre de la SNPSJA. Vingt-quatre représentants de huit communautés de Beaufort-Delta y ont assisté. L'activité a permis aux participants d'acquérir des connaissances élémentaires sur

les interventions visant à prévenir le suicide chez les jeunes et de répertorier ensemble les atouts et les ressources sur lesquels ils peuvent compter dans leurs communautés pour lutter contre le suicide chez les jeunes. De même, en 2005, une conférence jeunesse a été organisée à Inuvik (Inuvik Youth Conference) sur l'établissement de relations, et le gouvernement communautaire tlicho a organisé une activité réunissant aînés, adultes et familles pour offrir du soutien aux jeunes et les écouter.

Échange de renseignements

L'échange de renseignements entre tous les partenaires est essentiel à l'établissement de relations de collaboration positives et du réseautage. Selon les informateurs clés, les occasions d'échanger des renseignements seraient de plus en plus fréquentes. La plupart des informateurs clés à l'échelon national et régional (72 %, n = 39) ayant répondu à la question à ce sujet ont indiqué que l'échange de renseignements liés aux services et aux programmes de SMLT s'était intensifié. Dans le même ordre d'idées, lors d'entrevues avec des informateurs clés, 100 % (n = 14) des directeurs de services de santé communautaire et 90 % (n = 10) des directeurs de centres de traitement de communautés des Premières Nations au sud du 60^e parallèle ont eux aussi indiqué qu'au cours de la période sur laquelle porte l'évaluation, il y avait eu une augmentation du nombre d'occasions d'échanger des renseignements (p. ex. conférences, réunions, ateliers, conférences téléphoniques) sur les services et programmes de SMLT. Dans l'ensemble, les directeurs de services de santé communautaire dans les communautés inuites au sud du 60^e parallèle étaient d'avis que les occasions d'échanger des renseignements à cet égard étaient demeurées les mêmes ou s'étaient quelque peu intensifiées de 2005 à 2010. Les organismes autochtones nationaux ont déclaré qu'ils établissent des partenariats avec les régies régionales de la santé et d'autres organismes autochtones nationaux pour appuyer l'exécution des programmes du groupe de la SMLT. Les informateurs clés d'organismes autochtones nationaux ont indiqué que ces partenariats, en plus d'avoir contribué à mettre en lumière les problèmes de santé mentale, ont aussi contribué à mieux faire connaître le rôle de la culture dans l'exécution de programmes de SMLT.

Les informateurs clés des communautés inuites et des Premières Nations au sud du 60^e parallèle ont fourni des exemples de situations où les occasions d'échanger des renseignements se sont intensifiées :

- utilisation de la technologie pour échanger des renseignements (p. ex. messagerie texte, médias sociaux, courriel, téléconférences) avec des membres de la communauté et des professionnels d'autres communautés;
- accès à des travaux de recherche, à des publications et à des brochures; et
- occasions de réseautage et d'échange de renseignements (p. ex. conférences) entre travailleurs.

Accès à la formation

Les directeurs de centres de traitement (80 %, n = 10) et les directeurs de services de santé communautaires de communautés des Premières Nations au sud du 60^e parallèle (36 %, n = 14) ont insisté sur le fait qu'en raison des partenariats et de la collaboration, l'accès à la formation et aux services recommandés s'est amélioré. Les coûts ont quant à eux diminué, en raison de la mise en commun de ressources avec d'autres communautés locales des Premières Nations et des services de santé offerts à d'autres échelons (p. ex. provincial).

Aiguillage entre services

De nombreux répondants régionaux (75 %, n = 12) ont souligné l'importance d'établir des partenariats officiels avec les centres de santé locaux au sein de leurs administrations provinciales respectives pour qu'un lien soit établi entre les membres de leur communauté et les services offerts à l'extérieur des réserves, par exemple dans les centres de counseling et d'amitié des centres urbains, de même qu'avec les établissements postsecondaires pour que de la formation et des accréditations soient offertes au personnel de programmes dans les communautés.

Élaboration de politiques

Les partenariats les plus importants aux yeux des répondants à l'échelon national (34 %, n = 35) sont les partenariats officiels touchant la planification de haut niveau et l'élaboration de politiques, avec les organismes autochtones nationaux, notamment l'APN et Inuit Tapiriit Kanatami. Voici quelques exemples d'initiatives clés issues de tels partenariats : la SNPSJA, les équipes de mieux-être mental; Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada et le *Transformative Change Accord* de la Colombie-Britannique : Plan tripartite pour la santé des Premières nations.

Les organismes autochtones nationaux voient le processus de renouvellement du PNLAADA comme un modèle de pratique exemplaire pour l'élaboration de politiques et le renouvellement de programmes propres aux Premières Nations (Polson-Lahache, 2012). Certains éléments contribueront à l'orientation des efforts qui seront déployés à l'avenir pour renforcer et renouveler les services de SMLT offerts aux Inuits. Dans le cadre de ce processus, qui s'est déroulé de manière transparente et concertée, plus de 2 000 Autochtones ont pris part à l'élaboration d'Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada. Santé Canada travaille en étroite collaboration avec les Premières Nations sur tous les aspects de la mise en œuvre du Cadre. Les chefs des Premières Nations ont approuvé à l'unanimité une ébauche du Cadre, en adoptant une résolution à cet égard lors de l'assemblée extraordinaire des chefs de l'APN de décembre 2010. Tous s'attendent à ce que les réussites et les leçons tirées du processus de renouvellement orientent la mise sur pied d'un processus propre aux Inuits pour élaborer un cadre de continuum du mieux-être pour les Inuits qui portera notamment sur la SMLT.

En outre, le plan d'action stratégique du Comité consultatif sur le mieux-être mental des Premières Nations et les Inuits et le plan d'action Alianait sur le mieux-être mental propre aux Inuits ont été élaborés en partenariat avec l'APN et ITK, comme il a été mentionné auparavant (section 4.1.2).

Nécessité de poursuivre la collaboration et le réseautage

Les informateurs clés (21 %, n = 47) ont souligné que les partenariats et les relations de collaboration doivent continuer à évoluer de manière à favoriser une meilleure intégration de la prestation de services. Ils ont indiqué que des partenariats et des relations de collaboration ont été établis avec les gouvernements provinciaux, mais qu'ils sont relativement nouveaux et doivent faire l'objet d'une attention constante. Les partenariats à l'échelon de la région ou de la communauté sont l'occasion d'accroître l'investissement des provinces dans les programmes offerts aux Premières Nations et les Inuits, ce qui pourrait favoriser l'accès des membres de ces communautés aux services offerts par les provinces et combler ainsi certaines lacunes en matière de programmes.

Les informateurs clés de la région du Nord sont d'avis que l'établissement de partenariats et l'échange de renseignements sont les plus efficaces à l'échelon de la communauté, ainsi qu'avec d'autres fournisseurs de services de SMLT, mais ils estiment que le groupe de la SMLT n'avait pas permis d'accroître ou d'améliorer avec la même efficacité la collaboration et le réseautage entre les fournisseurs de services de SMLT à l'extérieur de leurs communautés, ou avec d'autres ordres de gouvernement. Au nombre des obstacles à l'amélioration de la collaboration et de l'établissement de partenariats au nord du 60° parallèle, il faut mentionner le roulement de personnel, les problèmes relatifs à la protection des renseignements personnels et à la confidentialité et le coût élevé des déplacements dans le Nord.

Selon les constatations, les occasions de collaborer et d'établir des partenariats se sont multipliées au cours de la période sur laquelle porte l'évaluation, et elles sont appréciées de tous les informateurs clés. Par ailleurs, ces derniers insistent sur la nécessité d'établir de nouveaux partenariats et de renforcer les partenariats existants. Par exemple, même si des partenariats et des relations de collaboration ont été établis avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, ils sont relativement nouveaux et doivent faire l'objet d'une attention constante.

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

Certaines améliorations ont été apportées au continuum des programmes et des services de SMLT offerts dans les communautés des Premières Nations et les Inuits. Plus particulièrement, la gamme des programmes et des services offerts a été élargie. Il y a eu très peu de chevauchements entre programmes, et l'intégration des programmes de SMLT s'est poursuivie. Pourtant, les lacunes en matière de programmes et de services – surtout en ce qui a trait au suivi et à l'accès aux services de désintoxication et aux autres services offerts par les provinces – demeurent des problèmes de taille. En outre, même s'il semble y

avoir eu des progrès au chapitre de l'intégration des programmes de SMLT à l'échelon de la communauté, certaines constatations donnent à penser qu'il est toujours difficile d'accroître l'intégration des programmes et des services et que cette dernière doit donc demeurer une priorité.

Pour pouvoir parler d'un continuum de services, il faut qu'une gamme de services soit accessible; et pour pouvoir parler de continuité des soins, cette gamme de services doit être intégrée. La prestation de services intégrée signifie que des services de santé sont gérés et offerts de manière à ce que les clients reçoivent un continuum de services préventifs et curatifs selon leurs besoins au fil du temps et à différents niveaux du système de santé [trad.] (OMS, 2008). Du point de vue du client, un continuum intégré signifie qu'il est facile pour lui de s'y retrouver, que les travailleurs de la santé considèrent sa santé comme un tout et que la communication est bonne entre les travailleurs des différents systèmes [trad.] (OMS, 2008).

Continuum des services de SMLT

Les informateurs clés de la région du Nord sont d'avis (67 %, n = 15) que le continuum de programmes offert aux communautés inuites et des Premières Nations s'est quelque peu amélioré de 2005 à 2010. Au cours de cette période, le lancement de la SNPSJA et de programmes relatifs aux pensionnats indiens a permis l'élargissement du continuum de programmes offerts aux habitants du Nord.

Les informateurs clés à l'échelon des communautés au sud du 60° parallèle et à l'échelon régional et national sont d'avis que la gamme des services et des programmes de SMLT s'est élargie. Les constatations suivantes touchent les communautés au sud du 60° parallèle :

- Dans les communautés inuites visitées, 100 % (n = 15) des travailleurs, des dirigeants et des directeurs de services de santé communautaires sont d'avis que la gamme des services et des programmes de SMLT s'est quelque peu ou beaucoup élargie.
- La majorité des répondants qui sont des travailleurs communautaires des Premières Nations (66 %, n = 58) sont d'avis que la gamme des services et des programmes de SMLT s'est élargie.
- La plupart des directeurs de services de santé communautaires (64 %, n = 14) des Premières Nations sont d'avis que la gamme des programmes offerts dans leur communauté s'est élargie au cours de la période sur laquelle porte l'évaluation.
- Presque tous les directeurs de centres de traitement (90 %, n = 10) ont indiqué que, pendant la période sur laquelle porte l'évaluation, leur centre avait élargi la gamme des programmes offerts. Plus précisément, beaucoup de centres ont mis en place des programmes plus traditionnels et adaptés à la culture, notamment des programmes axés sur les terres autochtones, et ont intégré des pratiques culturelles traditionnelles à l'exécution des programmes au quotidien. D'autres directeurs ont indiqué qu'ils avaient modifié les programmes pour les adapter aux nouveaux besoins (notamment : la prestation de soins adaptés au sexe, c. à d. aux femmes), régler certains problèmes associés aux pensionnats indiens, s'attaquer à la consommation de certaines drogues (p. ex. la méthamphétamine en cristaux) et offrir et faciliter le suivi.

- La grande majorité (80 %, n = 39) des répondants en mesure de répondre à la question à ce sujet sont d'avis que la gamme des services et des programmes de SMLT s'est quelque peu élargie ou beaucoup élargie pendant la période sur laquelle porte l'évaluation.

Chevauchements entre les programmes

Bien que des efforts soutenus se poursuivent pour améliorer encore davantage le continuum des services offerts aux communautés des Premières Nations, les chevauchements entre programmes ne sont pas considérés par les informateurs clés comme faisant problème

- La plupart (57 %, n=49) des travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières Nations et une proportion élevée de travailleurs communautaires, de dirigeants et de directeurs de services de santé œuvrant dans les communautés inuites (70 %, n=15) qui ont pu répondre à la question ont disconvencu qu'il y avait des chevauchements entre les programmes de SMLT et les autres programmes. Selon eux, le problème réside bien davantage dans la rareté du personnel et des ressources nécessaires pour administrer les programmes que dans les doubles emplois ou les chevauchements. Plusieurs travailleurs communautaires ont indiqué qu'il y a un certain niveau de doubles emplois et/ou de chevauchements avec les services provinciaux, mais ils ne considèrent pas que la situation soit critique, compte tenu des obstacles que doivent actuellement surmonter les membres des communautés pour accéder aux services provinciaux.
- Dans le Nunatsiavut, un directeur de services de santé communautaire a mentionné qu'un protocole de suivi des programmes et des biens communautaires a été mis en place afin de prévenir les chevauchements entre services.
- Les informateurs clés nationaux et régionaux interviewés ne considèrent pas les chevauchements entre les programmes de SMLT et les autres programmes comme problématiques. La plupart estiment que les possibilités de chevauchement dans les communautés inuites et des Premières Nations sont infimes.
- Une minorité d'informateurs clés nationaux et régionaux estiment que les programmes Grandir ensemble et Pour des communautés en bonne santé se recoupent avec les programmes Enfance et Jeunesse de la DGSPNI.

Intégration des services

De l'avis d'informateurs clés, bien que certains progrès aient été réalisés dans l'intégration des programmes de SMLT à l'échelon communautaire, l'intégration continue des programmes et des services, en particulier avec les services provinciaux, demeure un défi et une priorité dans l'ensemble des secteurs du groupe des programmes de SMLT. Parmi les répondants, 21 % (n=43) seulement des informateurs clés nationaux et régionaux, 56 % (n=39) des travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle et 80 % (n=15) des travailleurs communautaires en poste au nord du 60e parallèle ont indiqué que les programmes et les services de SMLT étaient bien intégrés à l'échelon des communautés. Neuf des 16 informateurs clés (56 %) au nord du 60e parallèle se sont déclarés quelque peu ou tout à fait en désaccord avec l'affirmation suivante : les programmes de SMLT entre 2005 et

2010 étaient bien coordonnés avec les autres services de santé et les autres services sociaux offerts dans ma communauté dans un souci d'éviter les doubles emplois et les lacunes dans la prestation des services.

- Les taux de renvois croisés entre programmes font apparaître un aspect positif de l'intégration dans les communautés inuites et des Premières Nations. Dans les communautés inuites visitées, 90 % (n=10) des travailleurs communautaires, des dirigeants et des directeurs de services de santé qui ont répondu à la question ont reconnu que les intervenants en santé mentale dirigent des bénéficiaires vers les intervenants en toxicomanies et 100 % (n=8) de ceux qui ont répondu à la question ont convenu que les intervenants en toxicomanies dirigent des bénéficiaires vers les programmes de santé mentale. La quasi-totalité des travailleurs communautaires en poste chez les Premières Nations ont reconnu que les intervenants communautaires en santé mentale dirigent les bénéficiaires vers les programmes des intervenants communautaires en toxicomanies, et vice-versa. Quatre-vingt-dix pour cent (n=37) des travailleurs communautaires qui ont répondu à la question ont reconnu que les intervenants en santé mentale dirigeaient des bénéficiaires vers les intervenants en toxicomanies et 92 % (n=36) ont indiqué que les intervenants en toxicomanies font de même en direction inverse. Bien que des renvois entre services aient lieu, l'intégration plus poussée des services demeure difficile.
- Les informateurs clés au sud du 60^e parallèle ont indiqué que l'intégration pose des défis permanents et importants :
 - La non-disponibilité de services de santé de suivi au sein des communautés est le problème le plus pressant qui fait obstacle à l'intégration des services dans les communautés inuites et des Premières Nations, en particulier dans le cas des toxicomanies sévères (p. ex. méthadone).
 - La compartimentation des services peut nuire aux échanges de renseignements et à la coordination entre travailleurs communautaires. Au cours des entrevues, des informateurs clés ont fait allusion au manque de communication entre les intervenants en santé mentale et les intervenants en toxicomanies et entre les travailleurs communautaires et les centres de traitement.
 - Des travailleurs communautaires au cours d'entrevues avec les informateurs clés ont fait mention de l'absence de soins psychiatriques et de services de counseling dans les communautés.
 - Les travailleurs communautaires ont largement attribué le manque d'intégration des services au sein des communautés à la planification à court terme qu'exige le financement à court terme.

Lacunes dans les services

Des lacunes dans les programmes et les services, en particulier dans les services de désintoxication, dans l'accès aux services provinciaux (p. ex. soins psychiatriques et soins pour malades aigus) et dans la continuité des soins (c'est-à-dire les soins de suivi) sont apparues clairement au sud du 60^e parallèle :

- La plupart 83 % (n=41) des personnes interviewées aux niveaux national et régional ont estimé qu'il y avait des lacunes dans les programmes et les services de SMLT. Certains répondants n'ont pas pu ou ont choisi de ne pas répondre à la question (n=6).
- Dans les communautés inuites visitées, 93 % (n=15) des travailleurs communautaires, des dirigeants, des directeurs de services de santé et des directeurs de centre de traitement ont répondu par la négative lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient l'impression qu'il n'y a pas de lacunes dans les programmes ou les services de SMLT (en d'autres termes, ces répondants considèrent qu'il y a des lacunes), alors qu'un répondant seulement s'est déclaré en accord avec la question. Un répondant seulement n'a pas pu (ou a choisi de ne pas) répondre à la question.
- Une proportion comparable (82 %, n=48) de travailleurs communautaires des Premières Nations ont répondu par la négative lorsqu'on leur a demandé d'indiquer s'ils avaient l'impression qu'il n'y a pas de lacunes dans les programmes ou les services de SMLT, alors que 14 % ont abondé dans le sens de la question. Vingt répondants n'ont pas pu ou ont choisi de ne pas répondre à la question, invoquant comme motif le fait qu'ils œuvraient dans leur communauté depuis moins de cinq ans.

Lorsqu'on leur a demandé de fournir plus de détails sur les lacunes dans les programmes ou les services de SMLT, les travailleurs communautaires, les directeurs de services de santé communautaire et les informateurs clés régionaux et nationaux ont répondu que les lacunes les plus importantes touchaient :

- **Les services de désintoxication.** Les personnes interviewées ont indiqué que des problèmes relatifs aux champs de compétence entre les administrations provinciales et le gouvernement fédéral interdisaient souvent l'accès aux services de désintoxication, étant donné que ces services ne sont dispensés que dans le cadre des systèmes de santé provinciaux et non par le gouvernement fédéral. Cette observation concorde avec les conclusions qui ressortent des études (groupe consultatif d'experts en toxicomanies des Premières nations, 2010).
- **L'accès aux services provinciaux.** En règle générale, l'accès aux services provinciaux (p. ex. services d'un psychiatre, soins pour malades aigus) demeure difficile, comme l'ont reconnu tous les groupes d'informateurs clés interviewés. Les listes d'attente qui permettent aux membres des communautés d'avoir accès à de tels services sont trop longues et l'accès aux professionnels de la santé et aux traitements dans les communautés isolées est difficile.
- **La continuité des soins.** La continuité des soins correspond au moment où les dispensateurs de services s'échangent des renseignements et se coordonnent entre eux de manière à faire profiter le bénéficiaire d'une continuité de soins, depuis le début jusqu'à la fin du traitement. À l'heure actuelle, il n'y a pas suffisamment de soins de suivi lorsqu'un bénéficiaire retourne chez lui après avoir été soigné dans un centre de traitement. Quarante pour cent des directeurs de centre de traitement et des directeurs de services de santé communautaire (n=24) dans les communautés des Premières Nations ont fait remarquer que les soins de suivi et la continuité des soins lorsqu'un bénéficiaire retourne chez lui sont déficients. L'importance des soins de suivi est confirmée par les études. En effet, lorsque des bénéficiaires toxicomanes (issus de la population générale)

qui terminent un programme de réadaptation ne font pas l'objet d'un suivi de qualité, leurs chances de rechute augmentent (Christian, 2009).

- **Ressources humaines en santé.** Quatre-vingt pour cent des directeurs de centre de traitement (n=10) ont mentionné que le nombre de travailleurs d'expérience était insuffisant pour répondre à leurs besoins, et 36 % (n=14) des directeurs de services de santé communautaire dans les communautés des Premières Nations ont déclaré qu'ils avaient besoin de davantage de personnel qualifié et de fonds pour pouvoir répondre aux besoins de leur communauté.

« Nous avons également besoin d'autres services, comme ceux de psychiatres et de psychologues. Nous avons besoin de tout le spectre des soins requis par les membres de la communauté, [du]guérisseur traditionnel jusqu'au psychologue » [Traduction]

Un travailleur communautaire

Force est de constater qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour améliorer le continuum des programmes et des services dans les communautés inuites et des Premières Nations. Même si à peu près aucun chevauchement entre services n'a été signalé, il existe des carences importantes dans les services, et des progrès peuvent être réalisés pour améliorer l'intégration des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies (p. ex. en recourant à une approche qui met l'accent sur la gestion des cas).

Résultat immédiat no 3 : Participation plus grande des personnes, des familles et des communautés inuites et des Premières Nations aux programmes et aux services

La participation aux programmes et aux services de SMLT a progressé au cours de la période visée par l'évaluation. Les obstacles suivants à la participation aux programmes de SMLT ont été signalés : préoccupations au sujet de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels, difficulté à se rendre jusqu'au lieu de prestation du service ou absence de services de garderie, stigmatisation permanente à l'égard de la maladie mentale ou de la toxicomanie et absence d'activités culturellement respectueuses ou culturellement compétentes, particulièrement dans le cas des femmes.

Progression de la participation aux programmes et aux services de SMLT

Les informateurs clés étaient tous d'avis que le taux de participation aux programmes et aux services de SMLT avait augmenté entre 2005/06 et 2009/10. La réaction positive des informateurs clés concernant la progression des taux de participation est corroborée par des données recueillies dans le cadre d'une analyse de renseignements provenant des accords de contribution.

Les données communiquées par la DGSPNI à partir du Système de suivi des services de soutien en santé mentale lié aux pensionnats indiens et du Système de gestion des contrats et des contributions (SGCC) révèlent que la participation des Premières Nations et les Inuits au Programme de soutien en santé pour la résolution de la problématique des pensionnats indiens a énormément évolué de 2005/06 à 2009/10, ce qui incite à penser que le nouveau service offert a été favorablement accueilli.

Le nombre d'individus uniques¹⁰ qui ont eu accès à des services de counseling sur la problématique des pensionnats indiens est passé de 356 en 2005/06 à 4 441 en 2009/10, moment où le programme avait atteint sa pleine vitesse de croisière. De plus, le nombre de séances de counseling dispensées à des bénéficiaires est passé de 1 837 en 2005/06 à 26 748 en 2009/10. Enfin, une progression notable du nombre des personnes qui ont utilisé des services de transport et du nombre des déplacements effectués par ces personnes a été enregistrée.

Le nombre d'anciens élèves et de membres de la famille qui ont eu accès à des travailleurs de soutien en santé en vue de la résolution de la problématique des pensionnats a progressé avec la mise en œuvre du programme dans l'ensemble du Canada. Le nombre de membres de la famille qui ont eu accès à des travailleurs de soutien en santé a été multiplié par quatre de 2007/08 à 2008/09 (mais il a quelque peu régressé en 2009/10 par rapport à 2008/09), alors que le nombre d'anciens élèves qui ont eu accès à des travailleurs de soutien en santé a plus que doublé de 2007/08 à 2008/09 (même s'il a, lui aussi, quelque peu reculé en 2009/10 par rapport à 2008/09). La baisse du taux de fréquentation enregistrée en 2009/10 pourrait indiquer que la plupart des membres des familles de survivants des pensionnats indiens et/ou que la plupart des anciens élèves des pensionnats indiens qui souhaitaient utiliser ces services l'avaient fait, puisque l'on a commencé à offrir ces services entre 2007/08 et 2008/09.

Le nombre d'anciens élèves de pensionnats indiens et de membres de la famille qui ont eu accès aux services de dispensateurs de soutien culturel a lui aussi notablement progressé. Le nombre de membres de la famille qui ont accédé aux services de dispensateurs de soutien culturel a augmenté chaque année au cours de la période où des données ont été recueillies, ayant globalement progressé par un facteur de plus de 12 au cours de cette période (824 en 2007/08 par rapport à 10 290 en 2009/10). Le nombre d'anciens élèves de pensionnats indiens qui ont accédé aux services de dispensateurs de soutien culturel est passé de 1 743 en 2007/08 à 24 864 l'année suivante, encore qu'il ait quelque peu régressé en 2009/10 par rapport à 2008/09.

Facteurs qui ont influé sur les taux de participation

De nombreux facteurs qui exercent une influence sur la participation des membres des communautés des Premières Nations et des communautés inuites ont été relevés au cours des entrevues menées au sud du 60^e parallèle. La participation peut être influencée par l'accès ou par des obstacles à l'accès aux programmes. L'évaluation a permis de déterminer que les facteurs suivants jouent un rôle chez les Premières Nations et les Inuits :

¹⁰ On entend par individus uniques le nombre de personnes qui ont accédé aux services, sans égard au nombre de fois auquel elles y ont accédé.

- Problèmes de confidentialité et de protection de la vie privée. Les membres des communautés préfèrent souvent avoir accès à des services offerts à l'extérieur de la communauté. Toutefois, ces services peuvent ne pas être culturellement compétents ou culturellement respectueux et, qui plus est, ils peuvent être plus difficiles d'accès, même dans les communautés non isolées.
- Difficulté à se déplacer jusqu'au lieu de prestation du service de SMLT.
- Stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Bien que la stigmatisation soit en recul, elle continue de peser sur la volonté des membres d'accéder aux programmes et aux services.
- Femmes qui ont des difficultés particulières d'accès aux services. Les femmes qui ont été victimes de violence de la part d'hommes peuvent être intimidées ou avoir peur de se confier à du personnel masculin (thérapeutes, personnel infirmier et médecins) et préférer avoir affaire avec du personnel féminin en santé mentale.
- Absence de services de garde pour les enfants.
- Absence d'activités culturellement compétentes et culturellement respectueuses dans certaines communautés et manque de flexibilité du programme par rapport aux besoins multiples et changeants des membres de la communauté en matière de santé mentale et de toxicomanies.
- Le taux de roulement élevé des dispensateurs de soins de santé et la présence de dispensateurs n'ayant pas reçu la formation adéquate ont également été cités comme des facteurs exerçant une influence sur les taux de participation. Les informateurs clés ont indiqué que le taux élevé de roulement du personnel empêchait les participants de bénéficier d'une continuité de soins auprès d'un même professionnel de la santé avec lequel ils auraient établi une relation de confiance.

Plusieurs des mêmes facteurs influant sur les taux de participation ont été également mentionnés par les informateurs clés au nord du 60e parallèle, notamment les suivants : la stigmatisation, qui est considérée comme le principal obstacle à une progression des taux de participation, les problèmes de confidentialité et de protection de la vie privée et le taux élevé de roulement du personnel.

Même si l'évaluation a mis en évidence des obstacles à la participation aux programmes et aux services de SMLT, les communautés ne partagent pas toutes les mêmes difficultés et n'exigent pas toutes les mêmes solutions. Il est nécessaire de continuer d'appuyer les communautés par divers moyens afin de les aider à cerner et à surmonter les obstacles qui leur sont propres.

« Les gens sont ici depuis des années. Ils trouvent difficile de faire confiance au personnel et aux travailleurs qui offrent des services. Certains ont peur que d'autres dans la communauté ne découvrent leurs problèmes. » [Traduction]

-Un Aîné (vivant dans une communauté non isolée)

Résultat immédiat no 4 : Sensibilisation accrue aux bonnes habitudes de vie

La sensibilisation aux bonnes habitudes de vie dans les communautés inuites et des Premières Nations avait progressé, et cette progression était souvent attribuée à la participation aux programmes de SMLT. Les jeunes qui suivaient un traitement pour cause de toxicomanie étaient informés des conséquences négatives de leur comportement sur la santé et l'évaluation a permis de découvrir que 82 % des jeunes des Premières Nations recevant un traitement contre la dépendance aux solvants et que 90 % des familles de ces jeunes étaient sensibilisés aux effets de l'abus des substances.

On a demandé aux travailleurs communautaires, aux directeurs de centre de traitement et aux informateurs clés régionaux et nationaux d'indiquer si la sensibilisation aux comportements sains (p. ex. aptitude à « faire face », relations harmonieuses, alimentation équilibrée et activité physique) avait progressé chez les Premières Nations et les communautés inuites.

- Parmi ceux qui ont pu répondre à la question, 30 % (n=39) des informateurs clés nationaux et régionaux considéraient que la sensibilisation aux comportements sains avait progressé dans les communautés.
- Dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle, la plupart des directeurs de services de santé communautaire ont répondu par l'affirmative (67 %, n=12), et parmi les travailleurs communautaires qui ont pu répondre à la question, 67 % (n=51) ont reconnu que la sensibilisation aux comportements sains avait progressé dans leurs communautés.
- La progression de la sensibilisation aux comportements sains était souvent attribuée à la participation à des programmes de SMLT. Parmi les programmes offerts, les travailleurs communautaires considéraient que les programmes de prévention destinés aux jeunes (p. ex. les présentations sur les drogues montrant aux jeunes le côté sombre de la consommation de drogues), le counseling et les programmes de soutien psychologique sont particulièrement efficaces. Les répondants ont également mentionné que les groupes et les cercles sociaux améliorent la sensibilisation des membres de la communauté en général aux bonnes habitudes de vie.
- La plupart (76 %, n=34) des informateurs clés nationaux et régionaux qui ont pu répondre à la question ont indiqué que, à leur avis, la quantité de renseignements communiqués aux communautés sur les comportements sains avait progressé au cours de la période d'évaluation.
- On a demandé aux informateurs clés des programmes pour le Nord d'indiquer si les renseignements disponibles avaient aidé à sensibiliser les participants aux différences entre les comportements sains et les comportements malsains liés aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. La plupart (56 %, n=15) ont répondu par l'affirmative, à savoir que les renseignements en question avaient effectivement contribué à faire progresser le degré de sensibilisation, mais 25 % (n=15) ont indiqué que ces renseignements avaient été « plus ou moins » utiles.
- Les répondants des groupes témoins dans les deux communautés inuites visitées ont indiqué que les programmes et les services de SMLT avaient contribué à sensibiliser leur communauté aux comportements sains.

- Les jeunes qui suivaient un traitement pour cause de toxicomanie recevaient de l'information sur les conséquences de leur comportement. La base de données du Comité sur l'abus de solvants chez les jeunes (CASJ) révèle que 82 % des jeunes des Premières Nations qui suivaient un programme de traitement pour leur toxicomanie et que 90 % des familles de ces jeunes étaient sensibilisés aux effets de l'abus des substances.

La sensibilisation aux comportements sains semble avoir progressé; toutefois, des renseignements supplémentaires recueillis auprès des participants aux programmes permettraient une meilleure appréciation des progrès réalisés dans l'atteinte de ce résultat.

4.2.2 Question fondamentale n 4 : Atteinte des résultats intermédiaires

Résultat intermédiaire no 1 : Augmentation de la pratique de comportements sains

L'évaluation a révélé que les programmes de SMLT incitaient les membres des communautés inuites et des Premières nations à adopter des comportements sains. Les membres des communautés ont des interactions sociales plus positives, n'hésitant pas à prendre part à des pratiques traditionnelles et à demander de l'aide au besoin. Un petit nombre de personnes interviewées ont également fait mention d'une baisse de la consommation d'alcool et de drogues dans leur communauté. Toutefois, les travailleurs communautaires ont fait remarquer qu'il y a encore place à amélioration en ce qui concerne l'adoption de bonnes habitudes de vie.

Plus de la moitié des travailleurs communautaires et des informateurs clés (n=68) ont indiqué avoir constaté des améliorations dans l'aptitude à faire face, l'estime de soi et les relations positives. Selon les travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières Nations au sud du 60° parallèle, les comportements sains suivants sont les plus pratiqués :

- faire des choix alimentaires favorables à la santé;
- prendre part à des interactions sociales plus positives (p. ex. faire du bénévolat, fraterniser avec ses semblables);
- faire plus d'exercices;
- participer à des activités traditionnelles (comme visiter les Aînés, vivre sur le territoire, etc.); et
- demander de l'aide au besoin (notamment recourir aux services de santé physique et mentale et aux services de traitement des toxicomanies).

Un petit nombre de personnes interviewées avaient également observé une réduction de la consommation d'alcool et de drogues et des améliorations dans les pratiques de parentalité positives chez les membres de leur communauté.

« Je vois moins de cas d'ivrognerie, plus de dialogue avec les Aînés et une plus grande volonté de parler des problèmes de santé mentale et de toxicomanies. » [Traduction]

- Un Aîné

Dans les deux communautés inuites visitées (au sud du 60e parallèle), la plupart (72 %, n=18) des répondants au sondage qui ont répondu aux questions ont déclaré que la socialisation entre membres de la communauté avait progressé au cours de la période d'évaluation. Alors que 40 % seulement (n=15) des mêmes répondants ont indiqué que le bénévolat chez les membres de la communauté avait progressé, 53 % (n=15) ont fait remarquer que la participation des dirigeants communautaires aux activités de guérison s'était améliorée au cours de la période d'évaluation.

Trois-quarts (75 %, n=51) des travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières nations au sud du 60e parallèle qui ont pu répondre aux questions ont indiqué avoir observé une progression dans les comportements positifs, comme l'aptitude à faire face, l'estime de soi et les relations harmonieuses.

Les données de l'étude sur les résultats des centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones concordent avec les observations des travailleurs communautaires en poste au sud du 60e parallèle. Les conclusions de l'étude montrent que, au terme de leur traitement, les bénéficiaires tendent à adopter des comportements plus sains. La plupart des bénéficiaires qui ont participé à l'étude sur les résultats ont indiqué avoir pris part à plus d'activités de soutien des toxicomanes (50 %), d'activités culturelles et sociales (57 %), de pratiques spirituelles (62 %) et d'activités de santé et de mise en forme (61 %) après leur traitement. Un peu plus de quatre bénéficiaires sur dix (45 %) ont fait davantage appel aux services de soutien en santé mentale après leur traitement.

À la question de savoir si les programmes de SMLT au nord du 60e parallèle ont contribué à accroître la pratique de comportements sains chez les Premières Nations et les Inuits des trois territoires, on possède des réponses contradictoires. Des représentants de gouvernements territoriaux et de Premières nations du Yukon ont fait état dans leur modèle de rapport communautaire annuel de nombreuses améliorations attribuables aux programmes de SMLT. Les comportements suivants, entre autres, se seraient améliorés : aptitude à faire face, confiance en soi et relations harmonieuses. Toutefois, ces conclusions positives n'ont pas été confirmées par les informateurs clés. Les informateurs clés au nord du 60e parallèle, notamment les représentants des gouvernements des territoires, les représentants communautaires et les dispensateurs de services relatifs à la problématique des pensionnats indiens, ont indiqué que chacun des types de comportement sains mentionnés dans l'entrevue (aptitude à faire face, bonne estime de soi, capacité de « rebondir », connaissance de la culture, participation à des activités traditionnelles, adaptation au stress et non-consommation de drogues) avait enregistré un recul au cours de la période de 2005 à 2010. On peut en conclure que les programmes favorisent la pratique de comportements positifs chez ceux qu'ils rejoignent, sans contribuer à une progression globale de ces comportements au niveau de la population.

« Nous allons nous réhabituer aux façons saines de vivre, en occupant le territoire et en nous alimentant de façon équilibrée. »
[Traduction]

-Un travailleur communautaire

Les données de l'étude sur les résultats suggèrent que, après le traitement, les bénéficiaires demandent du soutien (90 %), leur état de santé est meilleur (84 %), et ils sont davantage enclins à améliorer leur scolarisation et/ou leur situation professionnelle s'ils en ont l'occasion.

Les études de cas de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones révèlent ce qui suit :

- Le camp d'aventures Taïga (T.N.-O.) a aidé les campeurs à renforcer leur confiance en soi en tant que personne et leader. Les campeurs étaient également davantage en mesure de faire face adéquatement à l'échec. Par conséquent, ce projet peut favoriser l'estime de soi et la capacité d'adaptation des participants.
- Le corps des cadets d'Hobbema (en Alberta) a accru le nombre d'amis déclaré des participants et favorisé la confiance, l'estime de soi et l'espoir.
- Le projet « Sur le chemin du mieux-être » (Saskatchewan) a amélioré chez les garçons la connaissance de la capacité d'adaptation et de la capacité de résolution de problèmes.
- Un examen du projet Daughter Spirit in Action (mis en œuvre au Manitoba) a révélé que les participants avaient une plus grande confiance en soi et étaient plus à même de communiquer leurs idées et leurs opinions. Bon nombre des membres de l'équipe, d'Aînés et de jeunes considéraient que la formation en prévention du suicide leur avait donné les capacités nécessaires pour comprendre, discuter et fournir du soutien pour la prévention du suicide dans leur communauté.

Les comportements positifs chez les membres des communautés ont progressé. Par exemple, on constate que les interactions sociales positives sont plus nombreuses, que la participation aux activités traditionnelles est plus élevée et que le recours à du soutien est plus fréquent. Des renseignements supplémentaires recueillis auprès des participants contribueraient à une meilleure appréciation des progrès réalisés dans l'atteinte de ce résultat.

Résultat intermédiaire no 2 : Accroissement de la responsabilisation des communautés inuites et des Premières Nations et de leur capacité de combattre l'abus d'alcool et d'autres drogues, le suicide, le tabagisme et d'autres problèmes de santé mentale

La responsabilisation des communautés inuites et des Premières Nations et leur capacité de combattre l'abus d'alcool et d'autres drogues, le suicide, le tabagisme et d'autres problèmes de santé mentale ont progressé au cours de la période évaluée. Il y a eu des améliorations aux niveaux de la formation du personnel, du contrôle local, de la flexibilité et de l'expression de la culture dans les programmes. Dans la mesure où elles prennent davantage en main leurs activités de lutte contre les problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les communautés peuvent apporter aux programmes des adaptations qui correspondent à leurs propres besoins. Bien que les possibilités de formation soient plus nombreuses, les besoins demeurent aigus, en partie à cause du taux élevé de roulement du personnel et de la nécessité de corriger les déficits de formation mentionnés par les informateurs clés (c'est-à-dire formation en gestion au niveau communautaire, sensibilisation des fournisseurs de services non autochtones à la culture autochtone et problématiques courantes dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies).

Progression du nombre de travailleurs formés et de travailleurs qualifiés

La plupart des directeurs de services de santé communautaire dans les communautés des Premières nations (n=14) situées au sud du 60e parallèle ont indiqué que, entre 2005 et 2010, on avait donné davantage de formation aux travailleurs afin de les aider à mieux répondre aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie. Au cours des dernières années, les fonds attribués à la formation du personnel et au recrutement de travailleurs qualifiés ont été bonifiés, de sorte que les centres de santé peuvent dispenser davantage de services aux membres des communautés. Tous les directeurs de services de santé dans les communautés inuites visitées situées au sud du 60e parallèle (N=3) ont déclaré que le nombre de travailleurs formés et de travailleurs qualifiés (c'est à dire les travailleurs qui ont la formation adéquate pour s'acquitter de leurs tâches) avait augmenté au cours de la période évaluée.

La plupart des directeurs de centre de traitement (n=10) ont indiqué appliquer un processus officiel pour déterminer le type de formation requis par le personnel des centres. Ils ont également reconnu que la formation qu'ils reçoivent est utile et qu'ils avaient la formation adéquate pour s'acquitter de leurs tâches correctement; toutefois, moins de la moitié de ces répondants étaient d'accord pour dire qu'il était facile d'accéder à la formation offerte.

L'analyse documentaire a permis de constater, dans les documents reçus des gouvernements territoriaux, que des fonds étaient utilisés pour donner de la formation aux travailleurs communautaires, aux membres des communautés et aux jeunes. Dans bon nombre de cas, les fonds de l'initiative Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé étaient utilisés à l'échelle communautaire pour offrir de la formation dans les domaines suivants : activités de lutte contre l'intimidation à l'école, cours de cuisine créative et entraînement athlétique, entre autres. La formation prévue dans le cadre du financement de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) était généralement planifiée de manière stratégique par les gouvernements territoriaux et offerte aux représentants de diverses communautés. Cinquante pour cent (n=16) des informateurs clés au nord du 60e parallèle ont reconnu également que le financement lié aux programmes de SMLT versé aux gouvernements territoriaux et aux communautés des Premières Nations entre 2005 et 2010 a été utilisé à des fins de formation dans le but de renforcer les capacités de mise en œuvre des programmes de SMLT, alors que 43 % (n=16) ont répondu « non » à cette question ou n'étaient pas certains. Huit des neuf répondants (89%) qui ont pu commenter ont indiqué que, « oui », la formation avait effectivement permis de renforcer les capacités de mise en œuvre des programmes de SMLT.

Bien que les informateurs clés aient indiqué que la formation avait progressé, des besoins aigus persistent au niveau des travailleurs communautaires. La plupart des directeurs de centre de traitement considèrent que les besoins en formation certifiée (programmes d'une durée d'au moins une année scolaire), en éducation permanente (courtes études qui conduisent à une mise à niveau ou au maintien des connaissances) et en formation de courte durée (formation d'une semaine à trois mois qui n'est pas reconnue dans un programme certifié) se sont accentués entre 2005 et 2010. La plupart des directeurs de centre de traitement ont indiqué que le nombre de travailleurs formés en poste dans les services de traitement de la toxicomanie de leur centre n'était pas suffisant pour satisfaire à la demande actuelle. Ils estiment qu'il faudrait améliorer les

perspectives de formation par une bonification du financement consacré au perfectionnement du personnel. En outre, plusieurs directeurs de centre de traitement ont l'impression que l'admission continue de nouveaux participants aux programmes nuit à la capacité des centres de planifier la formation du personnel. Enfin, les problèmes de maintien en poste causés par les taux élevés de roulement du personnel et l'augmentation des coûts de formation qui en découle ont des effets négatifs sur les ressources qui peuvent être affectées à la formation.

Les informateurs clés préconisent que de la formation soit offerte, entre autres, dans les domaines suivants :

- sensibilisation des fournisseurs de services non autochtones à la culture et aux pratiques de guérison traditionnelles autochtones;
- formation en supervision clinique et en ressources humaines (p. ex. formation en gestion); et
- formation sur la dépendance aux opiacés et les techniques de sevrage.

Contrôle local de la planification et de la mise en œuvre des programmes et des services de SMLT

L'importance du contrôle local dans la planification et la mise en œuvre des programmes et des services de SMLT concorde avec les conclusions de l'analyse documentaire. Les communautés qui exercent un plus grand contrôle sur leurs programmes, leurs installations et leurs institutions ont tendance à avoir des taux de suicide et de toxicomanie plus faibles. Parmi les facteurs d'autodétermination liés à ces tendances, mentionnons les titres fonciers, l'autonomie gouvernementale, la forte participation des femmes à la gouvernance des bandes et le contrôle des politiques et des services en matière d'éducation, de police, de culture, de santé et de bien être des enfants (Lalonde, 1998, 2008). Le fait d'avoir le contrôle de ces services permet aux communautés de protéger leurs traditions et de maîtriser leur avenir collectif (Lalonde, 2006). Bien que l'on ne dispose pas de données probantes sur le contrôle de la conception des programmes, la documentation donne à penser que l'autodétermination peut contribuer à la résilience de la communauté et à sa capacité de s'adapter au changement en se réorganisant, tout en préservant son identité (Hopkins et Dumont, 2010).

Les informateurs clés dans les communautés inuites et des Premières Nations et aux niveaux régional et national ont mentionné que le contrôle local de la planification et de la mise en œuvre des programmes et des services avait progressé par rapport à il y a cinq ans. En atteste l'augmentation, au cours de la période d'évaluation, du nombre de communautés qui ont conclu des ententes de financement flexible ou de transfert souple. En effet, en 2005, on ne comptait qu'une seule communauté et qu'un seul conseil tribal responsables de 13 Premières Nations qui participaient à un régime de transfert souple. En 2009, 23 communautés avaient signé des ententes de financement flexible, tandis que 51 fonctionnaient suivant un régime de transferts souples.

La plupart des informateurs clés étaient d'avis que les communautés exercent maintenant un plus grand contrôle sur la planification et la mise en œuvre des programmes et des services.

- Le nombre de travailleurs communautaires, de dirigeants et de directeurs de services de santé (78 %, n=14) dans les communautés inuites au sud du 60e parallèle qui considéraient que le contrôle des programmes par les communautés s'était amélioré au cours de la période d'évaluation était nettement supérieur au nombre de ceux qui croyaient le contraire (7%). La plupart des personnes interviewées ont répondu à cette question.
- De même, le nombre de travailleurs communautaires dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle (38 %, n=68) qui étaient d'accord pour dire que le contrôle des programmes s'était amélioré était plus élevé que le nombre de ceux qui croyaient le contraire (6%). Un pourcentage élevé (38 %) des personnes interviewées n'ont pas été en mesure de répondre à cette question, et 18 % n'étaient ni d'accord, ni en désaccord avec la question.
- Cinquante-neuf pour cent (n=47) des informateurs clés interviewés aux niveaux régional et national qui ont répondu à la question étaient soit tout à fait d'accord, soit d'accord pour dire que les communautés exerçaient davantage de contrôle sur la mise en œuvre des programmes et des services de santé mentale et de traitement des toxicomanies.

Même si les communautés exercent maintenant plus de contrôle sur leurs programmes locaux, les personnes interviewées étaient d'avis que ce contrôle doit être renforcé. Les informateurs clés ont formulé les recommandations suivantes en ce sens :

- établir des partenariats équitables entre les communautés et la DGSPNI afin de permettre une meilleure compréhension des besoins des communautés; et
- recourir à des partenariats tripartites (c'est-à-dire entre la communauté, la province ou le territoire et la DGSPNI) afin d'améliorer le contrôle exercé par la communauté sur les programmes qu'elle offre.

Ces recommandations des informateurs clés sont en concordance avec la documentation, selon laquelle les accords tripartites peuvent jouer un rôle important dans l'amélioration du contrôle exercé par les communautés sur les services de santé. Les accords tripartites, les protocoles d'entente et les comités mixtes, comme ceux présents en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario respectivement, visent à accroître le contrôle exercé par les Premières Nations sur la planification, la conception, la gestion et la mise en œuvre des programmes de santé dans leurs communautés (Nursing Dirigeantship, 2012). En outre, MacKinnon (2005) souligne que les approches tripartites permettent une meilleure intégration et, partant, une réduction des écarts dans les soins entre les Premières nations et les provinces. Lavoie et coll. (2010) croient même que les accords tripartites, en améliorant l'autonomie de la communauté et le contrôle local, pourraient contribuer à améliorer l'état de santé de la population.

Certaines personnes interviewées mettaient toutefois en doute le caractère approprié des ententes de financement des programmes et des services de SMLT, compte tenu de leur incidence sur le contrôle local. Des représentants nationaux et régionaux et des travailleurs communautaires estimaient que les ententes de financement actuelles gênent la prise de contrôle des programmes et des services de SMLT par les communautés. Des directeurs de services de santé communautaire au sud du 60e parallèle ont fait observer que ces ententes permettent aux communautés de choisir des programmes qui répondent à leurs besoins, mais qu'elles ne favorisent pas suffisamment la conception des programmes au niveau communautaire.

Le contrôle local des programmes de SMLT a progressé dans la région du Nord. De 2005 à 2007, le gouvernement du Nunavut et celui des Territoires du Nord-Ouest appliquaient des accords qui offraient très peu de latitude quant aux modalités d'application de chaque programme dans la communauté. Au cours de cette période, Santé Canada appliquait des accords de financement intégré avec 14 Premières Nations du Yukon pour une partie du financement des programmes et des services de SMLT. Entre 2007 et 2010, 11 des 14 Premières Nations du Yukon sont devenues autonomes et ont pu prendre le contrôle de bon nombre des programmes inclus dans le groupe de la SMLT grâce à un accord de transfert. Après l'introduction par la DGSPNI en 2007 d'un nouveau cadre de financement, les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest et les Premières Nations du Yukon n'ayant pas leur autonomie ont signé des accords transitoires permettant plus de marge de manœuvre dans la conception des programmes et l'allocation des fonds.

Flexibilité des programmes pour répondre aux besoins locaux

Le contrôle local accru des programmes permet aux communautés de mieux cerner et combler les besoins locaux. Les informateurs clés ont souligné que la flexibilité, l'adaptabilité et la réceptivité aux besoins locaux sont des composants essentiels des programmes et des services de SMLT. La plupart des personnes interviewées considèrent que les programmes et les services de SMLT sont flexibles et répondent aux besoins locaux, comme il est indiqué ci-après :

- 65 % (n=43) des informateurs clés nationaux et régionaux qui ont pu répondre à la question considèrent que les services sont flexibles et répondent aux besoins locaux.
- 64 % (n=45) des travailleurs communautaires dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle sont d'accord avec la question (23 répondants ont déclaré « ne pas savoir » ou trouvé la question « sans objet »).
- 93 % (n=15) des travailleurs communautaires, des dirigeants et des directeurs de services de santé dans les communautés inuites au sud du 60e parallèle ont répondu oui à la question (un seul répondant a dit « ne pas savoir » ou trouvé la question « sans objet »).
- Dans le Nord, 56 % (n=16) des informateurs clés au niveau communautaire et territorial considèrent que les programmes de SMLT sont « quelque peu » flexibles, alors que 44 % considèrent qu'ils sont quelque peu ou très rigides.
- La plupart des directeurs de centre de traitement et la totalité des directeurs de centre de santé communautaire dans les communautés des Premières Nations considèrent que les programmes de SMLT sont suffisamment flexibles pour répondre aux besoins locaux.

Expression de la culture dans les programmes

Tous les représentants nationaux, régionaux et territoriaux, les directeurs de centre de traitement, les travailleurs communautaires et les directeurs de services de santé dans les communautés des Premières Nations et les Inuits considèrent qu'il est important que les programmes de SMLT tiennent compte de la culture de la communauté.

L'inclusion de pratiques culturelles dans les programmes de traitement des problèmes de santé mentale et de toxicomanie est un sujet abondamment traité dans la documentation, où l'on considère qu'elle est essentielle au succès de ces programmes dans les populations des Premières Nations. Les communautés et les particuliers qui ont une identité culturelle bien définie et qui maîtrisent le langage traditionnel montrent des taux de suicide et de toxicomanie plus faibles (Institut canadien d'information sur la santé, 2009; GCETPN, 2010; Hopkins et Dumont, 2010; Lalonde, 1998, 2006). En outre, la participation à des activités culturelles est considérée comme un facteur important de prévention des problèmes de santé et d'encouragement à la guérison chez les jeunes autochtones (CSPN, 2007). Un aspect de la culture et de la spiritualité autochtones sur lequel on s'est attardé est la croyance dans l'interconnexion entre les humains et la terre. Traditionnellement, les Autochtones se considèrent issus de la terre mère et destinés à habiter des espaces précis; ils ont besoin de terre autant pour définir leur identité que pour se nourrir et s'abriter (Hopkins & Dumont, 2010).

L'analyse documentaire a révélé l'intégration de pratiques culturelles à deux volets de programmes :

- Une étude récente du PNLAADA montre que les taux de réussite dans les programmes comportant un volet culturel sont plus élevés que dans les programmes qui en sont dépourvus (Santé Canada, 2011). On peut en déduire que les pratiques culturelles peuvent contribuer à la rétention dans les programmes de traitement des problèmes de toxicomanie.
- Les activités qui encouragent une connexion avec la nature (p. ex. les activités de chasse à caractère culturel et traditionnel financées dans le cadre du programme Grandir ensemble) protègent contre les problèmes de santé mentale, en particulier chez les hommes (Santé Canada, 2006).

La plupart des personnes interviewées considèrent également que les programmes et les services de SMLT s'inspirent, de fait, des pratiques culturelles des communautés. Sont de cet avis 84 % (n=47) des représentants nationaux et régionaux, 80 % (n=68) des travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle, 88 % (n=15) des travailleurs communautaires, des dirigeants et des directeurs de services de santé dans les communautés inuites au sud du 60e parallèle qui ont répondu à la question et 88 % (n=16) des représentants communautaires et territoriaux au nord du 60e parallèle.

Les personnes interviewées estiment que les pratiques culturelles sont essentielles à la cohésion de la personne, de la famille et de la communauté. Les personnes interviewées ont indiqué que la culture « fait partie de tout ce que [les membres de la communauté] font ». Les travailleurs communautaires et les directeurs de services de santé ont présenté les exemples suivants pour illustrer comment les programmes de SMLT s’inspirent de pratiques culturelles communautaires :

- cérémonie de suerie/tente de suerie;
- cercles de partage;
- purification par la fumée;
- prière;
- festins communautaires;
- mise en œuvre de programmes dans les langues traditionnelles;
- utilisation de valeurs et de conceptualisations traditionnelles de la guérison (p. ex. roue de la médecine, pavillons de ressourcement, guérisseurs traditionnels);
- artisanat traditionnel (p. ex. confection de tambours);
- mise à profit du savoir et des qualités de chef des Aînés;
- enseignement de l’histoire et de la culture de la communauté aux jeunes (p. ex. attribution de noms spirituels aux enfants et aux jeunes); et
- séjours sur le territoire ou dans des lieux sacrés ou historiques.

Les membres des deux communautés inuites visitées sont d’avis que les programmes et les activités de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies (en particulier les programmes destinés aux jeunes) tentent généralement d’intégrer les pratiques culturelles (celles susmentionnées) de la communauté.

« [Le volet culturel] nous aide à attirer des membres qui, autrement, ne participeraient probablement pas [aux activités des programmes] »
[Traduction]

– Un Aîné

L’importance de l’intégration de pratiques culturelles au traitement des clients est considérée par les informateurs clés à tous les niveaux (OAN, niveau communautaire et représentants nationaux et régionaux de Santé Canada) comme primordiale pour encourager les communautés à participer activement à la mise en œuvre des programmes. Bien qu’il ne faille pas postuler que toute intervention a une pertinence « pan autochtone », la culture est un facteur protecteur clé qui protège les membres de la communauté contre le suicide, les toxicomanies et les problèmes de santé mentale (Kirmayer, 2009). Par conséquent, les traitements offerts dans les communautés inuites ne peuvent pas être établis à partir de modèles élaborés pour les Premières Nations, et un modèle de traitement élaboré pour une Première Nation ou une communauté inuite ne peut être appliqué à l’ensemble des communautés. Les informateurs clés régionaux et nationaux ont dit qu’il est difficile d’intégrer des pratiques culturelles aux paramètres des programmes de SMLT établis par la DGSPNI. Certains ont mentionné qu’il existe d’excellentes activités culturelles, mais qu’elles ne sont pas prises en compte parce qu’elles n’ont pas de rapports directs avec les

objectifs du programme. Les informateurs clés considèrent que la formation du personnel, le contrôle local, la flexibilité et l'expression de la culture dans les programmes ont progressé, mais qu'il est important de poursuivre sur cette lancée en ce qui concerne la conception, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes axés sur les besoins particuliers de chaque communauté ou région.

Résultat intermédiaire no 3 : Accès amélioré à des programmes et à des services de qualité et bien coordonnés pour les jeunes, les familles et les communautés inuite et des Premières Nations

L'accès à des programmes de qualité et bien coordonnés s'est amélioré, et les programmes de SMLT sont de haute qualité. Toutefois, des problèmes de maintien en poste et de formation du personnel et d'offre de services spécialisés et adaptés à la culture (p. ex. services psychiatriques) persistent et des lacunes sont présentes dans le continuum des services offerts (c'est-à-dire le suivi des soins); cette situation pourrait nuire à la qualité des programmes.

Accès aux programmes et aux services de SMLT

La plupart (71 %, n=38) des personnes interviewées aux niveaux national et régional qui ont répondu à la question considèrent que l'accès aux programmes et aux services s'est quelque peu ou beaucoup amélioré. Parmi les travailleurs communautaires en poste dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle qui ont été interviewés, 14, soit près de 20 %, ont répondu qu'ils ne savaient pas si l'accès s'était amélioré ou ont été incapables de répondre à la question, car ils travaillaient dans la communauté depuis moins de cinq ans. Chez les autres travailleurs communautaires qui ont pu répondre à la question, 66 % (n=54) considèrent que l'accès aux programmes et aux services a quelque peu ou beaucoup progressé.

À peu près le même pourcentage de travailleurs communautaires, de dirigeants et de directeurs de services de santé dans les deux communautés inuites (au sud du 60e parallèle) visitées (67 %, n=15) qui ont pu répondre à la question estiment que l'accès aux programmes et aux services s'est quelque peu ou beaucoup amélioré. Seul un répondant inuit n'a pas été en mesure de répondre à la question.

Qualité¹¹ des programmes et des services de SMLT

Pour pouvoir se prononcer sur la qualité des programmes et des services de SMLT, l'évaluation a examiné la disponibilité de professionnels accrédités ou certifiés, déterminé la mesure dans laquelle des pratiques exemplaires sont intégrées aux programmes, notamment des approches traditionnelles et culturellement pertinentes, et a recueilli les points de vue d'informateurs clés.

¹¹ La « qualité » a été définie comme un état d'excellence dans la mise en œuvre (personnel, services et installations).

Parmi les travailleurs communautaires en poste au sud du 60e parallèle qui ont pu donner leur opinion, la quasi-totalité, soit 81 % (n=33), considèrent que les programmes sont de qualité élevée. Cinquante et un pour cent ne savaient pas ou n'ont pas pu donner leur opinion. La plupart des directeurs de services de santé communautaire établis dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle considèrent que les programmes et les services de SMLT sont de haute qualité et que la qualité des services s'est améliorée entre 2005 et 2010. La totalité des directeurs de services de santé communautaire, des dirigeants et des travailleurs communautaires (n=11) établis dans les deux communautés inuites visitées (au sud du 60e parallèle) qui ont répondu à la question considèrent que la qualité des programmes, des services et des mesures de soutien offerts à l'échelon des communautés s'est amélioré au cours de la période évaluée. La plupart (75 % de ceux qui ont répondu, n=12) considèrent également que ces programmes, services et mesures de soutien sont de haute qualité. La vaste majorité des informateurs clés nationaux et régionaux qui ont pu répondre à la question (82 %, n=40) conviennent que les programmes et les services de SMLT se sont améliorés entre 2005 et 2010.

Toutefois, les travailleurs communautaires (n=68) et les directeurs de services de santé communautaire (n= 13) établis dans les communautés des Premières nations situées au sud du 60e parallèle soulignent que la qualité pourrait être encore améliorée si :

- l'on utilisait du personnel de longue date très bien formé afin que les bénéficiaires aient davantage confiance dans les traitements prévus au programme, soit en recrutant du personnel déjà qualifié, soit en renforçant la formation donnée au personnel en poste;
- l'on sensibilisait davantage le personnel communautaire à la culture autochtone afin de rehausser le sentiment de confiance entre les travailleurs et les bénéficiaires;
- l'on améliorerait les communications et fournissait plus de ressources et de financement afin d'accroître les services et de faciliter l'accès à des services plus spécialisés au sein de la communauté (p. ex. des services psychiatriques); et
- l'on améliorerait le suivi des traitements dans le cas de nombreux problèmes de toxicomanie, comme la méthadone.

Par ailleurs, les travailleurs communautaires (n=10) et les directeurs de services de santé (n=3) dans les deux communautés inuites visitées (au sud du 60e parallèle) ont insisté sur la nécessité :

- de créer un processus mieux intégré de prise en charge des cas;
- d'établir davantage de services de proximité;
- d'accroître la participation des bénéficiaires aux programmes en dissipant leurs préoccupations au sujet de la protection des renseignements personnels et de la confidentialité;
- de réduire le roulement du personnel; et
- d'introduire des programmes de prévention proactive du suicide dans les communautés.

« On a besoin d'un conseiller avec qui les gens puissent parler. On ne peut pas tout remettre entre les mains des Aînés et du personnel du centre de santé. Ils n'ont pas été formés pour cela. » [Traduction]

-Un travailleur communautaire

On a demandé aux directeurs de centre de traitement de donner leur opinion sur l'accès à des services accrédités comme mesure de la qualité. Selon les directeurs (n=10), l'offre de services de professionnels certifiés ou accrédités varie entre les centres, comme il est illustré ci après :

- Tous les centres de traitement offre l'accès à des intervenants en traitement et en alcoolisme/toxicomanie présents sur place.
- La plupart offrent l'accès à des psychologues, à des psychiatres et à des travailleurs sociaux cliniques à l'extérieur du centre.
- La plupart offrent l'accès à un psychiatre ou à un diététiste.
- Des intervenants de crise sont présents sur place dans la moitié des centres.
- Un petit nombre de centres offrent les services de personnel infirmier, de travailleurs sociaux cliniques, d'un psychologue ou d'un nutritionniste présents sur place.
- Aucun des centres n'offre les services d'un psychiatre présent sur place.

L'opinion des informateurs clés varie en ce qui a trait à l'intégration de pratiques exemplaires aux programmes, laquelle favoriserait la qualité de ces derniers :

- La majorité des directeurs de centre de traitement (60 %, n = 6) étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que les programmes et les services de SMLT sont fondés sur des données probantes, y compris sur des pratiques exemplaires ou prometteuses.
- La plupart des directeurs de la santé communautaire (n = 14) des communautés des Premières Nations situées au sud du 60e parallèle ont indiqué qu'ils ne savaient pas ou ne pouvaient pas dire si les programmes et les services de SMLT reposaient sur des pratiques fondées sur des données probantes.
- Bon nombre de travailleurs, de directeurs de la santé et de chefs de file (n = 15) des communautés inuites visitées (situées au sud du 60e parallèle) ne pouvaient pas non plus dire si les programmes et les services de SMLT étaient fondés sur des données probantes. Des quinze répondants, seulement huit ont répondu à la question, et de ceux-ci, 75 % étaient d'accord avec l'énoncé, alors que 25 % n'étaient ni en accord, ni en désaccord.
- Plus de la moitié (57 %, n = 39) des informateurs clés aux échelons national et régional qui ont répondu à la question ont indiqué que les programmes de SMLT étaient fondés sur des pratiques exemplaires en vue d'offrir des options de traitement adéquates en matière de santé mentale et de toxicomanie aux membres des communautés inuites et des Premières Nations.

- Bien qu'elles conviennent que les programmes étaient fondés sur des données probantes, plusieurs personnes interviewées des régions (n = 10) ont souligné que la mise en œuvre adéquate de ces programmes et de pratiques exemplaires était plus difficile dans certaines communautés parce que les ressources, les connaissances et la formation y sont limitées.

L'examen des documents montre que des pratiques exemplaires ont été recensées et appliquées aux programmes de SMLT. Par exemple, le Programme de soutien en santé – Résolution des questions liées aux pensionnats indiens applique la pratique exemplaire d'intégrer les approches autochtones traditionnelles et occidentales en matière de guérison. Pour ce faire, il fournit aux anciens élèves des pensionnats indiens l'accès à des services occidentaux de consultation et à des services de mieux-être traditionnel, comme ceux offerts par les fournisseurs de soutien culturel et les travailleurs de la santé communautaire au sein d'organismes Inuits et des Premières Nations situés dans les communautés.

Plusieurs régions ont fourni des données démontrant qu'elles utilisent des pratiques exemplaires et des approches fondées sur des données probantes dans leurs programmes. Le centre de guérison Nimkee NupiGawagan de l'Ontario s'est associé au Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et à l'Université Carleton pour réaliser des travaux de recherche sur les pratiques de traitement destinées aux jeunes ayant des problèmes d'abus de solvants. En se fondant sur les résultats de ces travaux, les responsables du programme ont augmenté la durée du traitement en résidence à quatre mois (Bobet, 2010). De plus, la région de la Saskatchewan a cerné plusieurs modèles de traitement fondés sur des données probantes qui étaient largement utilisés dans le cadre du PNLAADA en 2009, y compris dans les modèles holistiques, biopsychosociaux, de résilience et d'étapes du changement (PRA Inc., 2009).

Les répondants de tous les groupes ont souligné que même si des services de qualité en matière de SMLT sont offerts dans les communautés, le grand nombre de personnes ayant besoin de ces services dépasse celui des places disponibles, ce qui fait que bon nombre de ces personnes n'obtiennent pas l'aide nécessaire.

4.2.3 Question fondamentale n° 4 : Atteinte des résultats à long terme

Résultat à long terme : Contribuer à améliorer l'état de santé des personnes, des familles et des communautés inuites et des Premières Nations en consolidant le continuum des programmes et des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies.

Les programmes du groupe de la SMLT ont contribué à améliorer l'état de santé mentale, à réduire les problèmes de toxicomanie et à améliorer l'état de santé général des communautés cibles.

Selon les données de l'étude sur les résultats des centres de traitement du PNLAADA, les centres de traitement ont réussi à produire des changements positifs en matière de sobriété et d'abstinence chez les clients. Toutefois, ces données ont été produites à partir d'un échantillon de commodité de 10 des 55 centres, donc les résultats ne s'appliquent peut-être pas à tous les centres de traitement.

Les réponses fournies par plus de cent clients du PNLAADA ayant suivi un traitement indiquent que le pourcentage de clients ayant réduit leur consommation après le traitement était de 76 % (opioïdes) à 100 % (inhalants), selon la substance consommée.

En outre, un grand nombre de clients ont indiqué qu'ils avaient complètement cessé de consommer après le traitement. Les taux à cet égard étaient plus faibles pour l'alcool (47 %) et le cannabis (48 %) que pour les autres substances.

L'Enquête régionale sur la santé (ERS) fait état de changements positifs en ce qui a trait aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie chez les membres des Premières Nations de la phase 1 (2002/03) à la phase 2 (2008/10) de l'ERS. Par exemple :

- Le nombre de jeunes ayant fait une tentative de suicide est passé de 9,6 % à 5,9 % (ERS 2002/03 et 2008/10), et le nombre de jeunes qui envisageaient le suicide est passé de 21,1 % à 16,5 % de 2002 à 2010 (ERS 2002/03 et 2008/10). Ces données semblent indiquer que les jeunes ont accès à l'aide ou aux ressources leur permettant de décider de ne pas faire une tentative de suicide ou de ne pas avoir recours au suicide comme moyen de faire face au stress ou à leurs problèmes.
- La proportion d'adultes des Premières Nations ayant songé au suicide est passée de 30,9 % en 2002/03 à 22,0 % en 2008/10. Toutefois, la proportion des personnes ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide est demeurée relativement stable (15,8 % en 2002/03 et 13,1 % en 2008/10).

Les données qualitatives tirées des entrevues avec les informateurs clés aux échelons national, régional et communautaire semblent indiquer que les programmes et les services de SMLT contribuent à améliorer l'état de santé.

- La plupart (80 %, n = 14) des directeurs de santé communautaire des communautés des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle avaient tendance à être neutres ou à être d'accord sur le fait que les membres de leur communauté avaient connu des améliorations en ce qui a trait à leur état de santé mental, à leurs problèmes de toxicomanie et à leur santé générale. Un seul directeur de santé communautaire a indiqué qu'il n'était pas d'accord avec cette affirmation.
- La plupart des travailleurs communautaires des communautés des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle qui pouvaient répondre à la question (67 %, n = 45) ont indiqué qu'ils avaient constaté des améliorations dans l'état de santé général des membres de la communauté. Certains d'entre eux ayant fourni des explications sur la question (durant l'entrevue) ont indiqué qu'ils avaient vu des changements dans les capacités d'adaptation et la volonté d'obtenir de l'aide ou un traitement pour des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie chez les membres de la communauté. Toutefois, les travailleurs communautaires ont souligné qu'il y avait toujours de grands problèmes de santé mentale dans leur communauté, notamment de la stigmatisation ainsi que des problèmes liés aux expériences vécues dans les pensionnats indiens et aux traumatismes intergénérationnels qui en ont découlé.

- Parmi les participants Inuits aux programmes (80 %, n = 15) des deux communautés situées au sud du 60e parallèle ayant été visitées qui ont répondu à la question, la plupart ont indiqué être d'accord sur le fait que les programmes de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies les avaient aidés à améliorer leur santé.
- Dans l'ensemble, les travailleurs communautaires, les directeurs de la santé communautaire et les dirigeants (n = 15) des communautés inuites situées au sud du 60e parallèle avaient l'impression que les programmes et les services de SMLT avaient contribué à améliorer la santé relativement à l'abstinence d'alcool, à la réduction de la stigmatisation en faveur de l'accès à des services de santé mentale et de meilleures compétences de vie.
- Près de la moitié (49 %, n = 38) des informateurs clés aux échelons national et régional qui se sont sentis en mesure de répondre à la question avaient l'impression que les programmes et les services de SMLT avaient amélioré la santé mentale chez les Premières Nations et les Inuits.
- Plus de la moitié (53 %, n = 39) des informateurs clés aux échelons national et régional qui étaient en mesure de répondre à la question avaient l'impression que les programmes et les services de SMLT avaient amélioré l'état de santé général chez les Premières Nations et les Inuits.

« [Les membres de la communauté] ont commence à faire des choses sans consommer d'alcool ou de drogues et à passer plus de temps avec leur famille. » [Traduction]

- Aîné

Ces données montrent une amélioration mesurable de l'état de santé dans des domaines liés aux programmes de SMLT, notamment le suicide et les toxicomanies. Il n'est pas clair dans quelle mesure ces améliorations sont attribuables aux programmes et aux services de SMLT ainsi qu'à d'autres facteurs, comme les déterminants sociaux de la santé et d'autres programmes connexes. Toutefois, les données de l'étude sur les résultats du PNLAADA et de l'ERS permettent de conclure que les programmes et les services de SMLT entraînent une amélioration mesurable de l'état de santé, plus précisément en matière de toxicomanie et de suicide.

4.2.4 Question fondamentale n° 5 : Évaluation de l'économie et de l'efficacité

Certaines améliorations ont été apportées en matière d'efficacité (p. ex. dans le traitement des demandes de financement), mais l'efficacité de la prestation des programmes de SMLT pourrait être améliorée davantage. La mesure du rendement à partir des résultats des programmes permettrait de mieux évaluer l'économie et l'efficacité des programmes lors des prochaines évaluations.

La *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor définit la démonstration de l'efficacité et de l'économie comme une évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extrants et aux progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés. Cela demande une ventilation des dépenses selon les volets de programme et les principales activités du groupe de la SMLT. L'information financière générale sur le groupe de la SMLT était disponible, mais ce n'était pas le cas des données sur le nombre de programmes exécutés à l'échelon communautaire ni de celles concernant la réaffectation de fonds au sein du groupe de la SMLT et entre celui-ci et les programmes de la DGSPNI. Il a donc été difficile d'effectuer une évaluation rigoureuse de l'économie et de l'efficacité pour les programmes du groupe de la SMLT. Par conséquent, les autres approches présentées ci-dessous ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation.

- Traitement des questions touchant l'économie aux étapes de la mise en œuvre et de l'exécution du programme (activités, extrants) au moyen d'une évaluation des données financières disponibles (examen de l'utilisation des ressources) et des réponses fournies par les informateurs clés.
- Obtention et examen des données qualitatives issues des entrevues avec les intervenants (aux échelons de la communauté et de la direction) concernant l'efficacité des programmes de SMLT, c.-à-d. utilisation des pratiques exemplaires ou prometteuses dans la conception et la prestation des programmes de SMLT, le niveau de satisfaction quant à l'efficacité du processus de planification (c.-à-d. renouvellement, financement, processus de responsabilisation des programmes) et la perception quant à la souplesse des programmes de SMLT pour répondre aux besoins locaux.

Économie

Bien que cette situation ne soit pas unique au groupe de la SMLT, le suivi des données financières sur le rendement relativement aux activités et aux extrants (calcul du coût de revient) n'est pas uniforme. Le secteur de programme n'a pas recueilli les données financières sur le rendement pour certaines activités de programme relatives aux composantes (volets). Il a été difficile d'effectuer une évaluation rigoureuse de l'économie compte tenu de ces limites, mais nous avons tenté, dans le cadre de l'évaluation, de fournir une idée générale de l'utilisation des ressources en examinant les dépenses de financement et les inducteurs de coût et en demandant le point de vue des principaux intervenants afin d'obtenir d'autres renseignements sur l'économie.

Les données financières actuellement disponibles pour les exercices 2005/06 à 2009/10 sont présentées dans le tableau 4-5. Il est important de noter que ces données sur les dépenses comprennent les coûts organisationnels ainsi que les coûts d'exécution des programmes. Il n'a pas été possible d'obtenir une ventilation distincte des coûts administratifs des programmes pour l'évaluation.

Table 4-5
MHA Program Financial Information
Expenditures (\$M)

Programme de SMLT	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09	2009/10	Total
PNLAADA	49	52	55,1	58,8	62,4	277,3
GE	30,8	30,4	33,2	34,6	37,4	166,4
PCBS	22,7	23,6	23,8	24,8	29,3	124,2
PSS-RQPI	3,2	6	12,5	29,2	38,8	89,7
PNLASJ	12,9	15,2	15,2	16,6	17,3	77,2
SNPSJA	1,8	9,4	12,4	13,2	13,8	50,6
Transfert pour les programmes de SMLT	N/D+	N/D	N/D	57	51,9	108,9
Total – Groupes de programmes de SMLT (M\$)*	120,4	136,6	152,2	234,2	250,9	894,3

+ Non disponible parce que les montants transférés pour les programmes de SMLT ne peuvent pas être ventilés à partir des montants totaux transférés pour ces années.

* Le groupe de programmes de la SMLT comprend les programmes suivants : PNLAADA, GE, PCBS, PSS-RQPI, PNLASJ et SNPSJA.

Les données financières ont été approuvées par l'AFPDG.

Durant la période visée par l'évaluation, des changements ont été apportés à la façon d'inscrire le financement versé aux communautés au moyen d'accords de transfert. En 2008/09, le code de l'activité de programme pour les transferts à la SMLT a été créé pour la saisie des coûts associés aux programmes relevant de l'autorisation de programmes de la SMLT figurant dans les accords pluriannuels de transfert de services de santé entre les bénéficiaires Inuits et des Premières Nations (les communautés) et Santé Canada. Ce code n'existait pas avant 2008/09, et un code de transfert plus général de la DGSPNI était utilisé. Par conséquent, il a été impossible de séparer les dépenses destinées précisément à la SMLT des montants globaux transférés par la DGSPNI de 2005/06 à 2007/08. De plus, le programme de la SNPSJA a débuté en 2005, mais jusqu'en 2006/07 et 2007/08, il ne visait pas les communautés.

Selon le rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada (2006/07), les fonds versés initialement à chacun des programmes du groupe de la SMLT ont augmenté ou est resté le même chaque année de 2005/06 à 2009/10 (Santé Canada, 2007). Les dépenses relatives aux activités de programmes de la SMLT ont augmenté de 82 millions de dollars de 2007/08 à 2008/09 parce que la programmation pour le programme sur les pensionnats indiens s'est accélérée et qu'on a commencé à coder et à consigner les montants de transfert à la SMLT.

Les répondants aux échelons régional et national étaient divisés quant à leur niveau de satisfaction à l'égard de l'économie que le groupe de la SMLT a permis de réaliser (c.-à-d. la mesure dans laquelle ils croyaient que le groupe de la SMLT avait démontré avoir fait une utilisation minimale des ressources de manière à optimiser les extrants requis pour atteindre les résultats immédiats) : le nombre de répondants qui se sont dits satisfaits et le nombre de ceux qui

se sont dits insatisfaits étaient à peu près égaux. Une grande proportion de répondants (44 %, n = 21) ont été incapables de parler d'économie, soit parce qu'ils étaient mal à l'aise de le faire, soit parce qu'ils avaient l'impression qu'ils n'avaient pas les connaissances ou l'expertise pour parler de l'économie réalisée grâce au groupe de la SMLT.

Il a été difficile de démontrer l'économie globale associée au groupe de la SMLT compte tenu du manque de données financières (dépenses allouées par activité type). Ainsi, nous n'avons pu effectuer qu'une analyse descriptive des ressources (de nature qualitative), et il nous a été impossible de déterminer comment le groupe a pu établir un équilibre entre ses ressources et la maximisation des extrants ou l'atteinte des résultats escomptés.

Efficiencia

La majorité des informateurs clés ont indiqué qu'ils étaient satisfaits de l'efficiencia avec laquelle le groupe de la SMLT atteignait ses résultats immédiats. Cependant, ils ont aussi formulé des commentaires sur la façon dont les aspects de la prestation du programme et l'environnement de la prestation peuvent influencer sur l'efficiencia.

Les répondants ont parlé de l'efficiencia relativement aux ressources et au contrôle par la communauté. Les directeurs de centre de traitement (80 %, n = 10) et les directeurs de santé communautaire des communautés des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle (36 %, n = 14) ont souligné que l'accès à la formation et aux services prescrits s'était amélioré et que les coûts avaient diminué grâce à la mise en commun des ressources des services de santé entre les communautés locales des Premières Nations et d'autres échelons (p. ex. province).

Bon nombre de répondants croient fermement qu'il faut adapter les services pour répondre aux besoins particuliers des communautés et sont d'avis que l'augmentation du contrôle des services pas la communauté permettra d'améliorer l'efficiencia en ciblant ses besoins et ses forces. Plusieurs répondants aux échelons national et régional ont aussi indiqué qu'une meilleure intégration et une collaboration accrue au sein des programmes de SMLT amélioreraient l'efficiencia en réduisant le cloisonnement entre les programmes et en favorisant le travail avec des partenaires pour offrir de manière efficiente le continuum de soins.

« J'ai l'impression que les programmes nous offrent une certaine flexibilité qui nous permet d'intégrer un peu mieux les services. »
[Traduction]

- Un informateur clé

La majorité des répondants aux échelons régional et national (n = 33) ont convenu qu'il était possible de faire mieux en ce qui a trait à l'efficiencia de la prestation des programmes de SMLT. Plusieurs questions ayant trait aux ressources humaines ont été soulevées, notamment la formation et le maintien en poste du personnel. Des répondants aux échelons régional et national ont souligné que la formation du personnel permettrait d'accroître l'efficacité de la prestation et que la réduction des taux de roulement permettrait d'accroître l'efficiencia. La disponibilité des

ressources communautaires, y compris des services médicaux, et la volonté de la communauté de participer aux activités de programme ont été relevées par des répondants aux échelons régional et national comme des facteurs pouvant influencer sur l'efficacité de la prestation des services.

La plupart des informateurs clés aux échelons régional et national ayant formulé des commentaires sur leur satisfaction à l'égard de l'efficacité du processus de planification (p. ex. attribution et versement des fonds, ainsi que rapports annuels liés à certaines ententes de financement) se sont dit en désaccord (33 %) ou neutres (31 %) sur le fait que le processus de financement permettait d'atteindre les résultats de façon efficace. Toutefois, durant les entrevues, plusieurs répondants aux échelons national et régional ont mentionné qu'ils avaient observé, au cours des années visées par l'évaluation, une amélioration de l'efficacité en ce qui a trait au traitement des demandes de financement. Bien que l'efficacité de ce processus se soit améliorée, 44 % des informateurs clés étaient en désaccord sur le fait que l'efficacité favorise ou assure une responsabilisation adéquate. Ainsi, le processus global de rédaction et de soumission des demandes de financement ainsi que de production de rapports s'améliore peut-être, mais il ne permettrait pas d'obtenir l'information requise pour assurer la responsabilisation en matière de financement (p. ex. les directeurs de la santé communautaire ont souligné que les rapports étaient surtout axés sur la façon dont l'argent est dépensé, plutôt que sur les liens entre le financement et l'atteinte des résultats escomptés, pour déterminer dans quelle mesure le programme a été efficace).

« En général, je consacre jusqu'à 40 % de mon temps aux rapports. »
[Traduction]

- Un directeur de la santé communautaire

Par contre, les directeurs de la santé communautaire des communautés des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle étaient divisés sur l'efficacité des processus de financement et de responsabilisation. La moitié d'entre eux ont indiqué que ces processus étaient efficaces, alors que l'autre moitié croit qu'ils ne le sont pas et est d'avis que ces processus peuvent être améliorés. Certains directeurs de la santé communautaire se sont dits préoccupés du fait que les processus de responsabilisation étaient coûteux en temps et axés sur les extrants (soit les produits ou les services fournis) plutôt que sur les résultats (soit l'efficacité du programme). Ils croient que les exigences en matière de production de rapports devraient être davantage axées sur l'efficacité des programmes pour atteindre des résultats utiles.

D'autres mesures du rendement sont nécessaires pour évaluer de manière approfondie l'économie et l'efficacité et cerner les possibilités d'amélioration pour le groupe de la SMLT.

5.0 CONCLUSIONS

5.1 Pertinence

Nécessité de maintenir les programmes et les services de SMLT

Toutes les sources d'information utilisées pour l'évaluation ont confirmé que les programmes de SMLT dans les communautés inuites et des Premières Nations répondaient à un besoin évident. De plus, il est possible de conclure que le groupe de la SMLT constitue un ensemble de programmes permettant de répondre aux besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie, mais qu'il est difficile de bien répondre à ces besoins compte tenu de l'ampleur et de la complexité qu'ils présentent. La prévalence des problèmes de santé mentale et de toxicomanie est plus grande dans les communautés inuites et des Premières Nations que dans les autres communautés du Canada, et la réponse à ces besoins est complexe et nécessite des programmes de SMLT ainsi que l'amélioration d'autres déterminants de la santé.

Conformité aux priorités du gouvernement

Le groupe de la SMLT cadre avec les priorités du gouvernement du Canada, et plus particulièrement avec les priorités et les objectifs qui ont été énoncés dans le récent discours du Trône, la Déclaration des Nations-Unies sur les droits des peuples autochtones (dont le Canada est signataire) et la déclaration Whararata (appuyée par le Canada), ainsi qu'avec les priorités établies par le gouvernement du Canada dans le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada. Ces orientations stratégiques comprennent la priorisation de la santé des Canadiens et l'aide aux communautés pour qu'elles élaborent leurs propres solutions, le renforcement des programmes liés à la santé dans les communautés inuites et des Premières Nations et l'amélioration de l'accès des Premières Nations et les Inuits aux services de santé par l'intégration des programmes fédéraux et provinciaux ou territoriaux.

Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Les programmes du groupe de la SMLT cadre avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral liés aux Premières Nations et les Inuits. Conformément à la politique du gouvernement du Canada visant à améliorer la santé des Premières Nations et les Inuits, le groupe de la SMLT vise à encourager tant les personnes que les communautés à participer activement à l'élaboration et à la prestation de programmes et de services qui répondent aux besoins particuliers des communautés.

5.2 Rendement

Réalisation des résultats escomptés

Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de démontrer que le groupe de la SMLT a fait des progrès vers l'atteinte des objectifs établis et de cerner des secteurs qui pourraient contribuer davantage à répondre aux besoins des communautés inuites et des Premières Nations du Canada en matière de santé mentale et de toxicomanie.

Résultat immédiat – Collaboration et réseautage accrus et améliorés

L'évaluation permet de conclure que la collaboration et le réseautage entre les programmes de SMLT à l'échelon communautaire et avec les services provinciaux et territoriaux de SMLT ont augmenté au cours de la période évaluée, ce qui a amélioré la planification et la prestation de ces programmes et de ces services. Toutefois, les relations et les partenariats avec les gouvernements provinciaux et territoriaux sont relativement récents, et il faut leur accorder une attention soutenue pour favoriser l'harmonisation entre les services aux deux échelons.

Résultat immédiat – Meilleur continuum de programmes et de services de SMLT dans les communautés inuites et des Premières Nations

Des améliorations ont été observées dans le continuum des programmes et des services fournis aux communautés inuites et des Premières Nations (p. ex. en ce qui a trait à l'accès et à la gamme des services) sans qu'il y ait de chevauchement important entre ceux-ci, mais des lacunes subsistent, plus particulièrement dans les secteurs suivants : accès aux services de suivi, de désintoxication et offerts par les provinces (p. ex. psychiatrie, soins de courte durée).

Résultat immédiat – Utilisation accrue des programmes et des services de SMLT par les personnes, les familles et les communautés inuites et des Premières Nations

L'utilisation des services et des programmes du groupe de la SMLT a augmenté durant la période visée par l'évaluation. Cette augmentation peut être en partie attribuable à l'élargissement de la gamme de programmes et de services de SMLT qui ont été financés durant cette période (durant la période visée par l'évaluation, un plus grand nombre de programmes, fournissant un éventail plus large de services, ont été financés et offerts, notamment le Programme de soutien en santé – Résolution des questions liées aux pensionnats indiens et la SNPSJA). L'évaluation a permis de cerner des possibilités d'accroître la participation aux programmes en luttant contre la stigmatisation persistante associée à la recherche de soutien en matière de santé mentale et de toxicomanie et en assurant la confidentialité des services, en particulier dans les petites communautés. Bien que l'évaluation ait révélé certains obstacles à la participation aux programmes, les communautés ne rencontrent pas tous les mêmes problèmes et n'ont pas besoin des mêmes solutions. L'évaluation a démontré que les solutions permettant de lever les obstacles à la participation aux programmes doivent être fondées sur une analyse comparative entre les sexes, répondre aux besoins particuliers des femmes pour qui l'accès aux services est difficile (p. ex. celles ayant subi de la violence) et permettre l'accès à des programmes adaptés à la culture.

Résultat immédiat – Meilleure connaissance des comportements sains

Bien qu'il existe peu de données sur la connaissance des comportements sains, l'évaluation a permis de constater que celle-ci a augmenté chez les participants aux programmes et que cette augmentation est souvent attribuable à la participation aux programmes de SMLT. D'autres données sur la connaissance des comportements sains pourraient aider à mieux comprendre les progrès réalisés relativement à ce résultat dans le futur.

Résultat intermédiaire – Adoption accrue de comportements sains

Bien qu'il existe peu de données sur l'adoption de comportements sains, l'évaluation a permis de constater que celle-ci a augmenté chez les participants aux programmes et que cette augmentation est souvent attribuable à la participation aux programmes de SMLT. D'autres données sur l'adoption de comportements sains par les participants seraient nécessaires pour comprendre, de façon exhaustive, les progrès réalisés relativement à ce résultat, notamment en consultant les participants eux-mêmes.

Résultat intermédiaire – Responsabilisation et capacités accrues des Premières Nations et les Inuits en matière de lutte contre les toxicomanies, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale

La responsabilisation et les capacités des Premières Nations et les Inuits en matière de lutte contre les toxicomanies, le suicide et d'autres problèmes de santé mentale ont augmenté au cours de la période visée par l'évaluation. Lorsqu'une communauté assume davantage de responsabilités à cet égard, elle peut adapter les programmes pour répondre à ses besoins particuliers selon ses forces. Bien que l'on ait cédé davantage de responsabilités aux communautés, l'évaluation a permis de constater que celles-ci aimeraient qu'une attention soutenue soit accordée à l'établissement de partenariats équitables entre elles et la DGSPNI afin que le gouvernement fédéral comprenne mieux leurs besoins. De plus, toutes les parties souhaiteraient accroître les partenariats tripartites afin d'augmenter le rôle des communautés dans la conception, l'élaboration et la prestation des programmes. L'évaluation a permis d'observer que dans les communautés inuites et des Premières Nations qui ont un plus grand contrôle sur les programmes, les installations et les établissements, les taux de suicide et de toxicomanie sont souvent plus bas. De plus, il a été constaté que les programmes et les services de SMLT s'inspirent des pratiques culturelles des communautés. L'intégration de pratiques culturelles est essentielle au succès des programmes de SMLT dans les communautés inuites et des Premières Nations et elle démontre une responsabilisation accrue des communautés en matière de prestation des programmes de SMLT.

Bien que la formation ait augmenté et qu'elle contribue à accroître la capacité d'exécuter les programmes à l'échelon communautaire, il faut offrir de la formation continue pour combler les lacunes cernées (p. ex. sensibilisation culturelle à l'intention des fournisseurs de services non autochtones et formation en gestion) et pour réduire le haut taux de roulement du personnel.

Résultat intermédiaire – Meilleur accès des personnes, des familles et des communautés inuites et des Premières Nations à des programmes et à des services de qualité et bien coordonnés

L'évaluation a permis de constater que l'accessibilité des programmes de SMLT s'est améliorée et que ces programmes sont de grande qualité. La conception des programmes de SMLT est inspirée de pratiques exemplaires et d'approches fondées sur des données probantes, et nous avons trouvé des exemples montrant comment des pratiques exemplaires ont été utilisées dans la prestation des programmes. Toutefois, l'évaluation a révélé que des problèmes subsistent en ce qui concerne les aspects suivants : 1) conservation et formation du personnel; 2) accès à des services spécialisés et adaptés à la culture au sein de la communauté (p. ex. services psychiatriques); 3) lacunes (p. ex. services de suivi) dans le continuum de services offerts aux communautés inuites et des Premières Nations.

Résultat final – Meilleur état de santé des personnes, des familles et des communautés inuites et des Premières Nations grâce à un solide continuum de programmes et de services en matière de santé mentale et de toxicomanie

Les données issues de l'évaluation semblent indiquer que les programmes et les services de SMLT contribuent à améliorer la santé chez les Premières Nations et les Inuits. Toutefois, nous disposons de peu de données provenant d'études de suivi ou d'études de type avant-après pour évaluer la mesure dans laquelle les programmes de SMLT contribuent à l'amélioration de l'état de santé.

Pour améliorer la capacité du groupe de la SMLT à répondre aux besoins des Premières Nations et les Inuits en matière de santé mentale et de toxicomanie, il faut favoriser l'accès à un continuum complet de programmes et de services offerts aux échelons provincial ou territorial et fédéral et prendre des mesures pour accroître l'efficacité des programmes offerts dans la communauté, notamment améliorer le recrutement et le maintien en poste de professionnels de la santé compétents sur le plan culturel ainsi que la formation des travailleurs communautaires.

Évaluation de l'efficacité et de l'économie

L'évaluation a permis de relever certaines améliorations relativement à l'efficacité des programmes et des services de SMLT au cours de la période visée par l'évaluation. Toutefois, compte tenu de la quantité limitée de données financières (p. ex. absence de données sur les allocations de dépenses par type d'activité, sur les objets de coût ou sur les registres des dépenses par volet ou sous-volet de programme), il n'a pas été possible d'effectuer une évaluation rigoureuse de l'économie et de l'efficacité du groupe de la SMLT. De meilleures données financières sur les dépenses des programmes mises en relation avec les activités de programme et les résultats permettraient d'effectuer dans l'avenir une évaluation plus complète de l'efficacité du programme et de l'économie qu'il permet de réaliser.

Mesure du rendement pour aider à la planification et à la production de rapports

La mise en œuvre d'une meilleure stratégie de mesure du rendement permettrait de résoudre bon nombre de problèmes survenus lors de la conception et de la réalisation de l'évaluation. De plus, la disponibilité et l'accessibilité accrues de données de qualité (notamment sur la participation au programme, la connaissance des comportements sains et l'adoption de ceux-ci par les participants, les changements observés en ce qui a trait à la santé mentale, aux toxicomanies et à l'état de santé général) pourraient contribuer davantage, dans l'avenir, à appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes concernant les politiques, la gestion des dépenses et l'amélioration des programmes du groupe de la SMLT.

6.0 RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 – Consolider le continuum des services de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies offerts aux personnes, aux familles et aux communautés inuites et des Premières Nations.

Il existe des lacunes dans le continuum des soins de santé mentale et de lutte contre les toxicomanies. Pour corriger ces lacunes, le programme¹² doit, avec les Premières Nations et les Inuits, cerner et prioriser les lacunes dans la prestation des programmes et des services dans ce secteur, et élaborer, mettre en œuvre et surveiller une stratégie d'approche progressive afin de corriger les lacunes à court, à moyen et à long terme. Pour consolider le continuum, le secteur de programme devra faire ce qui suit :

- s'assurer que le continuum intègre les pratiques exemplaires liées aux approches thérapeutiques traditionnelles, culturelles et courantes¹³ et qu'il permet d'y avoir accès;
- cerner les lacunes liées aux services de suivi et travailler à y remédier;
- cerner les lacunes liées à l'accès aux services de désintoxication et aux autres services financés par les provinces et travailler à y remédier; et
- élaborer, mettre en œuvre et surveiller une stratégie pour améliorer l'intégration des programmes et des services communautaires de mieux-être mental.

Pour combler les lacunes dans les services offerts et améliorer l'accès à ceux-ci, il faut établir un vaste partenariat entre les administrations (p. ex. provinces, communautés et DGSPNI) et les secteurs (p. ex. logement, soutien de revenu, éducation). La recommandation qui suit va donc en ce sens.

¹² Le programme comprend la Division du bien-être mental de la DGSPNI (administration centrale) et les bureaux régionaux de la DGSPNI.

¹³ La recommandation cadre avec la Stratégie de la Commission de la santé mentale pour les populations des Premières Nations et les Inuits.

Recommandation n° 2 – Établir et maintenir un partenariat entre la DGSPNI, les communautés inuites et des Premières Nations, les organismes autochtones nationaux et les services de santé provinciaux et territoriaux

Il est nécessaire de porter une attention soutenue à l'établissement de partenariats et de liens de collaboration, en particulier avec les gouvernements des provinces et des territoires. Le programme devrait promouvoir et favoriser l'établissement d'un partenariat avec les parties intéressées inuites et des Premières Nations pour des initiatives telles que le Plan d'action stratégique du Comité consultatif sur le mieux-être mental, Alianait, les ententes triparties, les protocoles d'entente et les comités mixtes comme ceux qui existent déjà en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario.

Recommandation n° 3 – Éliminer les obstacles à l'accès aux services

Le programme devrait éliminer les principaux obstacles à l'accès aux programmes et aux services de SMLT cernés dans l'évaluation. Cela comprend : résoudre les problèmes de la protection des renseignements personnels et de la confidentialité grâce à l'élaboration de lignes directrices et à la formation du personnel des communautés; lutter contre la stigmatisation associée à la maladie mentale et aux toxicomanies; veiller à ce que les programmes soient fondés sur la sécurisation et le savoir-faire culturels, en reconnaissant que les solutions pour augmenter l'accès aux programmes de SMLT doivent provenir des communautés. Le groupe de la SMLT peut alors fournir les ressources et le soutien pour améliorer l'accès afin que les communautés soient à même de cerner les obstacles et les forces qui leur sont propres et de surmonter ces obstacles grâce à la mise en œuvre de solutions communautaires appropriées.

Recommandation n° 4 – Renforcer la formation offerte aux intervenants en santé mentale et en toxicomanie

Le programme doit, avec les partenaires des Premières Nations et les Inuits, offrir de la formation aux intervenants en santé mentale et en toxicomanie. Une meilleure formation pourrait aider à réduire le roulement de personnel. De plus, la formation peut accroître l'adoption de pratiques exemplaires et d'approches nouvelles fondées sur des données probantes pour la prestation de programmes de mieux-être mental, puisque dans le cadre de la formation, les intervenants entrent en contact avec de telles approches. Le programme devrait offrir des options de formation qui répondent aux besoins de la communauté.

Recommandation n° 5 – Mettre en œuvre une meilleure stratégie de mesure du rendement

Le programme devrait travailler plus étroitement avec les partenaires internes de Santé Canada, les partenaires communautaires et les organismes autochtones nationaux pour faire ce qui suit :

- améliorer la qualité et l'uniformité des données recueillies par le programme dans toutes les régions;

- recueillir l'information sur la participation au programme (nombres de participants et fréquence de participation), l'adoption de comportements sains par les participants et les changements observés en ce qui a trait à la santé mentale, aux toxicomanies et à l'état de santé général; et
- accélérer l'accès aux données de manière à ce que celles qui sont regroupées au niveau national soient disponibles dans les deux années suivant la collecte.

De plus, le programme devrait travailler avec les partenaires internes de Santé Canada pour recueillir de meilleures données financière sur les dépenses, ce qui comprend les dépenses prévues et réelles des programmes et le suivi des réaffectations de fonds entre les programmes.

La mise en œuvre d'une meilleure stratégie de mesure du rendement aiderait à évaluer les niveaux de participation aux programmes et les retombés des programmes. L'information servirait aussi à des fins de planification et de communication et contribuerait à la prise de décisions à tous les niveaux : communautaire, régional et national.

ANNEXE A – STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE DES COMMUNAUTÉS

Pour mener cette évaluation, 27 communautés ont été visitées. La sélection de ces communautés a été faite en tenant compte du budget disponible et au moyen d'une stratégie d'échantillonnage composée de sept critères faisant état des caractéristiques de la communauté. Ces critères sont les suivants :

- la répartition régionale;
- la taille de la population;
- le facteur d'isolement;
- le type de financement;
- le nombre de programmes offerts dans la communauté;
- le montant reçu par la communauté; et
- la période durant laquelle la communauté a reçu un financement pour la SMLT.

Au départ, la stratégie d'échantillonnage a été utilisée pour faire une sélection aléatoire de 36 communautés parmi 631 communautés potentielles de partout au Canada. Le personnel de Santé Canada a ensuite veillé à ce que l'évaluation n'exerce pas une pression supplémentaire sur les communautés en crise¹⁴ et a réduit la liste à 27 communautés selon les connaissances institutionnelles sur leurs particularités. Toutefois, les communautés en crise avaient reçu la possibilité de faire l'objet d'une visite dans le cadre de l'évaluation à une date ultérieure (les visites se sont déroulées de l'automne 2011 au printemps 2012) et les délais de la collecte de données ont été adaptés à leurs besoins. Dans certains cas où il a été jugé imprudent d'inclure une communauté à l'évaluation, une autre communauté ayant des caractéristiques semblables (selon les sept critères présentés ci-dessus) a été sélectionnée.

De plus, deux communautés inuites situées au sud du 60^e parallèle ont été ajoutées à l'échantillon initial de deux, pour un total de quatre (les communautés inuites ont donc été suréchantillonnées par rapport à leur proportion dans l'ensemble des communautés inuites et des Premières Nations situées au sud du 60^e parallèle). Ce suréchantillonnage visait à ce que la représentation des communautés inuites soit supérieure à leur représentation proportionnelle. Toutefois, seules deux communautés inuites ont été visitées à cause de difficultés concernant l'organisation des visites.

¹⁴ Une communauté peut se trouver en crise à la suite d'un phénomène naturel comme un feu de forêt ou une inondation, ou d'autres raisons telles que le suicide. Lorsqu'une communauté est en crise, tous les efforts sont axés sur les besoins de la communauté et il n'est pas approprié d'effectuer une visite à des fins d'évaluation.

En raison de retards dans l'approbation, l'organisation et la réalisation des visites, il a été impossible de terminer toutes les activités d'évaluation, dont les visites des communautés, pour mars 2012. L'administration centrale de la DGSPNI travaille en étroite collaboration avec les régions afin de faire un suivi auprès des communautés prenant part à l'évaluation et, si nécessaire, pour trouver une communauté de substitution adéquate ayant exprimé le souhait de participer. En tout, 17 visites dans les communautés ont été effectuées plutôt que les 27 prévues.

L'approche d'échantillonnage a donc été en grande partie aléatoire, mais l'échantillonnage dirigé a été utilisé dans une certaine mesure afin que les communautés en crise n'aient pas à composer avec une demande de visite à des fins d'évaluation.

ANNEXE B – ANNEXE TECHNIQUE

L'utilisation de diverses sources de données a facilité la triangulation de ces dernières, ce qui a favorisé l'obtention de résultats et de conclusions fondés sur des données probantes. Voici les principales sources de données utilisées.

Sondages auprès d'intervenants ne faisant pas partie de la communauté et entrevues auprès d'informateurs clés

Des questions de sondage et des guides d'entrevue ont été élaborés et rédigés en langage clair et ont également été traduits en français.

Des entrevues en personnes et par téléphone ont été effectuées auprès de représentants de l'administration centrale et des bureaux régionaux de la DGSPNI (N = 48) et d'organismes autochtones nationaux (N = 5), ainsi que de directeurs de centres de traitement (N = 10).

Des entrevues ont aussi été réalisées avec 16 informateurs clés des Territoires du Nord-Ouest, dont des représentants du territoire (p. ex. ministère de la Santé et des Services sociaux), d'organismes de services communautaires, de communautés des Premières Nations et de conseils tribaux, ainsi que des fournisseurs de services dans le cadre du programme sur les pensionnats indiens.

Visites dans les communautés – Entrevues, groupes de discussion et sondages

Lors des visites dans les communautés des Premières Nations (situées au sud du 60^e parallèle), nous avons utilisé les méthodes de collecte de données suivantes :

- entrevues auprès d'informateurs clés – dirigeants de la communauté, y compris des chefs, des aînés et des membres du conseil (N = 23);
- entrevues auprès d'informateurs clés – travailleurs communautaires et personnel de la santé (N = 68);
- entrevues auprès d'informateurs clés – directeurs de la santé communautaire (N = 14); et
- distribution de 30 à 40 questionnaires à l'intention des participants dans chacune des communautés – 19 questionnaires ont été remplis.

Lors des visites dans les communautés inuites, nous avons utilisé les méthodes de collecte de données suivantes :

- entrevues auprès d'informateurs clés – dirigeants de la communauté (N = 2);
- entrevues auprès d'informateurs clés – travailleurs communautaires et personnel de la santé (N = 10);
- entrevues auprès d'informateurs clés – directeurs de la santé communautaire (N = 3);
- entrevues auprès d'informateurs clés – directeurs de centre de traitement (N = 1);

- sondage en personne auprès de participants aux programmes du groupe de la SMLT (N = 23);
- groupe de discussion (1) avec des travailleurs communautaires, des dirigeants de la communauté et des intervenants (N = 8);¹⁵ et
- groupes de discussion (2) avec des participants aux programmes (total de 16 participants).

De plus, lors du Forum de l'APN tenu en novembre 2011, les organisateurs ont distribué aux directeurs de la santé communautaire qui y participaient des questionnaires élaborés à leur intention. Aucun de ces questionnaires ne nous a été retourné (plus de renseignements sur la stratégie d'atténuation sont présentés à la section 3.6).

Examen de bases de données

Les documents examinés dans le cadre de l'analyse documentaire comprenaient des données administratives, des données et des documents sur la mesure du rendement, des bases de données et des dossiers de programme ainsi que des ouvrages publiés. L'examen de bases de données visait à obtenir de l'information sur l'historique des programmes et des services du groupe de la SMLT. Il a fourni des renseignements sur la prestation de ces programmes et de ces services, notamment sur les tendances quant à leur mise en œuvre par année et par province. Plusieurs bases de données ont été examinées, et les données recueillies sont présentées ci-dessous.

- La base de données de la SNPSJA nous a fourni des données sur le nombre de projets, les sommes et le type de financement reçus ainsi que les activités des projets de prévention du suicide par année et par région.
- La base de données financières nous a fourni des renseignements sur les sommes dépensées par programme par année.
- La base de données du Comité de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes (CLASJ) nous a fourni des données sur les participants au PNLASJ, y compris sur les substances qu'ils consomment et leurs antécédents psychologiques et scolaires, ainsi que sur le soutien qu'ils obtiennent de leur famille et de leur communauté.¹⁶
- Les tableaux relatifs aux pensionnats indiens nous ont fourni de l'information sur le nombre de clients (anciens élèves ou membres de la famille) par année ayant consulté des travailleurs en santé communautaire ou des fournisseurs de services de soutien culturel ou ayant obtenu des services de consultation ou de transport.
- L'étude sur les résultats des Centres de traitement du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones nous a fourni des données issues d'une vérification auprès de clients ayant été admis à un programme de traitement et d'un

¹⁵ Lors de la séance de groupe de discussion pilote avec l'APN et ITK, les représentants de l'APN ont recommandé de ne pas tenir de groupes de discussion dans les communautés des Premières Nations, car ils avaient des craintes liées à la sécurisation culturelle.

¹⁶ Nous n'avons pas eu accès aux renseignements personnels se trouvant dans la base de données. Le CLASJ a produit des données anonymisées afin que nous puissions les utiliser pour l'évaluation.

sondage réalisé après le traitement chez un échantillon de personnes ayant terminé le programme. Le rapport met en lumière la différence entre ceux qui terminent le programme de traitement et ceux qui ne le terminent pas et présente des résultats déclarés par des personnes ayant suivi le programme, comme la réduction de la toxicomanie.

Nous avons évalué la possibilité d'utiliser les données obtenues au moyen de l'outil de production de rapports lancé en 2008, le Modèle de rapport communautaire (MRC), pour les exercices 2008/09 et 2009/10 en vue de créer une base de données sur les principaux extrants en santé mentale au fil du temps et dans les différents centres. Toutefois, le rapport sommaire national sur les données issues du MRC n'a pas été élaboré pour le premier exercice (2008/09) en raison de différents facteurs, dont des problèmes de ressources et de qualité des données, et celui concernant le deuxième exercice (2009/10) n'était pas terminé au moment de l'évaluation.

Plan d'analyse des données

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

- Examen systématique des données (qualitatives et quantitatives) tirées des documents : rédaction de résumés ayant servi à la formulation des conclusions.
- Analyse statistique : décomptes et établissement de pourcentages visant à analyser les données quantitatives issues des sondages et à créer des graphiques correspondants.
- Analyse thématique : analyse des données qualitatives issues des réponses aux questions de sondage, des groupes de discussion et des entrevues, examen systématique des réponses, ainsi que recensement et catégorisation des thèmes qui s'en dégagent.
- Triangulation des données tirées de l'analyse documentaire, de l'examen des documents, de l'examen des bases de données, des sondages auprès des intervenants, des entrevues et des groupes de discussion : synthèse des données provenant des différentes sources et validation des tendances des résultats de l'évaluation.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

FONDATION AUTOCHTONE DE GUÉRISON (2006). *Rapport final de la Fondation autochtone de guérison – Volume 1 – Un cheminement de guérison : le rétablissement du mieux être*. Ottawa (Ont.), Fondation autochtone de guérison.

BARRON, M. (2009). *International approaches to Indigenous communities in crisis: Lessons learned. A literature review prepared for Health Canada, First Nations and Inuit Health Branch*. In the Wake of a Storm: The resilience of First Nations Communities. First Nations Communities in Crisis Think Tank.

BOBET E. (2010). *Renouvellement du PNLAADA : thèmes communs ressortant des Rapports d'évaluation des besoins régionaux et du Forum sur le renouvellement de janvier 2010. Document de travail à l'intention des partenaires régionaux du PNLAADA et des membres du Comité consultatif des Premières nations*. Disponible à l'adresse suivante :
<http://www.nnadaprenewal.ca/sites/www.nnadaprenewal.ca/files/en/2010/07/common-themes-regional-needs-assessment-reports-and-january-2010-nnadap-renewal-national-forum.pdf>

BOMBAY, A., K. MATHESON, H. ANISMAN (2009). « Intergenerational trauma: Convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada ». *Journal de la santé autochtone*, vol. 5; p. 6-47.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2009). *Des collectivités en bonne santé mentale : points de vue autochtones*. Ottawa (Ont.), Auteur.

CHRISTIAN, T.-M. (2009). *Alberta regional needs assessment: Final report*. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.nnadaprenewal.ca/sites/www.nnadaprenewal.ca/files/10_03_08/en/Alberta_RNA_Final%20Report.pdf

COMITÉ CONSULTATIF DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS (2010). *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières nations du Canada*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.nnadaprenewal.ca/en/honouring-our-strengths-renewed-framework-address-substance-use-issues-among-first-nations-people-ca>

CONSEIL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS (2007). *Provincial forum on First Nations youth suicide: Courage, strength and identity*. Disponible à l'adresse suivante :
http://www.fnhc.ca/index.php/initiatives/mental_wellness/

CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS (2005). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/03*. Ottawa (Ont.), Auteur.

CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS (2011). *L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) : phase 2 – 2008/10 – Résultats sélectionnés*. Ottawa (Ont.), Auteur.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2010). *Discours du Trône – Un Canada plus fort. Une économie plus forte. Maintenant et pour l'avenir*. Ottawa (Ont.), Auteur.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2011). *Ici pour tous les Canadiens et Canadiennes. Stabilité. Prospérité. Sécurité*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2006). *Évaluation des programmes Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé de la Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits : rapport final*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2007). *Rapport ministériel sur le rendement 2006/07*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2007b). *What is working, what is hopeful: Supporting community-based suicide prevention strategies within Indigenous communities*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2008). *Rapport sur les plans et les priorités de 2008/09*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2009). *Rapport de rendement 2005/06 à 2007/08 : Santé mentale et toxicomanies (Groupe de programmes)*. Ottawa (Ont.), Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits.

SANTÉ CANADA (2010a). *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues : sommaire des résultats pour 2009*. Disponible à l'adresse suivante : http://hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/stat/_2009/summary-sommaire-fra.php#salvia

SANTÉ CANADA (2010b). *Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniahspnia/substan/ads/nnadap-pnlaada-eng.php>

SANTÉ CANADA (2011a). *Rapport ministériel sur le rendement 2009/10*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2011b). *Santé des Premières Nations et les Inuits*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php>

SANTÉ CANADA (2011c). *Budget des dépenses 2011-2012 : partie III – Rapport sur les plans et les priorités*. Ottawa (Ont.), Auteur.

SANTÉ CANADA (2011d). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/indiresident/irs-pi-fra.php>

SANTÉ CANADA (s.d.). *Rapport ministériel sur le rendement*. Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/index-fra.php>

SANTÉ CANADA (2012). *Northern Region Mental Health and Addictions – Summary of Program Delivery and Key Findings 2005/10*. Ottawa (Ont.), Auteur.

HOPKINS, C., J. DUMONT (2010). *Pratiques de guérison culturelles au sein des services du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones / Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes*. Division de la santé mentale et des toxicomanies, Direction des programmes communautaires, Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits, Santé Canada. Disponible aux adresses suivantes : <http://www.nnadaprenewal.ca/sites/www.nnadaprenewal.ca/files/en/2010/08/cultural-healing-practicemedicine-within-nnadapNYSAP.pdf>
<http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

LALONDE, C. (2006). *Emplacement des communautés des Premières nations et santé de leurs membres : y a-t-il un lien entre la gouvernance et le suicide chez les jeunes?* Présentation donnée dans le cadre du Forum sur les politiques de Santé Canada, Ottawa.

LAVOIE JG, EL FORGET, T. PRAKASH, M. DAHL, P. MARTENS et JD O'NEIL (2010). *Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting community control improved First Nations' health in Manitoba?* Soc Sci Med. Août 2010; vol. 71(n° 4); p 717-724.

LEATT, Peggy (2002). *De la connaissance à la pratique – Le Fonds pour l'adaptation des services de santé – Série de rapports de synthèse – La prestation de services intégrés.* Université de Toronto, Toronto.

LOPPIE-READING, C., F. WEIN (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones.* Victoria (C.-B.), Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

MCCORMICK, R., D. QUANTZ (2010). *Improving mental health services and support in the National Native Alcohol and Drug Abuse Program.* Disponible auprès du Programme national de lutte contre l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones, à l'adresse suivante : <http://www.nnadaprenewal.ca/sites/www.nnadaprenewal.ca/files/en/2010/09/improving-mental-health-services-and-supports-national-native-alcohol-and-drug-abuse-program.pdf>

Minore, B., M. Katt (2007). *Aboriginal health care in Northern Ontario : Impacts of self-determination and culture.* *Choices*, 13, 1-22.

MUSSELL, B., K. CARDIFF, J. WHITE (2004). *The mental health and wellbeing of Aboriginal children and youth: Guidance for new approaches and services.* Chilliwack, C.-B. : Sal'i'shan Institute.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (2011). *Depressed teens with history of abuse less likely to respond to combination treatment.* Disponible à l'adresse suivante : <http://www.nimh.nih.gov/science-news/2011/depressed-teens-with-history-of-abuse-less-likely-to-respond-to-combination-treatment.shtml>

OGBORNE, A. C., A. PAGLIA-BOAK et G. GRAVES (2005). *Interventions supported by scientific evidence for substance abuse treatment, harm reduction and prevention.* Disponible auprès de la Addictions and Mental Health Community Programs Directorate et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et les Inuits de Santé Canada

POLSON-LAHACHE, W. (2012). *National Native Alcohol and Drug Abuse Program (NNADAP) Renewal Engagement Review: Final Report.* Ottawa (Ont.), Santé Canada.

PRA INC. (2009). *First Nations and Inuit health, Saskatchewan region, mental health and addictions needs assessment.* First Nations and Inuit Health, Saskatchewan Region.

R.A. MALATEST AND ASSOCIATES LTD. (2012) *Mental Health and Addictions Cluster Evaluation Report.* Edmonton, Alberta.

STATISTIQUE CANADA (2011). *Activité (8), identité autochtone (8), plus haut certificat, diplôme ou grade (14), région de résidence (6), groupes d'âge (12A) et sexe (3) pour la population de 15 ans et plus, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %).* Disponible à l'adresse suivante : <http://www5.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=97-560-XWF2006031&lang=fra>

WALDRAM, J. B., D.A. HERRING, T.K. YOUNG (2006). *Aboriginal health in Canada* (2^e édition). Toronto (Ont.) : University of Toronto Press.

WHITE, J., N. JODOIN (2007). *Aboriginal youth: A manual of promising suicide prevention strategies*. Calgary, Alberta : Centre for Suicide Prevention.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2008). *Integrated Health Services – What and Why?* Technical Brief No.1, Genève.