Health Canada Santé Canada

Programmes Enfance et Jeunesse

Évaluation du groupe

Approuvé par le

Conseil de la haute direction sur les finances, l'évaluation et la responsabilisation (CHD-FÉR) de Santé Canada

31 mars 2010

Canada

Table des matières

- **Plan d'action de gestion — Programmes Enfance et Jeunesse - Évaluation du groupe**

- **Programmes Enfance et Jeunesse - Évaluation du groupe - Rapport final d'évaluation**

ÉVALUATION DU GROUPE DES PROGRAMMES ENFANCE ET JEUNESSE
2005-2006 – 2007-2008
PLAN D'ACTION DE GESTION

Recommandation	Mesure	Gestionnaire responsable	Date prévue de mise en œuvre

Recommandation 1
Que Santé Canada surveille les nouvelles tendances qui peuvent se manifester relativement aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé, y compris en ce qui concerne :
• les enfants avec des besoins spéciaux et leurs familles;
• le bien-être mental des mères;
• l'alimentation saine
• les langues et la culture des Premières nations.
	• En collaboration avec d'autres partenaires (p. ex. Assemblée des Premières nations, provinces intéressées et Affaires indiennes et du Nord Canada), la DEJ formulera des stratégies pour évaluer et corriger les lacunes touchant les besoins en matière de santé des femmes et enfants autochtones et de leurs familles, notamment :
	  • les enfants ayant des besoins spéciaux (y compris les invalidités physiques, la santé mentale et les victimes d'abus ou de négligence)
	  • le bien-être mental des mères, comme les troubles de l'humeur post-partum et la prévention de la consommation d'alcool en cour de grossesse;
	  • l'alimentation saine;
	  • la contribution du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves à la sensibilisation des enfants et à leur pratique de la langue et de la culture de leur Première nation.
	• La DEJ utilisera ces éléments dans l`élaboration des politiques à venir.
		Directeur, Division de l'enfance et de la jeunesse (DEJ), Direction des programmes communautaires (DPC), Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits (DGSPNI)	Juin 2011

Recommandation 2 Pour décrire plus précisément le continuum de programmes, fournir des renseignements pertinents sur les réalisations et les résultats des programmes et faciliter les évaluations et la production de rapports subséquents, la DGSPNI doit : • déterminer les liens avec d'autres domaines de programme; • examiner les exigences en matière de rapport et normaliser la production de rapports sur les activités de programmes; • cerner les lacunes dans les programmes; • déterminer comment une coordination accrue pourrait améliorer les résultats en matière de santé.	• Mettre à jour le Compendium des autorisations. • La DEJ participera à un processus de renouvellement des autorisations pour l'ensemble de la Direction générale, qui consistera en une mise à jour des modèles logiques courants, des stratégies connexes de mesure du rendement, et un examen du modèle de production de rapports communautaire et des fonds de données, et intégrera les résultats de la présente évaluation à ce processus. • Les lacunes des programmes seront également examinées à l'issue du travail mentionné en réponse à la recommandation 1. • La DEJ produira et distribuera une carte interactive indiquant les collectivités et la portée des programmes, que nous utiliserons pour cerner les lacunes et les possibilités de coordination accrue avec d'autres secteurs de programme.	Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI Directeur, DEJ, DPC, et Directeur, Division des immobilisations et du soutien aux affaires (DISA), Direction de la planification et de la gestion des affaires (DPGA), DGPSNI Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI	Décembre 2010 Mars 2011 Décembre 2011 Mars 2011

Recommandation	Mesure	Gestionnaire responsable	Date prévue de mise en œuvre
Recommandation 3 Des ressources et des directives devraient être élaborées et/ou mises à jour afin de permettre aux collectivités de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci.	• La DEJ mettra plus l'accent sur l'application des connaissances, en travaillant avec des partenaires au développement d'outils et d'approches pour appuyer les collectivités (p. ex. outils de planification et d'évaluation, modèles théoriques, pratiques exemplaires) afin d'améliorer le continuum des programmes et des mesures d'appui. • Le processus de planification en matière de santé de la Direction générale sera révisé après le renouvellement des autorisations, et l'on apportera des changements au besoin.	Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI Directeur DISA, DPGA et Directeur DEJ, DPC, DGSPNI	Décembre 2011 Octobre 2011
Recommandation 4 Le modèle logique du groupe EJ devrait être mis à jour afin qu'on y définisse clairement les résultats pour les enfants et leurs familles.	• La DEJ participera à un processus de renouvellement des autorisations pour l'ensemble de la Direction générale, qui consistera en une mise à jour des modèles logiques courants et des stratégies connexes de mesure du rendement.	Directeur, DEJ, DPC et Directeur DISA, DPGA, DGSPNI	Mars 2011
Recommandation 5 Une stratégie de formation et de renforcement des capacités devrait être élaborée en vue de répondre à certains besoins dans les domaines suivants : la planification et la communication, l'élaboration d'outils de formation adaptés à la culture, normalisés et agréés et le recrutement et le maintien en poste.	• La DEJ formulera une stratégie de formation à partir des éléments issus de l'examen de la formation et de la stratégie de formation horizontale pour le développement du jeune enfant. • La DEJ maintiendra ses liens avec d'autres secteurs de la DGSPNI qui ont des activités de formation, de recrutement et de maintien en poste, pour parfaire son travail en la matière.	Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI	Mars 2011 En cours/continu
Recommandation 6 Des outils pour surveiller l'efficacité de la formation et ses répercussions sur les travailleurs et les collectivités, ainsi que des mécanismes pour échanger des pratiques exemplaires, devraient être élaborés.	• Dans le cadre de la stratégie de formation, la DEJ créera également des outils d'évaluation de la formation, qui contribueront aussi à établir des modèles et des pratiques exemplaires. • La DEJ partagera les modèles et pratiques exemplaires de formation avec les Régions et les collectivités, afin de renforcer les capacités et d'identifier les besoins en formation.	Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI Directeur, DEJ, DPC, DGSPNI	Juin 2011 Décembre 2011

Health Canada Santé Canada

PROGRAMMES ENFANCE ET JEUNESSE

ÉVALUATION DU GROUPE

Aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves
Programme canadien de nutrition prénatale
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
Santé maternelle et infantile

Rapport final d'évaluation

Le 30 Octobre 2009

Canada

Présenté par :
Auguste Solutions & Associates Inc.
Patricia Streich et Auguste Barrieau

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE III

But et portée de l'évaluation iii
Évaluation du groupe de programmes et méthodologies iii
Conclusions iv
Résumé des conclusions et des recommandations ix

SECTION 1. INTRODUCTION 1

1.1. Objectifs de l'évaluation 1
1.2. Critères et questions d'évaluation 3
1.3. Remerciements et collectivités participantes 4
1.4. Auditoire et délais d'exécution de l'évaluation 5
1.5. Information / contexte supplémentaire 5
1.6. Aperçu du rapport 6
1.7. Acronymes utilisés dans le présent rapport 6

SECTION 2. CONTEXTE 6

2.1. Définition d'un groupe de programmes 6
2.2. Mise en œuvre et évolution de l'approche de groupe 7
2.3. Aperçu des programmes EJ 8
2.4. Financement pour le groupe EJ 11
2.5. Utilisation des résultats de l'évaluation du groupe EJ 12
2.6. Autres évaluations et examens du groupe EJ 12

SECTION 3. MÉTHODOLOGIES ET DÉFIS DE L'ÉVALUATION 13

3.1. Modèle logique du groupe EJ 13
3.2. Critères et questions d'évaluation 13
3.3. Élaboration d'indicateurs communs pour l'évaluation de groupe 14
3.4. Méthodes et sources de données 16
3.5. Profils des répondants aux sondages 19
3.6. Présupposés et limitations 20
3.7. Défis sur le plan de la méthodologie 21

SECTION 4. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ 22

4.1. Besoins actuels en matière de santé (P1.1) 23
4.2. Changements dans les besoins en matière de santé au fil du temps (P1.2) 34
4.3. Liens entre les besoins en matière de santé et le groupe EJ (P1.3) 37
4.4. Satisfaire aux besoins en matière de santé maternelle et infantile (P1.4) 41
4.5. Avis à savoir si le groupe répond aux besoins des collectivités (P1.5) 44
4.6. Résumé des principales constatations sur les besoins en matière de santé (P1) 47

SECTION 5. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 49

5.1. Lien du groupe EJ au budget et aux priorités (P2.1) 50
5.2. Le groupe EJ par rapport aux priorités du gouvernement (P2.2) 54
5.3. Résumé des principales constatations concernant le groupe EJ relativement aux priorités du gouvernement (P2) 56

SECTION 6. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL 57

6.1. Le groupe EJ cadre-t-il avec les rôles du gouvernement fédéral? (P3.1) 58
6.2. Nature du rôle fédéral dans la prestation du groupe EJ (P3.2) 60
6.3. Résumé des principales constatations, P3 64

SECTION 7. EFFICACITÉ POUR CE QUI EST DE SATISFAIRE AUX BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ . 65
7.1. Participation aux programmes EJ (E1.1) 66
7.2. Accès aux programmes EJ (E1.2) 69
7.3. Qualité des programmes EJ (E1.3) 73
7.4. Sensibilisation aux saines habitudes de vie (E1.4) 77
7.5. Adoption de saines habitudes de vie (E1.5) 81
7.6. Résumé des principales constatations, répondre aux différents besoins en matière de santé (E1) 84
SECTION 8. EFFICACITÉ DE LA COLLABORATION 86
8.1. Continuum des programmes EJ (E2.1) 86
8.2. Réseautage et collaboration (E2.2) 89
8.3. Résumé des principales constatations, Travailler ensemble (E2) 93
SECTION 9. RÉSULTATS IMPRÉVUS 94
9.1. Résultats et effets positifs imprévus (E3.1) 95
9.2. Résultats négatifs imprévus et préoccupations importantes (E3.2) 97
9.3. Résumé des principales constatations, résultats imprévus (E3) 101
SECTION 10. PRISE EN CHARGE PAR LES COLLECTIVITÉS ET CAPACITÉS EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES 103
10.1. Prises de décisions des Premières nations pour les programmes EJ (E4a.1) 104
10.2. Capacité accrue en matière de ressources humaines? (E4b) 105
10.3. Résumé des principales constatations sur la prise en charge et les ressources humaines 108
SECTION 11. AUTRES CONSTATATIONS 109
11.1. Modèles de financement 109
11.2. Bénévolat dans les collectivités 110
11.3. Résumé des autres constatations 110
SECTION 12. CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS 111
12.1. Constatations et conclusions pour chaque question d'évaluation 111
12.2. Autres constatations 117
SECTION 13. RECOMMANDATIONS 117
13.1. Répondre aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé 117
13.2. Collaboration et réseautage 118
13.3. Planification des programmes et reddition de comptes 118
13.4. Formation et renforcement des capacités liées au groupe EJ 119

ANNEXE 1. GLOSSAIRE DES TERMES 120
ANNEXE 2. MODÈLE LOGIQUE DU GROUPE EJ 123
ANNEXE 3 BIBLIOGRAPHIE 124
ANNEXE 4. CRITÈRES DE SÉLECTION DES COLLECTIVITÉS À VISITER 127

SOMMAIRE

Cette première évaluation du groupe des programmes Enfance et jeunesse (EJ) de la Direction générale de la santé des Premières nations et Inuit (DGSPNI), menée entre novembre 2008 et octobre 2009, constituait un examen de la pertinence et de l'efficacité avec lesquelles le groupe EJ contribue à l'amélioration de la santé des enfants et des jeunes des Premières nations et de leurs familles.

Les bureaux national et régionaux de la DGSPNI ont contribué à cette évaluation, tout comme les 37 collectivités de Premières nations visitées sur place.

Dans l'ensemble, l'évaluation a révélé que le groupe des programmes EJ contribuait de façon pertinente et efficace à l'amélioration de la santé des enfants des Premières nations lorsque ceux-ci et leurs familles participaient aux programmes.

Des recommandations sur des améliorations à apporter sont fournies.

BUT ET PORTÉE DE L'ÉVALUATION

Le but de la présente évaluation est de satisfaire aux exigences de la *Loi fédérale sur la responsabilité* et d'appuyer les demandes de renouvellement de financement de la DGSPNI en 2010. Le groupe EJ compte quatre programmes :

- Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR);
- Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP);
- Le Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF);
- Le Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI).

La portée de l'évaluation incluait toutes les collectivités de Premières nations, situées sous le 60e parallèle, qui ont reçu des fonds EJ de la DGSPNI. L'évaluation visait la période de trois ans allant de 2005-2006 à 2007-2008, bien que des changements subséquents dans les politiques de la DGSPNI aient été pris en compte.

ÉVALUATION DU GROUPE DE PROGRAMMES ET MÉTHODOLOGIES

Dans son renouvellement de 2005 des autorisations de programme, la DGSPNI a réuni des programmes ayant des objectifs communs en « groupes de programmes », dont le groupe Enfance et jeunesse qui vise à améliorer la santé maternelle et infantile dans les collectivités des Premières nations. Ces groupes de programmes ont été créés dans le but de favoriser une approche plus stratégique des services et des mesures de soutien qu'offrent les programmes de la DGSPNI destinés aux Premières nations, ce qui comprend la planification, la coordination et la gestion des programmes compris dans chacun des groupes.

La DGSPNI a récemment complété la première évaluation du groupe des programmes Enfance et jeunesse (EJ). L'évaluation, menée de novembre 2008 à octobre 2009, constituait un examen de la pertinence et de l'efficacité du groupe EJ en ce qui concerne sa contribution à l'amélioration de la santé des enfants, des jeunes, des familles et des collectivités des Premières nations.

Il s'agissait de la première évaluation d'un groupe de programmes entrepris par la DGSPNI. Tel qu'il est indiqué dans le Cadre d'évaluation du groupe des programmes EJ (2008) de la DGSPNI, le but de cette évaluation était de *cerner les points communs entre les programmes et de favoriser la production de résultats de haut niveau* (pour l'ensemble du groupe).

Trois des questions de l'évaluation portaient sur la pertinence et cinq sur l'efficacité du groupe des programmes EJ. L'approche à méthodes multiples de l'évaluation comptait : (i) une analyse bibliographique; (ii) un examen des documents existants de renseignements statistiques et d'information sur les programmes; (iii) des entrevues avec des sources clés d'information; (iv) des sondages auprès de l'effectif national et régional de la DGSPNI; (v) des sondages en profondeur auprès du personnel chargé de la prestation de programmes communautaires et de participants à des programmes au sein de 37 collectivités de Premières nations et (vi) des visites sur place dans les 37 collectivités de Premières nations ayant participé aux sondages.

CONCLUSIONS

Les constatations et les conclusions ont été fondées sur l'information disponible au moment de l'évaluation ainsi que sur les données rassemblées dans le cadre de l'étude pour le groupe EJ dans son ensemble, et *non* pour chaque programme EJ pris individuellement. La distribution du financement pour les programmes EJ varie d'une Première nation à l'autre, alors qu'environ un tiers des Premières nations reçoivent du financement pour tous les programmes du groupe, les autres n'en reçoivent que pour un, deux ou trois des programmes du groupe. Les constatations de l'évaluation tiennent compte de ce facteur et portent sur le groupe EJ dans son ensemble au moment de l'évaluation.

P1. Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?

Les besoins actuels des jeunes enfants de Premières nations présentent des disparités ou « écarts » variés et considérables par rapport à ceux des autres enfants canadiens. La documentation existante et les documents de la DGSPNI à ce sujet font état de certains de ces écarts, mais plusieurs autres n'ont pas été mesurés en raison d'un manque de données. Les besoins perçus en matière de santé varient selon l'âge des enfants. Les tendances dans les besoins en matière de santé indiquent qu'au fil du temps des améliorations se sont manifestées dans certains indicateurs de la santé (comme dans les taux d'allaitement au sein et les taux de mortalité infantile). Au niveau agrégé, une importante tendance se manifeste dans la demande croissante pour des programmes de santé, laquelle est liée aux taux de croissance démographique plus élevés chez les Premières nations comparativement à la population canadienne en général. En effet, certains types de besoins en matière de santé connaissent une croissance plus rapide que d'autres, et de nouveaux types de besoins ont été relevés dans le cadre de l'évaluation.

Au niveau des collectivités, 35 p. 100 du personnel de la DGSPNI et 70 p. 100 du personnel ont estimé que le groupe EJ répondait de façon efficace aux besoins en matière de santé, et que certains des besoins des collectivités en matière de santé étaient mieux satisfaits que d'autres. Les soins prénataux, la préparation des enfants pour l'école et les soins dentaires sont les domaines dans lesquels le groupe EJ est le plus efficace, alors que les langues des Premières nations, le bien-être mental des mères et les besoins spéciaux ont été cotés sous la moyenne. Parmi les personnes ayant bénéficié des services du groupe EJ, on dénote un haut niveau de satisfaction pour les services reçus.

L'évaluation a révélé que le groupe EJ, de façon globale, répondait aux besoins relevés des jeunes enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé. Les principales questions en matière de santé sur lesquelles la Division de l'enfance et de la jeunesse (DEJ) devra se pencher plus à fond comprennent : la promotion des langues des Premières nations, le soutien pour le bien-être

mental des mères et les services pour les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles. De plus, des lacunes ont été relevées en raison du manque de fonds nécessaires pour offrir les quatre programmes du groupe destinés aux enfants dans toutes les collectivités.

Les constatations ont également démontré qu'il serait important de surveiller les nouvelles tendances qui peuvent se manifester afin de s'assurer que les programmes demeurent pertinents et que les principales lacunes soient relevées.

P2 Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?

Depuis 2003, la justification des activités globales du groupe EJ était fondée sur les principes de l'investissement « en amont » en vue d'améliorer la santé des Premières nations et de la reconnaissance de l'importance du développement de la petite enfance comme fondement pour assurer la santé et le bien-être des enfants toute leur vie durant. Les principales constatations comprennent ce qui suit :

- Depuis la fin des années 1990, les décisions et budgets successifs du gouvernement ont favorisé l'expansion des politiques et des fonds disponibles en vue d'offrir aux enfants des Premières nations vivant dans les réserves les mêmes services que ceux dont bénéficient les enfants vivant dans des régions géographiques similaires et de prolonger et d'améliorer le continuum de services pour la santé et le bien-être des enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge de 6 ans;
- Plus récemment, l'importance de la petite enfance a été reconnue dans la Stratégie fédérale sur le développement de la petite enfance pour les enfants des Premières nations et autochtones, ainsi que dans une décision du gouvernement en 2005 pour l'amélioration de l'apprentissage et des soins des jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves.

L'évaluation a révélé que le groupe EJ était clairement lié aux priorités fédérales qui consistent à améliorer la santé et le bien-être des enfants de Premières nations vivant dans les réserves et qu'il était conforme à la politique fédérale de 1988 concernant le transfert des services de santé aux Premières nations pour qu'elles en assument la gestion.

P3 Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?

Les principales constatations liées au rôle fédéral comprennent :

- Les composantes individuelles de programme et le groupe EJ sont en harmonie avec l'objectif de la Politique sur la santé des Indiens et les rôles du fédéral en matière de santé publique et de promotion de la santé.
- Le groupe EJ, qui fait partie des programmes communautaires de la DGSPNI, contribue au mandat global de la DGSPNI, qui consiste à aider les Premières nations à surmonter les obstacles en matière de santé et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens, en établissant des partenariats solides avec les Premières nations en vue d'améliorer le système de santé.

L'évaluation a révélé que le groupe EJ était approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel et qu'il allait de pair avec les tendances vers la prestation de soins de santé aux Premières nations.

E1 Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants, répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?

Les programmes et les services EJ ont contribué à la mise en valeur de saines habitudes de vie ainsi qu'à une hausse dans l'adoption de ceux-ci se manifestant dans un vaste éventail d'indicateurs, bien que des

points nécessitant de plus amples améliorations aient été relevés. De plus amples recherches devraient être envisagées en vue de quantifier les lacunes dans la capacité à répondre à la demande ou à toucher les groupes cibles ou les populations admissibles, de quantifier les problèmes et les services requis relativement aux besoins spéciaux et d'analyser les variations au niveau de la mise en valeur et de l'adoption de saines habitudes de vie dans les divers secteurs et pour les enfants de différents âges. Les principales constatations comprennent :

- Les taux de participation aux programmes EJ ont augmenté au cours des cinq dernières années. Toutefois, la capacité des programmes offerts dans les collectivités de contribuer à l'accroissement des taux de participation semble être limitée. L'accès aux programmes EJ s'est amélioré dans certaines collectivités au cours des cinq dernières années. Cependant, des obstacles subsistent en ce qui concerne l'accès, et le **manque de services pour les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles** a été reconnu comme une source particulière de préoccupation.

- Le groupe EJ réussit avec une efficacité moyenne à offrir des programmes de qualité. Les services sont très bien cotés par les participants aux programmes sondés, et le personnel chargé de leur prestation au niveau des collectivités est expérimenté et qualifié. Le personnel en place dans les collectivités éprouve de la difficulté à fournir la quantité et la qualité de services nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé, notamment en raison du financement disponible dans les collectivités locales pour assurer un niveau adéquat de dotation en personnel.

- Les programmes et services EJ ont contribué à une hausse de la sensibilisation aux saines habitudes de vie se manifestant dans tout un éventail d'indicateurs. Entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes EJ sondés ont déclaré avoir été beaucoup mieux informés grâce aux renseignements qu'ils ont reçus des programmes EJ. Les résultats ont été un peu plus élevés pour ce qui est d'accroître la sensibilisation aux soins maternels prénataux, à l'allaitement au sein et à l'activité physique pour les enfants qu'en ce qui concerne **l'alimentation et l'importance de la langue et de la culture de la Première nation pour les enfants**. L'un des principaux obstacles à l'amélioration de l'alimentation des enfants a été le manque de ressources financières adéquates pour couvrir le coût élevé des aliments.

- L'adoption de saines habitudes de vie par les participants aux programmes EJ est à la hausse. Entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes sondés ont dit avoir adopté ces saines habitudes pour de bon ou la majorité du temps, et le personnel dans les collectivités a également constaté une hausse dans l'adoption de ces habitudes au sein des participants. L'information offerte par les programmes EJ a contribué dans une grande mesure à l'augmentation du nombre de personnes ayant adopté de saines habitudes de vie, mais beaucoup plus à l'amélioration de la santé maternelle qu'à l'amélioration du développement de l'enfant. **L'usage de la langue de la Première nation a été désigné comme un domaine nécessitant de plus grandes améliorations.**

L'évaluation a révélé que le groupe EJ réussissait à répondre de façon efficace aux besoins des participants aux programmes en matière de santé en contribuant à la hausse du taux de participation à ceux-ci, mais qu'il réussissait moins bien à offrir des programmes de qualité en raison des niveaux d'effectif disponibles pour en assurer la prestation. Les domaines qui pourraient être améliorés comprennent : l'accès aux services pour les enfants avec des besoins spéciaux et leurs familles, le soutien et l'information concernant l'alimentation de l'enfant et l'incorporation et la promotion des langues et de la culture des Premières nations dans les programmes EJ.

E2 Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?

Dans l'ensemble, le groupe EJ compte sur un continuum de programmes pour répondre aux besoins de santé des mères et des enfants de 0 à 6 ans. Le continuum de programmes est appuyé par le réseautage et une bonne collaboration à tous les niveaux de la DGSPNI et au sein des collectivités.

Certains domaines nécessitant de plus amples améliorations ont été relevés, de même que des facteurs pouvant nuire à une hausse de la collaboration. Par exemple :

- Le continuum s'est amélioré au cours des cinq dernières années, toutefois, il n'y a pas suffisamment de fonds pour offrir un continuum de services dans toutes les collectivités et pour répondre à tous les besoins en matière de santé dans un bon nombre de collectivités.
- Le réseautage et la collaboration sont adéquats et s'améliorent à tous les niveaux, il y a une grande collaboration, tant au sein des quatre programmes EJ qu'entre les programmes EJ et les programmes non EJ au niveau communautaire.

L'évaluation a révélé que le groupe EJ offrait un continuum amélioré de programmes pour répondre aux besoins en matière de santé maternelle et infantile appuyé par une collaboration et des réseaux d'entraide positifs à tous les niveaux ainsi qu'au sein des collectivités dans lesquelles plusieurs programmes sont offerts.

E3 L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?

Résultats imprévus relevés par le personnel de la DGSPNI et des collectivités

Toute une gamme de résultats positifs et négatifs issus du groupe EJ ont été relevés. Selon les données disponibles, il n'est pas possible de déterminer si les résultats relevés sont localisés ou s'ils peuvent s'appliquer de façon générale à différentes régions, à d'autres collectivités et/ou à tous les programmes EJ.

La prestation des programmes EJ au niveau communautaire favorise les approches intégrées de planification des services ainsi qu'une prestation plus efficace. Les résultats positifs comprennent une meilleure sensibilisation des collectivités à leurs besoins et à leurs avantages en matière de santé et appuient l'utilisation d'une approche de groupe pour les programmes destinés aux enfants. Parallèlement, ces tendances font ressortir les contraintes qui existent sur le plan des ressources et du financement, de même que les lacunes dans les services et les besoins non satisfaits en matière de santé.

La participation aux programmes EJ donne lieu à une grande variété d'effets positifs pour les parents et les enfants qui vont au-delà de la mise en valeur d'un « comportement plus sain » en soi. **Ceux-ci consistent en des résultats plus généraux relativement aux compétences parentales, au fonctionnement social et au bien-être en général des enfants et des familles qui ne sont pas définis en ce moment dans le modèle logique du groupe EJ.**

On estime que les programmes EJ favorisent l'inclusion des traditions et des cultures dans les activités, et, dans certains cas, qu'ils ont amélioré l'accès à certains services pour les femmes qui n'auraient peut-être pas eu droit aux services de programmes précédents. D'autre part, les interruptions dans les services (en raison de pénuries de personnel ou de délais de financement) ont des effets négatifs sur les clients en attente de soutien, surtout ceux qui doivent composer avec une situation de crise ou qui disposent de ressources limitées pour satisfaire à leurs besoins fondamentaux en matière de santé.

Certaines collectivités ont de la difficulté à satisfaire à leurs besoins en matière de santé avec les ressources existantes. Malgré un personnel à plein temps et un partage des ressources dans de nombreux cas, il est difficile pour certaines collectivités de satisfaire à leurs besoins en matière de santé malgré les programmes et les fonds qui sont mis à leur disposition. Certaines collectivités peuvent ne pas comprendre le but essentiel auquel sont destinés les fonds qui leur sont affectés, et il semble que cette situation puisse donner lieu à des tensions au sein des collectivités.

Résultats imprévus relevés principalement par le personnel des collectivités

Les principales constatations concernant les résultats négatifs imprévus sont :

- On s'inquiète quant aux effets possibles de l'approche de regroupement des programmes de la DGSPNI et à savoir s'il est possible qu'elle puisse entraîner une réduction du financement,
- On craint que l'approche de regroupement des programmes n'entraîne une hausse de la demande pour des services qui ne pourront pas être satisfaits avec les niveaux de financement actuels.

L'évaluation a révélé qu'il serait nécessaire d'offrir un soutien supplémentaire sur la façon de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci au moyen de pratiques intégrées et structurées et de documents d'orientation. Qui plus est, l'évaluation a révélé que le modèle logique du groupe EJ ne permettait pas de saisir les résultats liés à la compétence parentale, au fonctionnement social et au bien-être en général des enfants et des familles.

E4a Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile par les PN?

L'évaluation a révélé qu'on pouvait s'attendre à ce que la participation accrue des Premières nations aux décisions concernant les programmes EJ donne lieu à une hausse de leur prise en charge des programmes et du soutien. La principale constatation qui a été tirée de l'évaluation est que **le niveau de participation des Premières nations aux prises de décisions concernant les programmes a augmenté** au cours des cinq dernières années.

E4b Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à un renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

L'étude sur l'examen de la formation EJ a révélé que la formation pour renforcer la capacité des ressources humaines des programmes EJ convenait bien aux besoins relevés. Toutefois, bon nombre de répondants des collectivités ont souligné qu'il n'y avait pas suffisamment de financement pour la formation et que des améliorations pourraient être apportées au niveau de la communication et de la planification en matière de formation. L'examen de la formation EJ a également révélé que les investissements dans la formation pour les programmes destinés aux enfants contribuaient au renforcement de la capacité des ressources humaines.

RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS ET DES RECOMMANDATIONS

Le groupe EJ a réalisé d'importants progrès en vue d'améliorer le cadre pour un continuum de services visant à promouvoir la croissance et le développement en santé des enfants. Les conclusions et les recommandations ci-dessous sont proposées dans le but de poursuivre l'élaboration de mesures visant à répondre aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé.

1. Répondre aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé

- L'évaluation a révélé que le groupe EJ, dans l'ensemble, répondait aux besoins relevés des jeunes enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé. Les principales questions en matière de santé sur lesquelles la DEJ devra se pencher plus à fond comprennent : la promotion des langues des Premières nations, le soutien pour le bien-être mental des mères, le soutien et l'information concernant l'alimentation et les services pour les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles.
- Les constatations ont également démontré qu'il serait important de surveiller les nouvelles tendances qui peuvent se manifester afin de s'assurer que les programmes demeurent pertinents et que les principales lacunes soient relevées.

Recommandation 1 :

- Que Santé Canada surveille les nouvelles tendances qui peuvent se manifester relativement aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé, y compris en ce qui concerne :
  - Les enfants avec des besoins spéciaux et leurs familles;
  - Le bien-être mental des mères;
  - L'alimentation saine;
  - Les langues et la culture des Premières nations.

2. Collaboration et réseautage

- L'évaluation a révélé que le groupe EJ offrait un continuum amélioré de programmes pour répondre aux besoins en matière de santé maternelle et infantile appuyé par le réseautage et une collaboration positive à tous les niveaux ainsi qu'au sein des collectivités dans lesquelles plusieurs programmes sont offerts. Une évaluation plus approfondie de la collaboration et le réseautage sera nécessaire pour déterminer quelles sont les lacunes dans les programmes et s'il est possible d'accroître la collaboration.

Recommandation 2 :

- Pour décrire plus précisément le continuum de programmes, fournir des renseignements pertinents sur les réalisations et les résultats des programmes et faciliter les évaluations et la production de rapports subséquents, la DGSPNI doit :
  - déterminer les liens avec d'autres domaines de programme;
  - examiner les exigences en matière de rapport et normaliser la production de rapports sur les activités de programmes;
  - cerner les lacunes dans les programmes;

- o déterminer comment une coordination accrue pourrait améliorer les résultats en matière de santé.

3. Planification des programmes et reddition de comptes :

- L'évaluation a révélé qu'il serait nécessaire d'offrir du soutien supplémentaire sur la façon de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci au moyen de pratiques intégrées et de documents d'orientation.
- Par ailleurs, l'évaluation a aussi révélé que le modèle logique du groupe EJ ne permettait pas de saisir les résultats liés aux compétences parentales, au fonctionnement social et au bien-être en général des enfants et des familles.

Recommandation 3 :

- Des ressources et des directives devraient être élaborées et/ou mises à jour afin de permettre aux collectivités de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci.

Recommandation 4 :

- Le modèle logique du groupe EJ devrait être mis à jour afin qu'on y définisse clairement les résultats pour les enfants et leurs familles.

4. Formation et renforcement des capacités liées aux programmes EJ :

- L'examen de la formation a révélé que, dans l'ensemble, la formation pour appuyer la capacité des ressources humaines au sein des programmes EJ cadrait bien avec les besoins relevés. Toutefois, la communication et la planification concernant la formation pourraient être améliorées.

Recommandation 5 :

- Une stratégie de formation et de renforcement des capacités devrait être élaborée en vue de répondre à certains besoins dans les domaines suivants : la planification et la communication, l'appui à l'élaboration d'outils de formation adaptés à la culture, normalisés et agréés et le recrutement et le maintien en poste.

Recommandation 6 :

- Des outils pour surveiller l'efficacité de la formation et ses répercussions sur les travailleurs et les collectivités, ainsi que des mécanismes pour échanger des pratiques exemplaires, devraient être élaborés.

Section 1. INTRODUCTION

Cette section : (i) présente un aperçu du but et des objectifs de l'évaluation des quatre programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) compris dans le groupe Enfants et jeunesse (EJ); (ii) fournit une introduction au concept des groupes de programmes au sein de la DGSPNI; (iii) décrit les critères et les questions sur lesquels a été fondée l'évaluation; (iv) énumère les collectivités de Premières nations qui ont participé à l'évaluation et fournit une liste des acronymes utilisés dans le présent rapport.

Les quatre programmes du groupe EJ sont :

- le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR);
- le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) (Volet pour les Premières nations et les Inuits);
- Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF);
- Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI).

Pour les besoins de la présente étude d'évaluation, la DGSPNI a défini :

- Les besoins en matière de santé comme les conditions nécessaires à la croissance et au développement en santé des enfants, que l'on peut mesurer au moyen d'indicateurs de la santé et du bien-être des enfants[1].
- Les disparités dans les besoins des enfants de Premières nations en matière de santé comme les disparités (écarts) entre les besoins des enfants de Premières nations en matière de santé et ceux des autres enfants du Canada[2].

Un glossaire des termes est fourni à l'annexe 1. Les termes compris dans cette annexe sont en caractère bleu souligné lorsqu'ils apparaissent pour la première fois dans le présent rapport; p. ex. pertinence.

1.1. Objectifs de l'évaluation

Le but premier de l'évaluation du groupe EJ était de « déterminer si les programmes EJ contribuent de façon pertinente et avec efficacité à l'amélioration de la santé des enfants, des jeunes et des collectivités des Premières nations[3].

Les deux principaux objectifs de l'évaluation étaient les suivants :

- Évaluer la pertinence du groupe EJ relativement aux besoins en matière de santé maternelle et infantile des Premières nations et leur lien avec les priorités et les rôles du gouvernement fédéral.

---

[1] Cette approche est fondée sur le cadre de présentation de rapports établis dans les ententes fédérales-provinciales-territoriales sur le développement de la petite enfance et les rapports sur le bien-être des enfants du Canada.

[2] Au Canada, un volume considérable d'ouvrages font état des disparités ou « écarts » qui existent entre les résultats de santé des enfants de Premières nations et ceux d'autres enfants canadiens. Les approches axées sur les disparités en santé vont généralement de pair avec l'ensemble des politiques du gouvernement fédéral sur la santé des Premières nations qui visent à réduire les « écarts » entre les Premières nations et les autres Canadiens.

[3] Santé Canada, Demandes de propositions, « Évaluation de la pertinence et de l'efficacité du groupe Enfance et jeunesse 2008-2009 », le 17 septembre 2008, page 3.

- Déterminer si le groupe des programmes EJ permet d'atteindre de façon efficace les résultats immédiats et intermédiaires prévus dans le modèle logique du groupe EJ défini dans le Cadre d'évaluation du groupe EJ (2008) et le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) du groupe EJ (2006).

La ***Loi fédérale sur la responsabilité*** (LFR)[4], qui a été édictée après l'approbation du CGRR, porte sur deux facteurs d'évaluation, la pertinence et l'efficacité. Au cours de l'exercice d'établissement des concordances réalisé par la DGSPNI en 2009[5], une plus grande importance a été accordée à la pertinence et à l'efficacité plutôt qu'à d'autres facteurs précédemment établis dans le CGRR.

L'évaluation *ne* comprenait *pas* d'analyse détaillée des modèles de financement pour les programmes communautaires de la DGSPNI, puisqu'une étude distincte des modèles de financement était déjà envisagée. De plus, aucun examen des ressources humaines et de la formation n'a été réalisé, bien que les résultats d'un examen distinct de la formation EJ soient compris dans le présent rapport[6].

La portée de l'évaluation du groupe EJ inclut toutes les Premières nations dans les provinces au sud du 60e parallèle. Des programmes et des services similaires sont offerts au nord du 60e parallèle par les gouvernements territoriaux en vertu d'ententes particulières avec le gouvernement fédéral et l'évaluation de ces programmes relève de la compétence des trois territoires.

1.1.1. Évaluation semblable aux évaluations de programmes mais différente de celles-ci

Il s'agit de la première évaluation de groupe de programmes entreprise par la DGSPNI. Bien que cette évaluation du groupe de programmes emploie les méthodologies et la rigueur des évaluations de programmes, et que la structure des critères et des questions d'évaluation y soit la même, la portée de l'évaluation de groupe est bien différente.

Le Cadre d'évaluation EJ de la DGSPNI (2008) stipule que la portée de l'évaluation de groupe est : (i) de cerner les points communs entre les programmes et (ii) de favoriser la production de résultats de haut niveau[7]. Le Cadre stipule également que cette évaluation *n'a pas* pour but d'évaluer ou de mesurer les résultats individuels des quatre programmes du groupe EJ, mais plutôt d'examiner la contribution des services et du soutien des programmes dans un contexte de groupe.

Certaines des questions de l'évaluation de groupe portent sur les changements de comportement souhaités par l'un ou plusieurs des programmes EJ. Toutefois, les changements de comportement ne seront pas interprétés comme étant le(s) résultat(s) de l'un ou de plusieurs des programmes EJ. Par exemple, l'évaluation de groupe a examiné si les programmes EJ ont contribué à une hausse du niveau et de la durée de l'allaitement au sein dans les collectivités de Premières nations; le changement de comportement souhaité.

---

4 La *Loi fédérale sur la responsabilité* de 2006 stipule que : Sous réserve des instructions que peut donner le Conseil du Trésor et sauf disposition contraire de celles-ci, chaque ministère procède à un examen [évaluation] quinquennal de chaque programme en cours relevant de sa responsabilité afin d'en évaluer l'utilité et l'efficacité.

5 Le cadre d'évaluation a été révisé par suite d'un exercice d'établissement des concordances réalisé par la DGSPNI entre janvier 2009 et avril 2009. Cette question est abordée à la section 3 du rapport.

6 L'information sur la formation présentée dans le rapport de la DGSPNI n'a pas été contre-validée au cours de l'évaluation.

7 DGSPNI, Cadre d'évaluation du groupe EJ, juin 2008, page 15.

1.1.2. Période d'évaluation

Cette évaluation est en quelque sorte un examen et un compte rendu du groupe EJ pour la période allant de 2005-2006 à 2007-2008. Dans un petit nombre de cas, les constatations présentées dans ce rapport sont quelque peu désuètes puisque depuis 2007-2008, la DGSPNI a apporté des changements à ses politiques, à ses procédures et à ses pratiques. Lorsque cela s'est produit, une note a été placée en bas de page pour souligner un changement et, au besoin, pour expliquer les répercussions que ce changement a pu avoir sur les constatations énoncées. Les conclusions et les recommandations prennent en considération les changements faits par la DGSPNI depuis 2008-2009.

1.2. Critères et questions d'évaluation

Les critères d'évaluation, les questions d'évaluation, et les indicateurs du rendement sont détaillés dans le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) et le modèle logique s'y rattachant[8]. Au cours de la première étape de l'évaluation, les questions d'évaluation et les indicateurs du rendement ont été révisés afin qu'ils correspondent davantage au groupe de programme qu'aux programmes pris individuellement. Des sous-questions d'évaluation ont été tirées des questions d'évaluation et des indicateurs du rendement révisés.

Les critères et les questions d'évaluation employés pour réaliser cette évaluation sont présentés dans le **Tableau 1**. Les sous-questions d'évaluation sont présentées et abordées à la section 3 du présent rapport.

Tableau 1 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1**.	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile par les PN?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Note : On abordera la question d'évaluation E4b en utilisant les constatations d'une étude distincte réalisée par la DGSPNI (« Examen de la formation de la Division de l'enfance et de la jeunesse, 2009 ») sur la capacité et les besoins des PN en matière de formation pour assurer la prestation des programmes destinés aux enfants et aux jeunes dans les collectivités des PN.

[8] Santé Canada, Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) pour le groupe EJ, 2006.

1.3. Remerciements et collectivités participantes

La DGSPNI et les consultants de l'évaluation aimeraient remercier les deux conseils tribaux et les 37 Premières nations qui ont participé et contribué à cette évaluation. Le personnel des collectivités et les participants aux programmes (bénéficiaires) ont donné généreusement de leur temps pour nous faire part de leur savoir et de leurs expériences en ce qui concerne les programmes EJ. Sans la contribution de toutes les parties susmentionnées, nous n'aurions pas pu réaliser cette évaluation. Les collectivités et les conseils tribaux sont :

Canada atlantique :
Première nation de la vallée d'Annapolis
Première nation d'Eel Ground
Première nation d'Elsipogtog
Première nation de Millbrook

Québec :
Conseil de la Première Nation Wendake
Conseil des Innus de Pessamit
Gouvernement Listuguj Migmaq

Ontario :
Algonquins de Pikwakanagan
Première nation Aundeck-Omni-kaning
Première nation Chippewa de Thames
Chippewas de Kettle et Stoney Point
Première nation de Curve Lake
Première nation du Delaware
Première nation de Shawanaga
Première nation de Wampole Island

Manitoba :
Première nation de Fisher River
Première nation de Keeseekoowenin
Première nation de Long Plain
Première nation de Peguis

Saskatchewan, Grand Conseil de Prince Albert[9]
Première nation de Cumberland House
Première nation de Hatchet Lake
Première nation de Little Red – Lac la
Première nation de Little Red – Montreal Ronge Lake
Première nation de Montreal Lake
Première nation de Red Earth
Première nation de Shoal Lake
Première nation de Wahpeton

[9] Toutes les collectivités du Grand Conseil de Prince Albert ont été invitées à une réunion communautaire de collectivités multiples. Les réunions sur le H1N1 prévues au même moment ont empêché un bon nombre de collectivités d'y participer. Toutefois, toutes les collectivités ont reçu des questionnaires pour le personnel et les participants locaux.

Saskatchewan, Conseil tribal de File Hills et Qu'Appelle[10]
Première nation de Carry the Kettle
Première nation de Little Black Bear
Première nation de Muscowpetung
Première nation de Nekaneet
Première nation de Okanese
Première nation de Pasqua
Première nation de Peepeekisis
Première nation de Piapot
Première nation de Standing Buffalo
Première nation de Starblanket
Alberta :
Nation cri de Samson
Première nation de Tssu-Tina
Colombie-Britannique :
Première nation de Cowichan
Première nation d'Esketemc
Première nation de Tseshat (Nuu-chah-nulth)

1.4. Auditoire et délais d'exécution de l'évaluation

L'évaluation du groupe EJ a été entreprise en 2008-2009 pour satisfaire aux exigences de production de rapports établies dans le CGRR du groupe EJ ainsi que pour satisfaire aux exigences de la *Loi fédérale sur la responsabilité* (LFR) de 2006 qui stipule qu'on doit procéder à un examen quinquennal de tous les programmes de subvention et de contribution afin d'en évaluer la pertinence et l'efficacité. Cette évaluation aidera la DGSPNI à remplir son engagement, qui est de rendre compte au Secrétariat du Conseil du Trésor avant l'expiration en mars 2010 des modalités et conditions du PSSMI et des fonds de renforcement accordés pour le PAPAR.

1.5. Information / contexte supplémentaire

Le Cadre d'évaluation du groupe EJ de Santé Canada (2008) stipule que l'évaluation du groupe EJ se produira *en pleine transition de la production de rapports et de l'évaluation axées sur les programmes à la production de rapports et à l'évaluation au niveau de groupes de programmes*[11]. Cette évaluation a été réalisée avant que de l'information provenant de rapports sur les groupes de programmes ne soit disponible, et l'affectation de ressources financières au cours de la période d'évaluation a été fournie au niveau des programmes plutôt que des groupes de programmes.

L'évaluation du groupe EJ a été réalisée en conformité avec les normes d'évaluation du gouvernement fédéral établies par le Secrétariat du Conseil du Trésor, ainsi que pour respecter d'autres principes relevés par le groupe de travail sur l'évaluation du groupe EJ de la DGSPNI (qui comprennent l'engagement des parties intéressées, la transparence, la pertinence sur le plan culturel, l'utilité, les bénévoles et la prise en charge partagée)[12].

---

[10] Voir la note en bas de page précédente.

[11] DGSPNI, Cadre d'évaluation du groupe EJ, juin 2008, page 16.

[12] DGSPNI, Cadre d'évaluation du groupe EJ, juin 2008, page 16.

1.6. Aperçu du rapport

Les trois premières sections du présent rapport présentent le contexte et la méthodologie de l'étude d'évaluation. Les sections 4 à 10 présentent les constatations sur les questions et les sous-questions d'évaluation, et la section 11 comprend d'autres constatations non liées aux questions d'évaluation. La section 12 résume les constatations et les conclusions de l'évaluation, et des recommandations sont présentées à la section 13.

Une série d'annexes est incluse pour donner d'autres faits à l'appui et renseignements techniques détaillés. Les rapports techniques et documents de travail ont été fournis séparément.

1.7. Acronymes utilisés dans le présent rapport

Les acronymes utilisés dans le présent rapport sont :

CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
DEJ	Division de l'enfance et de la jeunesse
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DPC	Direction des programmes communautaires
EJ	Enfance et jeunesse
ETCAF	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale
LFR	Loi fédérale sur la responsabilité
PAPAR	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, aussi connu sous le nom de Programme d'aide préscolaire aux Premières nations dans les réserves
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PN	Premières nations[13]
SC	Santé Canada
SMI	Santé maternelle et infantile
SSNA	Programme des services de santé non assurés

Section 2. CONTEXTE

Cette section présente un aperçu du groupe EJ, la portée des activités du groupe de programmes, les dépenses et l'utilisation que l'on prévoit faire des résultats de l'évaluation.

2.1. Définition d'un groupe de programmes

Pour les besoins de la présente évaluation, un « groupe » de programmes s'entend d'*un ensemble de programmes, de services ou d'activités qui ont des objectifs et qui visent des résultats communs*.

Un groupe de programmes peut offrir de meilleures possibilités de collaboration, de coordination et d'intégration pour l'ensemble des éléments constitutifs qui contribuent à l'atteinte des résultats escomptés.

[13] L'abréviation PN n'est utilisée que dans les tableaux où l'espace est limité.

La création du groupe EJ en 2004 est abordée dans l'analyse bibliographique et documentaire de base[14]. Le but premier de la création du groupe des programmes EJ était de rationaliser et de coordonner l'ensemble des programmes destinés aux enfants et d'élaborer une approche stratégique de planification en vue d'atteindre les résultats escomptés et de production de rapports sur ceux-ci.

Les quatre programmes du groupe EJ ont été créés à différents moments pour satisfaire à différents besoins en matière de santé. Ils offrent du soutien et des services complémentaires à un groupe cible commun (les mères et les jeunes enfants de moins de 6 ans) et ont comme objectif commun d'améliorer la santé des mères et des enfants. De plus, le « regroupement officiel » des services et des activités EJ fait valoir et encourage la collaboration et l'intégration[15].

Selon cette définition d'un groupe de programmes, tout changement dans la composition du groupe relativement aux objectifs existants et aux résultats escomptés ne modifierait pas la définition du groupe EJ dans son ensemble. (Ce qui veut dire que des programmes, des services et des activités pourraient être ajoutés à l'ensemble ou soustraits de celui-ci sans modifier le concept du groupe EJ et sans nuire à la capacité de mesurer les résultats du groupe.)

2.2. Mise en œuvre et évolution de l'approche de groupe

L'approche axée sur un groupe de programmes consiste en un processus continu qui est partiellement mis en œuvre aux niveaux national et régional de la DGSPNI[16].

Dans son renouvellement de 2005 des responsabilités de programmes, la DGSPNI a réuni les programmes ayant des objectifs communs en « groupes[17] de programmes », ce qui comprend trois groups au sein de sa responsabilité pour les programmes communautaires : (i) Enfance et jeunesse (sur lequel porte la présente évaluation); Prévention des maladies chroniques et des blessures et (iii) Santé mentale et toxicomanies. Le but de la création des groupes de programmes était de favoriser une approche plus stratégique des services et du soutien qu'offrent les programmes de la DGSPNI aux Premières nations, ce qui comprend la planification, la coordination et la gestion des programmes au sein de chacun des groupes.

2.2.1. Rendement et évaluation du groupe EJ

Le CGRR du groupe EJ définit les modèles de compte rendu et d'évaluation du rendement pour rendre compte des résultats. Le premier rapport sur le rendement du groupe EJ, approuvé en mai 2009[18], a révélé que le groupe EJ était en « transition »[19]. Le rapport soulignait que, bien que les programmes du groupe aient des buts, des objectifs et des activités en commun et que des progrès aient été réalisés vers une coordination de l'ensemble du groupe, les rapports sur les activités ont été produits pour chaque programme individuellement, ce qui a compliqué la production de rapports au niveau du groupe. La

---

[14] Évaluation du groupe EJ, Documentation d'information et Examen des documents, 2009, Patricia Streich, Auguste Solutions & Associates Inc.

[15] Voir DGSPNI, Rapport sur le rendement 2004-2005 à 2006-2007, groupe Enfance et jeunesse, 7 octobre 2008, page iii, et Santé Canada, CGRR Enfance et jeunesse, 30 décembre 2006.

[16] L'élaboration de l'approche de groupe est abordée à la section 4.1.2.

[17] L'approche de groupe est abordée plus en détail à la section 4 du présent rapport.

[18] Le CGRR du groupe EJ exige que les rapports sur le rendement concernant les activités et les réalisations soient produits tous les trois ans en fonction des indicateurs du rendement compris dans le document du CGRR. Le rapport sur le rendement de mai 2009 couvrait les trois exercices allant de 2004-2005 à 2006-2007. Les rapports sur le rendement examinent les activités et les réalisations, mais ne tiennent pas compte des « résultats » examinés dans le cadre des évaluations (qui, en ce moment, sont effectuées tous les cinq ans).

[19] DGSPNI, « Rapport sur le rendement 2004-2005 à 2006-2007, groupe EJ », 7 octobre 2008, page vii.

DGSPNI a mis en œuvre un modèle de production de rapports pour les groupes de programmes en 2008-2009, que les collectivités utilisent à mesure qu'elles renouvellent leurs accords de contribution.

2.3. Aperçu des programmes EJ

Le groupe EJ des programmes communautaires de la DGSPNI compte quatre programmes visant à améliorer la santé maternelle et infantile dans les collectivités des Premières nations. Chacun des quatre programmes a ses propres objectifs et mène différents types d'activités[20]. Le Tableau 2 résume les principaux éléments des quatre programmes EJ.

Tableau 2 : Résumé des programmes du groupe EJ[21]

Principaux éléments	PCNP	PAPAR	ETCAF	PSSMI
Date de début	1999	1998	2002	2006
Prestation du programme	Fournisseurs de services sociaux et de santé communautaires	EPE, agents communautaires, administrateurs, bénévoles	Agents communautaires, bénévoles	Infirmières en santé communautaire et visiteurs familiaux, soins de santé, EPE
Activités du programme	1. Évaluation, éducation et conseils nutritionnels 2. Nutrition maternelle 3. Promotion et soutien de l'allaitement au sein	1. Promotion de la langue et de la culture des PN 2. Éducation préscolaire 3. Promotion de la santé et sensibilisation 4. Nutrition 5. Soutien social 6. Engagement parental et familial	1. Prévention de l'ETCAF 2. Soutien aux enfants atteints de l'ETCAF et à leurs familles 3. Soutien aux femmes à risque et aux familles touchées 4. Éducation et sensibilisation 5. Renforcement de la capacité et formation 6. Évaluation et diagnostic	1. Dépistage et évaluation de la santé 2. Visites à domicile 3. Services d'aiguillage et gestion de cas 4. Intégration de la culture dans les soins (soutien à long terme aux familles dans le besoin)
Principaux groupes cibles	Femmes enceintes, femmes qui allaitent au sein et bébés de 12 mois et moins	Enfants allant jusqu'à l'âge de 6 ans	Femmes enceintes et à risque	Femmes enceintes et nouveaux parents

Tel qu'il est résumé dans le tableau précédent, les programmes EJ ont été mis en œuvre au cours des vingt dernières années, le PCNP et le PAPAR étant les mieux établis (les plus anciens), tandis que l'ETCAF et le PSSMI sont les plus récents. La prestation de tous ces programmes est assurée par du personnel des collectivités. Quelques programmes dans certaines collectivités ont utilisé des bénévoles locaux pour aider à la prestation de certains éléments des programmes.

2.3.1. Couverture des programmes EJ par les Premières nations

La DGSPNI est active auprès de 596 des 615[22] (96,9 p. 100) Premières nations au sud du 60e parallèle et finance au moins un des programmes EJ dans 546 des 596 (91,6 p. 100) des Premières nations[23].

---

[20] Pour des descriptions détaillées des programmes, voir Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes, DGSPNI, mars 2007.

[21] Sources : Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes, DGSPNI, mars 2007; Santé Canada, Modalités et conditions pour l'autorisation des programmes communautaires, 2005; 2) Rapport sur le rendement 2004-2005 à 2006-2007, groupe EJ de la DGSPNI, octobre 2008.

[22] Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) reconnaît 615 Premières nations officielles situées au sud du 60e parallèle. Seulement quelques Premières nations comptent plus d'un groupe inscrit. Le nombre total de Premières nations par groupes inscrits est de 630. Cette information a été fournie à la DEJ de la DGSPNI par AINC en mars 2009.

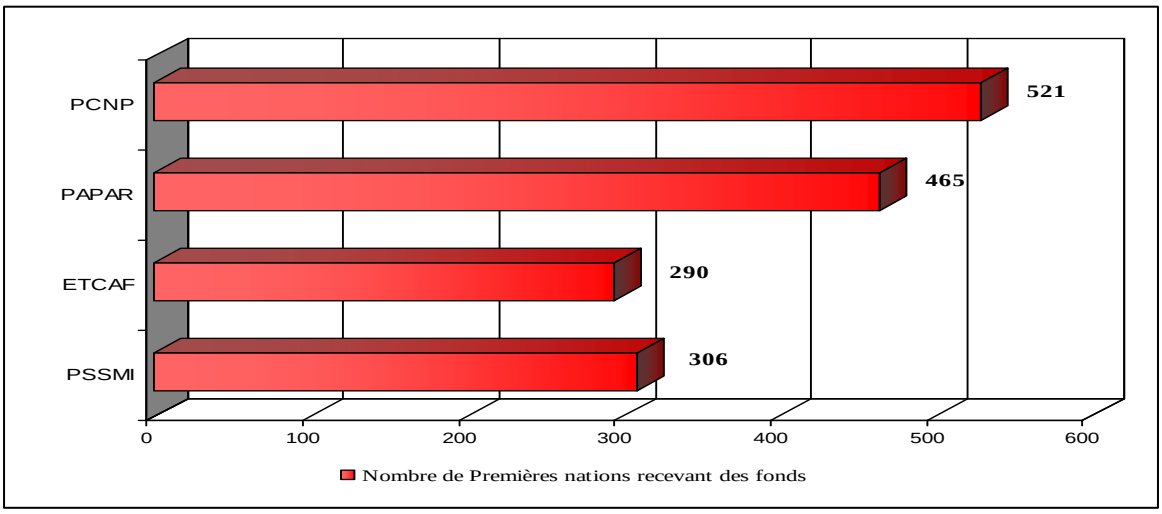
[23] L'information de 2009 fournie par les bureaux régionaux de la DGSPNI dénombre 596 Premières nations.

Le PCNP est essentiellement un programme national (universel), tandis que la portée des trois autres programmes EJ relève d'accords régionaux entre la DGSPNI et les Premières nations et leurs organisations régionales.

La DGSPNI ne mentionne pas que les programmes EJ autres que le PCNP (le PAPAR, l'ETCAF et le PSSMI) sont universels. Le financement du PAPAR, de l'ETCAF et du PSSMI par la DGSPNI est réparti en fonction des fonds disponibles et distribué à chacune des régions. Les régions de la DGSPNI ont établi des pratiques qui déterminent comment les fonds sont distribués dans leur région. Certaines régions offrent des fonds à toutes les collectivités, alors que d'autres financent des projets dans des collectivités déterminées. Aucune pratique nationale commune n'avait été établie avant 2008.

Les bureaux national et régionaux de la DGSPNI ont procédé à une « analyse interne des programmes » et ont réuni l'information sur la portée des programmes pour le groupe EJ. Selon cette information, qui n'était disponible que pour 2009, comme le montre la figure 1 : (i) le PCNP est financé dans 521 (87,4 p. 100) Premières nations; (ii) le PAPAR dans 465[24] (78 p. 100) Premières nations; (iii) l'ETCAF dans 290 (48,6 p. 100) Premières nations et (iv) le PSSMI dans 306 (51,3 p. 100) Premières nations. Il est à noter que, dans certains cas, des éléments des services du PCNP sont financés d'une autre façon, et l'information peut être distribuée par le personnel au sein d'autres programmes[25].

Figure 1
Portée des programmes EJ (calculée d'après l'information régionale de 2009)[26]



Le nombre de programmes recevant des fonds EJ dans chaque collectivité constitue une autre mesure de la portée du groupe EJ. Tel qu'il est indiqué à la figure 2 (d'après l'information de 2009 fournie par les bureaux régionaux de la DGSPNI), 50 (8,4 p. 100) Premières nations ne reçoivent pas de fonds pour les programmes EJ en ce moment[27], 49 (8,2 p. 100) reçoivent des fonds pour un programme, 146 (24,5

[24] Dans certaines régions, les fonds du PAPAR peuvent être affectés à des activités particulières (comme des camps d'été ou des programmes pour le congé scolaire du mois de mars) et ne pas couvrir tous les programmes du PAPAR.

[25] Par exemple, les vitamines maternelles peuvent être couvertes par le Programme de services de santé non assurés (PSSNA) et distribuées par d'autres employés du programme ou par l'intermédiaire de la clinique de santé. Lorsqu'il n'y a pas de projets d'ETCAF particuliers au sein des collectivités, l'information sur l'ETCAF peut être fournie par le personnel d'autres composantes du programme.

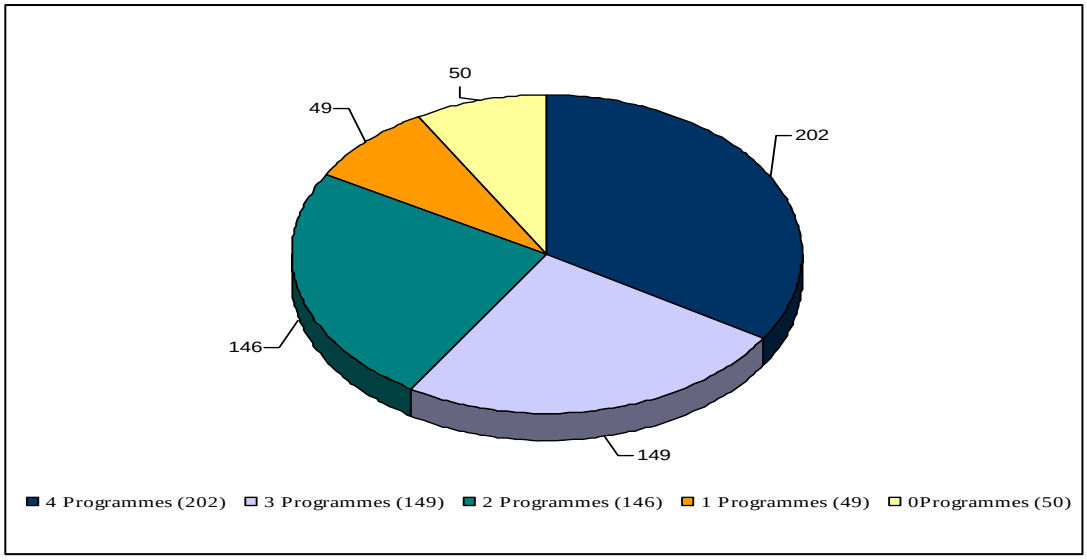
[26] Source : Bureaux régionaux de la DGSPNI. L'information pour les années précédentes n'était pas disponible.

[27] La DEJ ne finance pas directement le PCNP dans toutes les Premières nations. Certains des objectifs du PCNP sont couverts par les programmes EJ, le Programme des services de santé non assurés de la DGSPNI et l'aide sociale qui est offerte par

p. 100) en reçoivent pour deux programmes, 149 (25 p. 100) pour trois programmes et 202 (33,9 p. 100) en reçoivent pour les quatre programmes EJ. Ces deux mesures des programmes et du financement du groupe EJ par Première nation indiquent qu'aux niveaux actuels, il n'y a pas suffisamment de fonds EJ pour assurer la prestation de tous les programmes EJ dans toutes les collectivités des Premières nations.

La distribution des programmes EJ par collectivité de Premières nations a été prise en compte dans la méthodologie d'évaluation et la sélection des collectivités à visiter afin d'obtenir un échantillon représentatif de collectivités avec différents nombres de programmes EJ[28].

Figure 2
Nombre de collectivités en fonction du nombre de programmes EJ



Source : Bureaux régionaux de la DGSPNI, 2009

2.3.2. Financement de programme en transition

En date du 31 mars 2009, on comptait 732 accords de contribution avec 580 différentes Premières nations ainsi que d'autres organisations pour le financement de services du groupe EJ, et 111 accords de transfert qui comprenaient des fonds EJ pour 215 collectivités. La DGSPNI a entrepris de s'éloigner du financement d'un à quatre programmes EJ dans chaque collectivité de Première nation, chacune avec un accord de contribution distinct, et procède maintenant à la mise en œuvre d'un modèle de financement regroupé qui permettra aux Premières nations d'obtenir des fonds pour tous les programmes EJ en vertu d'un seul accord de contribution.

Cette transition vers le financement regroupé est abordée à la section 6, Pertinence par rapport aux rôles du gouvernement fédéral.

AINC. L'information actuelle ne confirme pas quel pourcentage de ces 50 collectivités recevrait, d'autres sources, des fonds équivalents à ceux du PCNP.

[28] Voir la section 3, Méthodologie pour discussion sur la sélection des collectivités.

2.3.3. Estimation de la portée des programmes

L'estimation de la portée des programmes est habituellement calculée en fonction du nombre de clients recevant des services par rapport au nombre de clients admissibles. Il n'a pas été possible de calculer la portée des programmes EJ en raison du manque de statistiques démographiques claires pour les Premières nations et le manque de données détaillées sur les participants aux programmes[29].

Les autres problèmes que pose l'estimation de la portée des programmes comprennent la définition d'un « client admissible ». Par exemple, dans certains cas, les services peuvent être fournis aux membres de bandes vivant en dehors des réserves et à ceux vivant dans les réserves, de même qu'aux non-membres de bandes vivant dans les réserves. La portée des programmes est également liée aux niveaux de financement disponibles dans l'ensemble et dans les collectivités. Si le financement pour les programmes n'est pas suffisant pour répondre à tous les besoins des collectivités en matière de santé, celles-ci peuvent offrir leurs programmes à un nombre fixe de participants et cibler les mères et les enfants qui sont les plus à risque. Certaines collectivités peuvent offrir un niveau plus limité de programmes à un plus vaste groupe de clients (par exemple, toutes les femmes enceintes ou les nouvelles mères).

Le groupe EJ a pour but d'offrir un « continuum » de services qui favorisera l'atteinte des résultats escomptés conformément au modèle logique du CGRR du groupe EJ (voir l'annexe 2 – modèle logic). Par conséquent, pour estimer la portée du groupe EJ dans son ensemble, il faudrait tenir compte des chevauchements possibles entre le PCNP, le PSSMI, le PAPAR et l'ETCAF. Il n'y a actuellement aucune manière d'estimer les chevauchements possibles parmi les mères, les enfants et les familles qui pourraient avoir reçu ou qui reçoivent des services dans un contexte de programmes multiples au fil du temps. Le « continuum de services » est un facteur déterminant de l'efficacité du groupe EJ dont tient compte la présente évaluation.

2.4. Financement pour le groupe EJ

Les programmes EJ peuvent être financés en vertu d'un des quatre « modèles de financement » : (i) financement fixe; (ii) financement transitoire; (iii) financement souple et (iv) financement de transfert souple. Les définitions de ces modèles de financement sont présentées dans le glossaire (voir l'annexe 1). Les quatre modèles de financement varient en fonction des exigences en matière de planification, de responsabilisation et de production de rapports. Aucune analyse en profondeur des modèles de financement n'a été intégrée au cadre de référence pour l'évaluation du groupe EJ, puisqu'une étude distincte des dispositions de financement par la DGSPNI était envisagée. Le tableau 3 présente un aperçu des dépenses prévues et réelles pour les programmes du groupe EJ pour les exercices de 2005-2006 à 2008-2009.

---

29 Le Rapport sur le rendement EJ de 2008 révélait que plus de 9 000 femmes participent annuellement au PCNP, que plus 9 000 enfants ont participé au PAPAR et que des visites à domicile ont été effectuées auprès de 2 221 familles et des séances d'aiguillage auprès de 2 744 familles. Toutefois, le Rapport indique que les données sont fondées sur le nombre de Premières nations qui font rapport et que la portée est incomplète. Une autre variante est que les « bandes sujettes à un transfert ne sont pas tenues de déclarer le nombre de participants ayant eu recours aux programmes qu'elles offrent ».

Tableau 3 : Dépenses prévues et réelles pour les programmes du groupe EJ (en millions de dollars)

Programmes EJ destinés aux enfants	2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009	
	Prévues	Réelles	Prévues	Réelles	Prévues	Réelles	Prévues	Réelles
Aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	54,02	51,13	57,32	52,52	59,72	54,42	59,02	50,58
Programme canadien de nutrition prénatale	14,15	9,54	14,15	9,89	14,15	11,02	14,15	11,20
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale*	17,72	15,86	17,72	16,03	17,72	17,29	17,65	20,04
Santé maternelle et infantile	5,00	3,53	20,00	12,00	25,00	19,86	29,95	23,60
Total pour le groupe EJ (M$)	90,89	80,06	109,19	90,44	116,59	102,59	120,77	105,42

Source : Service des finances, DGSPNI, 2010

Les dépenses prévues et réelles comprennent les coûts ministériels et les coûts pour les avantages sociaux et les locaux.

* L'information financière pour le renforcement de la capacité de développement de la petite enfance comprenait l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale

2.5. Utilisation des résultats de l'évaluation du groupe EJ

L'évaluation du groupe EJ sera utilisée par la DGSPNI pour faire rapport au gouvernement fédéral sur le groupe EJ en réponse à la disposition de la *Loi fédérale sur la responsabilité* qui stipule qu'on doit procéder à une évaluation de la pertinence et l'efficacité de tous les programmes de contribution[30]. Par ailleurs, les résultats de l'évaluation contribueront à l'élaboration des demandes de renouvellement de financement de la DGSPNI en 2010 pour différents volets des programmes EJ.

Les constatations, les conclusions et les recommandations issues de ce rapport seront utilisées pour créer un plan d'action de gestion visant l'amélioration des programmes et des directives en vue de mieux répondre aux besoins des collectivités des Premières nations. On s'attend également à ce que : (i) les résultats s'avèrent utiles pour la planification au niveau des bureaux régionaux et locaux et (ii) qu'ils contribuent à l'élaboration de cadres de production de rapports pour le groupe EJ.

2.6. Autres évaluations et examens du groupe EJ

Au cours des dernières années, la DGSPNI a entrepris plusieurs évaluations et examens de chacun des programmes EJ, de même que produit des rapports annuels sur les programmes, des études spéciales et des examens. Ces évaluations et examens ont porté sur l'efficacité de chacun des programmes individuellement en fonction de leurs objectifs et ont permis de formuler des recommandations pour améliorer les programmes. Les exemples récents comprennent :

- ***Évaluation du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)***, 2004, un processus national d'évaluation de deux ans sur les cinq premières années du PAPAR;
- ***Rapport d'évaluation 2006 du Programme canadien de nutrition prénatale – Volet des Premières nations et des Inuits (PCNP-VPNI)***, 2007, qui consiste en un résumé et une analyse des résultats d'un grand nombre d'évaluations et d'examens précédents;

30 La Loi fédérale sur la responsabilité de 2006 stipule que : Sous réserve des instructions que le Conseil du Trésor peut donner et sauf disposition contraire de celles-ci, chaque ministère procède à un examen [évaluation] quinquennal de chaque programme en cours relevant de sa responsabilité afin d'en évaluer l'utilité et l'efficacité.

- ***Examen de la mise en œuvre du Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI)***, 2009 (à venir), un examen du PSSMI au cours des deux premières années de la mise en œuvre du programme en 2006;
- Examen de la formation EJ, 2009;
- Étude du mentorat relatif à l'ETCAF, 2009.

Parmi les études courantes, on compte également la *FASD Community Co-ordinator Study* (étude du coordonnateur de l'ETCAF au niveau communautaire) et la *AHSOR Culture and Language Study* (étude de la culture et de la langue dans le cadre du PAPAR), qui se termineront en 2010. Les lecteurs souhaitant obtenir de plus amples renseignements sur des programmes particuliers sont invités à consulter celles-ci et d'autres rapports disponibles auprès de la DEJ.

Section 3. MÉTHODOLOGIES ET DÉFIS DE L'ÉVALUATION

La présente section comprend un résumé de l'approche d'évaluation, des sous-questions d'évaluation détaillées, les méthodes utilisées pour aborder ces questions et un exposé des limites des données.

3.1. Modèle logique du groupe EJ

Selon le modèle logique du groupe EJ élaboré par la DGSPNI (Annexe 2), le groupe EJ devrait mener à une amélioration de la qualité de la prestation, un soutien coordonné aux mères et aux jeunes enfants, une sensibilisation accrue aux saines habitudes de vie et une hausse dans l'adoption de telles habitudes. Le résultat à long terme escompté est « l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des collectivités des Premières nations ».

Étant donné que le groupe EJ comprend des activités mises en œuvre aussi récemment qu'en 2006 avec le PSSMI, il est mentionné qu'il serait trop tôt pour en évaluer les résultats à long terme. C'est pourquoi cette évaluation avait pour but d'examiner les résultats immédiats et intermédiaires du modèle logique du groupe EJ. Tel qu'il est indiqué dans l'introduction, la portée de l'évaluation du groupe EJ comprend les quatre programmes destinés aux enfants offerts dans les Premières nations au sud du 60e parallèle de 2005-2006 à 2007-2008.

3.2. Critères et questions d'évaluation

La demande de propositions (2008) de Santé Canada établissait les deux critères d'évaluation dont il fallait tenir compte (pertinence et efficacité) et les huit questions d'évaluation présentées au **Tableau 1** (section 1) du présent rapport.

Afin de mieux définir et orienter l'évaluation du groupe EJ, la DGSPNI et les évaluateurs ont formulé des sous-questions d'évaluation structurées de façon à ce que les réponses à chacune d'elles fassent ressortir l'information nécessaire pour répondre aux questions d'évaluation.

Toutes les questions d'évaluation sont présentées à la page suivante, dans le tableau 4, de même que leurs sous-questions d'évaluation.

3.3. Élaboration d'indicateurs communs pour l'évaluation de groupe

Les sous-questions d'évaluation ont été examinées pour le groupe EJ dans son ensemble au moyen d'indicateurs communs aux quatre programmes du groupe. Au cours de l'étape de la conception de l'évaluation, la DEJ de la DGSPNI et le personnel d'évaluation ont travaillé avec l'équipe d'évaluation en vue d'établir des indicateurs du rendement fondés sur le modèle logique du groupe EJ et les différentes activités du groupe des programmes EJ. Un exercice d'établissement de concordances a été mené dans le but d'établir des liens entre les résultats escomptés pour le groupe EJ et différents indicateurs communs à chacune des sous-questions d'évaluation.

Tableau 4 : Sous-questions d'évaluation relevées

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation		Sous-questions d'évaluation	
Relevance	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.1**	Quels sont les besoins actuels des enfants et des jeunes des PN en matière de santé?
			P1.2	Comment ces besoins en matière de santé ont-ils changé au fil du temps?
			P1.3Y	a-t-il un lien clair entre les besoins actuels en matière de santé et les programmes du groupe EJ?
			P1.4	Est-ce que les besoins en matière de santé maternelle et infantile sont satisfaits[31] ?
			P1.5	Est-ce que le personnel et les dirigeants dans les collectivités des PN et les partenaires et parties intéressées du groupe EJ sont d'avis que les programmes offerts par le groupe satisfont aux besoins des mères et des enfants de leur collectivité en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure ce groupe est-il lié à une priorité du gouvernement?	**P2.1**	En vertu de quel budget ou de quelle autre priorité ce groupe (ou programme du groupe) a-t-il été créé et en quelle année?
			P2.2	Comment ce programme et ses résultats escomptés cadrent-ils avec les priorités actuelles du gouvernement? Expliquer.
	P3.	Dans quelle mesure ce groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?	**P3.1**	Dans quelle mesure les programmes du groupe EJ concordent-ils avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral d'améliorer la santé des PN?
			P3.2	Expliquer la nature du rôle et du mandat du gouvernement fédéral en ce qui concerne la prestation de ce programme.
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?	**E1.1**	Est-ce que la participation de membres des PN aux programmes et aux mesures de soutien relatives aux programmes EJ a augmenté?
			E1.2	Est-ce que la qualité des programmes et des mesures de soutien relatives aux programmes EJ s'est améliorée?
			E1.3	Les programmes et les mesures de soutien relatives aux programmes EJ sont-ils de qualité?
			E1.4	La sensibilisation à de saines habitudes de vie attribuable aux programmes EJ, a-t-elle augmenté chez les participants aux programmes EJ?
			E1.5	Est-ce que la mise en pratique de saines habitudes de vie attribuable aux programmes EJ, a augmenté chez les participants aux programmes EJ?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?	**E2.1**	Est-ce que le continuum de programmes et de mesures de soutien de la période prénatale à la période préscolaire s'est amélioré dans les collectivités des PN, relativement aux programmes EJ? Si oui, comment?
			E2.2	Est-ce que la collaboration et le réseautage, au niveau des programmes EJ, ont augmenté et se sont améliorés? Si oui, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus[32]?	**E3.1**	L'exécution du groupe EJ produit-elle des résultats ou a-t-elle des effets positifs imprévus?
			E3.2	L'exécution du groupe EJ produit-elle des résultats, a-t-elle des répercussions ou soulève-t-elle des préoccupations importantes imprévus?

[31] À la suite de discussions avec le personnel de la DGSPNI, la formulation initiale de cette sous-question a été modifiée, laissant de côté la formulation « des participants aux programmes », mettant ainsi l'accent sur la pertinence (plutôt que sur l'efficacité).

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	Sous-questions d'évaluation
	E4a. Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile par les PN?	**E4a.1** Y a-t-il eu une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile par les collectivités des PN?
	E4b. Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?	La DGSPNI a relevé neuf sous-questions d'évaluation, dans le courriel daté du 18 septembre 2009, qui ont été abordées dans un examen distinct mené par la DGSPNI. La section 10.2 du rapport présente ces sous-questions d'évaluation, de même que les constatations ou conclusions conséquentes de la DGSPNI.

Le plus grand défi qu'a posé cette évaluation a été d'évaluer les changements dans la pratique de « saines habitudes » et l'« état de santé » attribuables au groupe EJ[33]. Puisque cette évaluation porte sur le groupe EJ dans son ensemble (plutôt que sur chacun des quatre programmes destinés aux enfants), des indicateurs communs de changement ont dû être établis pour les différentes activités des quatre programmes. Il a aussi été difficile d'établir des liens entre les indicateurs et les activités du groupe EJ puisque la documentation a révélé qu'un bon nombre de facteurs sociaux et économiques avaient une incidence sur l'état de santé au niveau individuel.

Tableau 5 : Indicateurs communs de la sensibilisation à de saines habitudes de vie et de l'adoption de ceux-ci pour l'évaluation du groupe EJ

Domaine	Indicateurs communs
Santé maternelle (pré- et post-natale)	Soins prénataux aux mères durant la grossesse
	Nutrition saine pré- et post-natale pour les mères
	Utilisation des vitamines prénatales par les mères (y compris l'acide folique)
Santé et développement de l'enfance	Allaitement au sein pendant au moins 9 mois
	Usage de médicaments sans ordonnance par les mères durant la grossesse
	Consommation d'alcool par les mères durant la grossesse
	Saine alimentation pour les enfants
	Activités physiques pour les enfants
	Hygiène personnelle pour les enfants
	Connaissance des langues des Premières nations
	Participation aux activités culturelles
	Développement verbal (discuter avec les enfants)
	Faire la lecture aux enfants
	Musique avec les enfants

Source : DEJ de la DGSPNI, Tableaux des correspondances pour l'évaluation du groupe EJ, mai 2009.

[32] Aucune sous-question particulière pour E3 n'a été définie au début de l'évaluation. Les sous-questions E3.1 et E3.2 ont été élaborées par la suite afin de mieux définir la question et de maintenir la structure du processus analytique.

[33] Dans le cadre d'une évaluation, ce lien est désigné sous le nom d'« attribution », c'est-à-dire la mesure dans laquelle il peut être établi que des changements sont liés à des services reçus dans le cadre d'un programme plutôt qu'à d'autres facteurs.

La sélection de ces indicateurs communs a été fondée sur les connaissances de recherche existantes concernant la santé des femmes et des enfants des Premières nations et l'éventail d'activités du groupe EJ. Les indicateurs choisis ont été approfondis davantage et mis à l'essai au cours de l'élaboration des outils d'enquête, et le Tableau 5 montre la liste des 14 indicateurs adoptés. Les indicateurs sont répartis en deux domaines, la santé maternelle et la santé et le développement de l'enfance. Les indicateurs de la santé et du développement de l'enfance englobent différents domaines comme le bien-être physique, le développement d'aptitudes culturelles, verbales et linguistiques dans la petite enfance.

Les méthodes d'évaluation ont été conçues pour mesurer l'accroissement dans le niveau de sensibilisation à l'importance de ces facteurs ainsi que les changements dans l'adoption de ces habitudes grâce à l'information transmise lors de la prestation des services et du soutien du groupe EJ. L'accroissement dans le niveau de sensibilisation est considéré comme un préalable logique aux changements relativement à l'adoption de comportements précis. Étant donné qu'il n'y a pas de données de base antérieures au programme, l'évaluation mesure les changements en fonction des perceptions des participants aux programmes et du personnel chargé de la prestation des services.

3.4. Méthodes et sources de données

L'évaluation est fondée sur une approche à multiples méthodes reconnue comme une pratique d'évaluation standard qui accroît la rigueur et la fiabilité des résultats. Elle combine l'utilisation de l'information existante et la collecte de données primaires pour produire des renseignements quantitatifs et qualitatifs sur les sous-questions d'évaluation. Les données primaires recueillies comprennent des perspectives multiples sur l'efficacité du groupe EJ, c'est-à-dire les perspectives des participants aux programmes, du personnel des collectivités et du personnel de la DGSPNI pour produire une évaluation équilibrée. Trois méthodes ont été utilisées pour examiner l'information existante et quatre méthodes ont été utilisées pour recueillir des données primaires sur le groupe EJ, soit :

- Analyse bibliographique et documentaire
- Analyse de l'information statistique existante
- Analyse des renseignements administratifs sur les programmes
- Entrevue d'informateurs clés
- Sondage auprès des participants aux programmes du groupe EJ
- Sondage auprès du personnel des collectivités chargé de la prestation des programmes EJ
- Sondage auprès du personnel des bureaux national et régionaux de la DGSPNI

Par ailleurs, un résumé des constatations de l'examen de la formation EJ sera utilisé pour traiter l'une des sous-questions d'évaluation.

Chaque sous-question d'évaluation a été examinée en fonction de l'information provenant de deux sources ou plus, comme on peut le voir au Tableau 6. Les méthodes et les sources de données sont réparties en trois catégories : les données existantes; les données primaires recueillies; les autres études. La conception des outils d'enquête a été réalisée au moyen de questions communes afin de permettre la comparaison des résultats pour l'ensemble des différents groupes sondés et de déceler certaines constantes dans les constatations. La section suivante du présent rapport comprend un aperçu de chacune des méthodologies.

Tableau 6 : Résumé des sources de données par questions d'évaluation

Méthodes	Pertinence									Efficacité									
	P1					P2		P3		E1					E2		E3	E4a	E4b
	1.1	12	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	3.1	3.2	1.1	1.2	1.3	1.4	1.5	2.1	2.2	n/a	4a.1	n/a
Analyse bibliographique	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X					
Analyse statistique	X	X																	
Données sur les programmes			X	X						X									
Entrevues d'informateurs clés						X	X	X	X										
Sondage des participants				X							X		X	X	X		X	X	
Sondage auprès du personnel des collectivités	X	X	X	X	X					X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Sondage du personnel de la DGSPNI	X	X	X	X	X					X	X	X		X	X	X	X	X	
Autres études																			X

Analyse bibliographique et documentaire : Cette analyse en profondeur comprenait près de 100 rapports, articles et documents gouvernementaux sur la santé des enfants des Premières nations ainsi que des ouvrages généraux sur la santé infantile et le développement de la petite enfance. La priorité a été accordée aux ouvrages récents qui couvraient la période d'évaluation visée (c'est-à-dire depuis 2004) et qui permettaient de répondre aux questions les plus pertinentes de l'évaluation. Les données disponibles sur la santé des enfants des Premières nations et d'autres facteurs de la plus récente Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations de 2004 ont été examinés. Un rapport distinct a été préparé pour la DGSPNI, et les principales constatations ont été intégrées au présent rapport d'évaluation. (Une bibliographie détaillée est comprise à l'annexe 3.)

Statistiques et données sur les programmes : L'évaluation a été réalisée au moyen de données existantes tirées du recensement et d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) sur la population et les caractéristiques socioéconomiques ainsi que de données locales sur les Premières nations (selon la taille, le lieu et l'éloignement). Les données de la DGSPNI sur les budgets et les dépenses des programmes et la prestation de ceux-ci par les Premières nations, de même que le Rapport sur le rendement du groupe EJ 2004-2005 à 2007-2008 ont contribué à la conception des sondages d'évaluation.

Entrevues d'informateurs clés : Des entrevues téléphoniques en profondeur ont été réalisées auprès de trois cadres supérieurs de la DGSPNI afin d'obtenir des renseignements généraux sur l'évolution du groupe EJ depuis 2004 et les rôles des gouvernements dans le cadre des programmes de santé destinés aux enfants des Premières nations. L'information tirée de ces entrevues est intégrée au rapport sur l'analyse bibliographique et documentaire pour deux des questions sur la pertinence, et les principales constatations sont comprises dans le présent rapport d'évaluation.

Les directeurs de la santé et leurs chefs de service des conseils tribaux et des collectivités de Premières nations visitées ont été invités à prendre part aux visites des collectivités dans le cadre des vérifications sur place.

On a communiqué avec l'Assemblée des Premières nations afin d'obtenir une perspective nationale de la part des Premières Nations, mais en raison de changements au niveau du personnel, les membres de l'Assemblée n'ont pas été en mesure d'offrir une perspective officielle dans les délais prévus pour la présente évaluation. Toutefois, un représentant de l'Assemblée des Premières Nations, qui fait partie du Comité consultatif d'évaluation, a suivi l'évaluation dans son entièreté.

Sondage auprès des participants, du personnel des collectivités et du personnel de la DGSPNI : Les méthodes de sondage ont été utilisées pour recueillir de l'information sur les besoins en matière de santé et l'efficacité du groupe EJ. Les deux principaux éléments étaient :

- **Sondages par questionnaire auprès des participants du groupe EJ et du personnel des collectivités et de la DGSPNI** dans un échantillon de 37 collectivités des Premières nations. Ces sondages ont été réalisés au moyen de visites sur place et de réunions de type atelier dans les 37 collectivités, ce qui comprenait des visites sur place dans toutes les régions et dans des Premières nations de petite et de grande taille situées au Sud et dans des endroits plus éloignés. Tous les endroits sondés comptaient au moins deux programmes du groupe EJ, outre le PCNP. (Les critères de sélection sont présentés en détail à l'annexe 4.)

- Les données ont été rassemblées au moyen de cahiers de travail spécialement conçus qui ont été remplis au cours des visites sur place. Les cahiers de travail accordaient la priorité à la sensibilisation aux saines habitudes de vie et à l'adoption de celles-ci relativement aux résultats escomptés dans le modèle logique du groupe EJ et à l'exercice d'établissement de correspondances. Les sondages ont été remplis dans 37 collectivités par 225 participants aux programmes du groupe EJ et 118 membres du personnel des collectivités chargé de la prestation des programmes, des services et du soutien. Les principales constatations tirées de ces sondages sont comprises dans le présent rapport d'évaluation.

- **Sondages par questionnaire auprès du personnel de la DGSPNI chargé de la prestation des programmes destinées aux enfants dans les bureaux national et régionaux.** Ces sondages ont été réalisés par courriel et par suivi téléphonique[34]. Ces sondages ont accordé la priorité à la pertinence du groupe EJ en ce qui concerne les besoins en matière de santé, l'accès à un continuum de services et au réseautage et de collaboration au sein des programmes destinés aux enfants. Au total, 23 questionnaires ont été remplis. Les principales constatations sont comprises dans le présent rapport d'évaluation.

  Tous les instruments de sondage utilisés dans le cadre de ces trois enquêtes étaient axés sur l'utilisation de questions structurées afin que des données quantifiables soient recueillies sur des sous-questions particulières d'évaluation ainsi que sur l'utilisation de questions communes aux trois enquêtes afin que des comparaisons puissent être faites entre les réponses issues de différentes perspectives. Des questions ouvertes ont été incluses afin de recueillir les commentaires de la part des répondants, et ces commentaires ont été analysés par les évaluateurs afin d'en relever des thèmes. Cette information qualitative est intégrée au présent rapport d'évaluation, facilitant ainsi la formulation d'interprétations de l'information numérique. Des rapports techniques distincts avec des données détaillées tirées de ces trois enquêtes ont été fournis à la DEJ de la DGSPNI.

Analyses et constatations d'ordre général : Les renseignements tirés de l'ensemble de ces méthodes ont été utilisés conjointement pour analyser les sous-questions d'évaluation. Les constantes de même que les variations dans les constatations issues des différentes méthodes sont mentionnées dans le présent rapport d'évaluation.

[34] Durant la conception du sondage, et compte tenu de la nature particulière des questions au sujet du groupe EJ, il a été déterminé que le sondage devait s'adresser aux personnes qui ont une assez bonne connaissance des programmes EJ pour en fournir des renseignements valables. C'est pourquoi le plan initial visant à inclure d'autres informateurs clés a été révisé de concert avec la DEJ de la DGSPNI.

3.5. Profils des répondants aux sondages

Les éléments qui caractérisent les répondants aux trois sondages sont résumés ci-dessous en vue de définir leurs rôles au sein des programmes EJ. Ces profils indiquent que, dans les trois groupes, les sondages ont été réalisés auprès de répondants associés à chacun des programmes EJ, et la majorité comptaient plusieurs années d'expérience au niveau d'un ou de plusieurs des services EJ. Voilà qui renforce la confiance dans la qualité et la fiabilité des données de sondage recueillies, et les réponses aux sondages provenaient de répondants bien informés dans chaque groupe[35].

Participants aux programmes : Habituellement, le répondant au sondage auprès des participants aux programmes EJ était une mère dans la vingtaine avec deux jeunes enfants. Une faible proportion (14 p. 100) était constituée de jeunes mères de moins de 20 ans. Les répondants comprenaient également des pères, des beaux-pères ou d'autres pourvoyeurs de soins (comme des grands-parents) ayant des enfants qui participaient aux programmes.

On comptait un total de 547 enfants au sein des 225 familles sondées. La plupart des familles avaient un (34,5 p. 100) ou deux (20,2 p. 100) enfants, 20,6 p. 100 des familles en avaient trois, 13,9 p. 100 en avaient quatre et 9,4 p. 100 en avaient cinq ou plus. Compte tenu des groupes visés pour les divers programmes EJ, les enfants étaient principalement âgés de moins de 6 ans (70 p. 100), mais 30 p. 100 des familles avaient des enfants de plus de 6 ans. Il y avait un mélange d'âges allant de 17,2 p. 100 âgés de moins de 1 an à 21 p. 100 âgés de 1 et 2 ans et 31 p. 100 âgés de 2 à 6 ans.

Au moment du sondage, près de 41 p. 100 des participants étaient inscrits au PAPAR, près de 47 p. 100 étaient bénéficiaires du PCNP, 31 p. 100 participaient au PSSMI et 6 p. 100 au ETCAF. Près de la moitié des répondants (46 p. 100) ont dit recevoir des services de plus d'un programme.

Les répondants avaient obtenu des services et du soutien du groupe EJ pendant différents nombres d'années. Ainsi, 31 p. 100 des répondants avaient utilisé les programmes pendant moins d'un an, 26 p. 100 pendant un à deux an(s), 19 p. 100 pendant trois à cinq ans et 24 p. 100 pendant plus de cinq ans. La durée moyenne était de un an et neuf mois. Ces chiffres reflètent la composition familiale et indiquent que certaines mères avaient eu plus d'une grossesse et avaient plus d'une enfant pour lequel elles recevaient des services.

Personnel des collectivités : Les répondants au sondage auprès du personnel du groupe EJ dans les collectivités (qui compte 118 membres) ont travaillé aux quatre programmes, dont 45 p. 100 au PCNP, 48 p. 100 au PAPAR, 44 p. 100 au PSSMI et 24 p. 100 à l'ETCAF. Compte tenu des dispositions concernant la prestation des programmes et des fonds disponibles, 62 p. 100 du personnel des collectivités a travaillé à plus d'un des programmes EJ. Environ un tiers du personnel a travaillé la majorité du temps (plus de 75 p. 100) à un seul programme, et un tiers a travaillé moins de la moitié du temps au programme.

En moyenne, le personnel des collectivités avait travaillé aux programmes EJ pendant environ cinq ans. Environ 25 p. 100 du personnel avait travaillé pendant moins de deux ans à ces programmes, et près de 20 p. 100 y avait travaillé pendant trois ou quatre ans. Il se peut que ces données ne représentent pas adéquatement les proportions de personnel comptant moins d'années d'expérience, puisqu'on a demandé au personnel des collectivités d'inviter des membres ayant plus d'expérience et une meilleure connaissance des programmes.

[35] L'information statistique sur les répondants aux sondages est incluse dans les rapports techniques présentés séparément à la DGSPNI.

Les membres du personnel des collectivités possèdent une vaste gamme de compétences professionnelles leur permettant de remplir leurs fonctions, y compris 23 p. 100 en soins infirmiers, 10 p. 100 en éducation, 30 p.100 en services à l'enfance, 15 p. 100 en gestion ou en administration de programmes, 7 p. 100 en tenue de livres ou en comptabilité et 8 p. 100 en travail social. Un tiers du personnel possédait d'autres types de compétences, et près du tiers possédait des compétences ou avait reçu une formation dans de multiples domaines.

Personnel national et régional de la DGSPNI : Au total, 23 membres du personnel des bureaux national et régionaux de la DGSPNI ont répondu au sondage, dont 83 p. 100 du personnel régional et 17 p. 100 du personnel du bureau national à Ottawa. Au moment du sondage, 19 p. 100 travaillait au PCNP, 11 p. 100 au PAPAR, 26 p. 100 au PSSMI et 19 p. 100 à l'ETCAF. Toutefois, 26 p. 100 des répondants travaillaient aux quatre programmes, assumant des responsabilités de gestion pour l'ensemble des programmes EJ.

Près de 78 p. 100 des répondants étaient en gestion ou en administration, 11 p. 100 en élaboration de politiques ou en planification et 7 p. 100 en administration financière. La plupart des membres du personnel (83 p. 100) travaillaient à plein temps (plus de 75 p. 100) aux programmes EJ, mais quelques-uns travaillaient à temps partiel ou en situation de partage d'emploi.

En moyenne, le personnel de la DGSPNI avait travaillé aux programmes EJ pendant quatre à cinq ans (35 p. 100) ou plus de cinq ans (31 p. 100). Près de 22 p. 100 comptaient un à deux ans d'expérience dans ce domaine et 13 p. 100 avaient travaillé moins d'un an aux programmes EJ. Comme pour le sondage du personnel des collectivités, il se peut que ces données ne représentent pas adéquatement les proportions du personnel comptant moins d'années d'expérience, puisque le sondage visait le personnel ayant plus d'expérience et une meilleure connaissance des programmes.

3.6. Présupposés et limitations

L'un des points essentiels de cette évaluation a été l'utilisation de données issues de trois perspectives en vue de réduire la possibilité d'obtenir des résultats biaisés et d'accroître la fiabilité des constatations de l'évaluation. La DGSPNI, le personnel des collectivités et les participants sont les seuls groupes en position pour fournir un avis éclairé sur les effets des programmes et des services. Compte tenu du manque de renseignements de base préalables au groupe EJ pour procéder à une analyse comparative, les changements ont été mesurés en fonction des perceptions des participants aux programmes et du personnel chargé de leur prestation.

Minimisation des résultats biaisés : Les évaluations fondées sur le point de vue de participants et de membres du personnel ont tendance à produire des résultats qui peuvent être biaisés. Dans ce cas, il est possible de compenser le biais possible en vérifiant s'il y a des points positifs et des points négatifs qui peuvent s'annuler dans l'analyse finale. Par exemple, un biais positif (ou des opinions favorables) peut survenir si les bénéficiaires des services ont des préoccupations, à savoir que les services pourraient être interrompus, et les fournisseurs de services et gestionnaires de programmes peuvent donner des réponses positives mais avoir des inquiétudes quant aux niveaux de financement de leurs programmes.

Par contre, un biais négatif (une cote défavorable ou une opinion négative) peut survenir si les participants ou les fournisseurs de services ont des préoccupations concernant les types de services fournis. Par exemple, si les participants ne reçoivent pas tous les services qu'ils aimeraient recevoir, ils pourraient donner une cote défavorable aux services qu'ils reçoivent. Les fournisseurs de services peuvent déceler des lacunes dans leurs services et leur donner une cote d'efficacité défavorable. Dans les collectivités où le besoin et la demande de services sont élevés et les ressources sont limitées, ce dernier biais est plus susceptible de biaiser les résultats d'une façon négative.

Représentativité des données de sondage : La capacité d'appliquer les résultats à une plus grande population ou à une plus grande région à partir des données d'un sondage dépend de la façon dont les répondants au sondage sont sélectionnés. On retrouve deux niveaux de représentativité dans ces données d'évaluation, le taux de Premières nations touchées et le taux de participation aux programmes[36].

Les 37 collectivités sondées diffèrent selon leur taille, leur emplacement et le nombre de programmes EJ dont elles bénéficient. On peut donc s'assurer d'avoir procédé à une sélection assez variée de Premières nations à l'échelle du Canada, même si cette sélection n'est pas statistiquement représentative de l'ensemble des collectivités des Premières nations.

Cette méthode de sélection des participants ne constitue pas un échantillon fiable et statistiquement représentatif pouvant s'appliquer de façon générale aux participants aux programmes EJ au Canada. Toutefois, étant donné qu'il n'y a pas de liste universelle des participants aux programmes EJ, il serait impossible de constituer un échantillon statistiquement représentatif des participants. Cette méthode de sondage a un élément en commun avec les sondages d'opinion, c'est-à-dire qu'elle fait appel à la mémoire des répondants, bien qu'elle évite certains autres problèmes comme le biais de non-réponse et l'interprétation des données de sondage avec un faible taux de réponse.

Les contraintes ci-dessus ont deux incidences importantes sur les constatations de l'évaluation. Premièrement, la méthode de sondage de l'évaluation produit des données qui sont « indicatives », mais qui ne s'appliquent pas nécessairement à l'ensemble des participants aux programmes[37]. Cette contrainte importante est relevée dans la présentation des constatations du sondage. Deuxièmement, les comparaisons des cotes données par les participants, le personnel des collectivités et les gestionnaires de programmes sont utilisées pour déceler toute différence notable dans les résultats. Ces différences sont mentionnées dans le présent rapport d'évaluation et elles ont été prises en compte dans la façon de communiquer les résultats. Les questions nécessitant une étude plus approfondie seront précisées dans le rapport d'évaluation.

3.7. Défis sur le plan de la méthodologie

Le plus grand défi que comporte l'évaluation de l'approche de groupe de la DEJ (telle qu'elle est définie par la DGSPNI) est qu'elle ne permet pas d'évaluer les quatre programmes EJ afin de déterminer si chacun d'eux pris individuellement atteint les résultats escomptés. Par conséquent, même si l'évaluation établit que le groupe EJ (dans son ensemble) atteint les résultats escomptés, il se peut que l'un ou l'autre des programmes du groupe n'atteigne pas les résultats prévus. D'autres études peuvent être requises pour évaluer les éléments individuels des programmes du groupe EJ.

Les autres défis posés par l'évaluation du groupe EJ sont :

- l'évaluation avait pour but de mesurer les résultats pour l'ensemble des activités du groupe EJ, telles qu'elles sont définies dans le modèle logique du groupe EJ. Puisqu'il s'agissait de la première évaluation d'un groupe de programmes, il a fallu élaborer des indicateurs et des outils de mesure pertinents et de haut niveau pour tous les éléments des activités;

---

36 Il est indiqué que ces données ne peuvent s'appliquer de façon générale aux collectivités des Premières nations, mais qu'elles illustrent le point de vue du « personnel des collectivités » et des « participants aux programmes » pour l'ensemble des 37 collectivités visées par la présente étude d'évaluation. C'est pourquoi, dans tous les tableaux et les diagrammes, lorsqu'il est indiqué que des données proviennent du « personnel des collectivités » et des « participants aux programmes », on devrait en déduire qu'elles proviennent des répondants aux sondages menés dans les 37 collectivités.

37 Les frais et le temps nécessaires pour procéder à l'évaluation au moyen d'un nombre statistiquement significatif de collectivités, du personnel des collectivités et de participants auraient fait augmenter le coût de l'évaluation d'environ 50 p. 100 et auraient prolongé la durée de l'évaluation d'un autre quatre à six mois, un délai qui aurait eu une incidence défavorable sur le financement des programmes pour l'AF 2010-2011.

- certaines des questions d'évaluation portent sur les rapports entre les programmes. Il est difficile d'évaluer comment les différents programmes fonctionnent ensemble sans information de base préalable à leur regroupement;
- l'évaluation d'un groupe de programmes diffère de l'évaluation d'un programme unique parce qu'elle doit mesurer les résultats pour le groupe dans son ensemble au moyen d'indicateurs communs plutôt que les résultats des programmes pris individuellement;
- il a été difficile d'évaluer l'intégration, la collaboration et le continuum puisqu'un bon nombre de collectivités n'offrent pas les quatre programmes EJ.

Section 4. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Cette section présente l'analyse et les constatations pour la première des huit questions d'évaluation.

Tableau 7 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes et les enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile par les PN?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Les résultats de l'analyse bibliographique et documentaire et des sondages sont utilisés dans cette section pour définir les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé et pour déterminer si le groupe de programmes EJ répond aux besoins relevés en matière de santé.

Pour les besoins de cette étude d'évaluation, la DGSPNI donne les définitions suivantes :

L'expression « Besoins en matière de santé » signifie les conditions nécessaires à la croissance et au développement en santé des enfants, que l'on peut mesurer au moyen d'indicateurs de la santé et du bien-être des enfants[38].

L'expression « Disparités dans les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé » signifie les disparités (écarts) en matière de santé entre les enfants des Premières nations et ceux des autres enfants au Canada[39].

Tel qu'il est mentionné précédemment dans ce rapport, les termes « enfants et jeunes » désignent le groupe cible des programmes du groupe EJ, soit les enfants allant de la naissance à l'âge de 6 ans.

4.1. Besoins actuels en matière de santé (P1.1)

Tableau 8 : Sous-question d'évaluation P1.1

Question d'évaluation		Sous-question d'évaluation	
P1.	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.1**	Quels sont les besoins actuels des enfants et des jeunes des PN en matière de santé?

4.1.1. Disparités dans les besoins en matière de santé des enfants des Premières nations

Pour les besoins de la présente évaluation, la DGSPNI a défini les « disparités dans les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé » comme les disparités (écarts) qui existent entre les besoins des enfants des Premières nations et ceux des autres enfants en matière de santé au Canada.

4.1.2. Déterminer les besoins en matière de santé

En l'absence d'une liste établie, les besoins en matière de santé ont été déterminés à l'aide d'une analyse bibliographique détaillée et d'une « approche en trois étapes » qui comprend la détermination des besoins actuels en matière de santé[40].

L'analyse bibliographique et documentaire effectuée dans le cadre de cette évaluation[41], les analyses de données et les sondages ont révélé qu'il y avait des disparités considérables dans la santé selon un grand nombre d'indicateurs de la santé et du développement des enfants. Toutefois, l'analyse bibliographique et documentaire n'a produit aucun résumé particulier des besoins des enfants en matière de santé ni

---

38 Cette approche est fondée sur le cadre de reddition de comptes établi en vertu des Ententes sur le développement de la petite enfance et rend compte du bien-être des enfants au Canada.

39 Un important volume d'ouvrages au Canada font état des disparités en matière de santé concernant les enfants des Premières nations en ce qui concerne les « écarts » dans le domaine de la santé comparativement à ceux d'autres enfants canadiens. Une approche axée sur les disparités en matière de santé concorde de façon générale avec la politique du gouvernement fédéral sur la santé des Premières nations qui vise à réduire les « écarts » entre les Premières nations et les autres Canadiens.

40 Il n'y a pas de liste approuvée par la direction de la DGSPNI qui relève et définit les besoins en matière de santé auxquels doivent répondre les programmes EJ ou le groupe de programme EJ. Il a donc été nécessaire de déterminer quels étaient ces besoins pour les enfants des Premières nations. La DGPNI possède une série de rapports internes et d'études sur les différentes dimensions de nombreux besoins en matière de santé.

41 Voir l'analyse bibliographique et documentaire de base, ASA & Associates, rapport préparé par Auguste Solutions & Associates Inc., pour la DGSPNI, Santé Canada, juin2009.

d'évaluation de l'ampleur relative des divers besoins de santé dont traite l'ensemble des ouvrages. Une liste de besoins distincts en matière de santé a été tirée de l'analyse des différentes sources utilisées dans la présente évaluation.

Il est difficile de quantifier les besoins actuels des enfants des Premières nations en matière de santé en raison du manque de données comparables, tant pour les enfants des Premières nations que pour les autres enfants canadiens. Par ailleurs, le groupe EJ de programmes destinés aux enfants ne constitue qu'un groupe de mesures portant sur différents aspects de la santé et du développement de l'enfance, et l'évaluation ne visait pas d'autres programmes (comme les soins de santé primaires, l'aide à l'enfance, les blessures chez les enfants. etc.). C'est pourquoi l'évaluation a dû accorder la priorité aux besoins en matière de santé se rapportant au groupe EJ en particulier.

Pour ce faire, une approche en trois étapes a été adoptée dans le cadre de cette étude d'évaluation afin de relever les besoins actuels en matière de santé se rapportant au groupe EJ, à savoir :

- **Étape 1 :** Déterminer les types de « besoins en matière de santé » en fonction de l'analyse bibliographique et documentaire;
- **Étape 2 :** Valider les « besoins en matière de santé » au moyen de sondages auprès du personnel des collectivités (qui ont une connaissance directe des besoins qu'ont les 37 collectivités de Premières nations visitées en matière de santé) et du personnel des programmes de la DGSPNI selon leur expérience des programmes EJ;
- **Étape 3 :** Quantifier les « besoins en matière de santé » en se basant sur les données disponibles et classer ces besoins selon leur ampleur.

4.1.3. Étape 1 : Déterminer les besoins en matière de santé

Les différents types de besoins en matière de santé ont été relevés au moyen de l'analyse bibliographique et ont fait l'objet de discussions avec la DEJ de la DGSPNI et le personnel d'évaluation dans le but d'en évaluer la pertinence en ce qui a trait au groupe EJ de programmes pour la santé et le développement des enfants des Premières nations[42]. Les indicateurs sont traités en détail dans l'analyse bibliographique et documentaire réalisée pour la présente évaluation.

Certains indicateurs se rapportent à des risques particuliers pour la santé, alors que d'autres sont des indicateurs conséquents ou des mesures de l'incidence des problèmes de santé. En résumé, ils sont définis (et non classés par ordre de priorité) de la façon suivante :

- **Allaitement au sein :** Il a été démontré que l'allaitement au sein pendant une durée quelconque a des effets bénéfiques sur la santé des enfants, et ces effets augmentent lorsque l'allaitement au sein est d'une durée d'au moins six mois. Par conséquent, les enfants qui ne sont pas du tout nourris au sein ou pour une durée de moins de six mois sont plus à risque d'avoir des problèmes de santé.
- **Saine alimentation des enfants :** Il a été démontré que manger des repas nutritifs et équilibrés contribue au développement d'enfants en santé. Par conséquent, les enfants qui ne mangent pas de repas nutritifs régulièrement sont, la plupart du temps, plus à risque d'éprouver des déficiences au niveau de leur développement physique ou d'autres problèmes de santé.

[42] Il est à noter que ces besoins et indicateurs particuliers sont utilisés pour établir une mesure de base des « besoins » et n'ont pas été approuvés ni adoptés dans le cadre des lignes directrices de politique et de programme de la DGSPNI ou du gouvernement.

- **Fumer durant la grossesse :** Bien que tous les effets ne soient pas encore bien définis, fumer durant la grossesse a été associé à des risques pour la santé du fœtus (comme un poids faible à la naissance). Par conséquent, les pourcentages d'enfants exposés aux effets du tabagisme de leur mère durant la grossesse sont un signe indicatif d'un risque pour la santé des jeunes enfants.
- **Consommation d'alcool durant la grossesse :** L'exposition à l'alcool durant la grossesse et la consommation excessive d'alcool (5 verres ou plus en une seule occasion) ont été associées à l'apparition de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF). C'est pourquoi les pourcentages d'enfants exposés à l'alcool *in vitro* peuvent être considérés comme un risque potentiel pour la santé des enfants qui peut avoir des effets pour toute une vie.
- **ETCAF :** L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale comprend une gamme complexe de troubles d'ordre physique et de développement qui peuvent être diagnostiqués cliniquement. Les enfants atteints d'un des troubles de l'ETCAF requièrent souvent des services spéciaux pour faire face aux effets physiques et autres.
- **Poids élevé à la naissance :** Bien que l'excès et l'insuffisance de poids à la naissance aient tous deux été associés à des risques accrus pour la santé des enfants, les taux réduits de cas de poids faible à la naissance ont réorienté les préoccupations vers les taux de poids élevé à la naissance, qui ont été associés à des problèmes de santé maternelle ainsi qu'à des risques potentiels pour la santé plus tard dans la vie des enfants. C'est pourquoi le pourcentage de bébés ayant un poids élevé à la naissance peut être un indicateur des besoins en matière de santé en vue d'améliorer les soins de santé pour les mères durant la grossesse et de réduire les risques pour la santé des enfants.
- **Blessures chez les enfants :** Les taux de blessures chez les enfants nécessitant des traitements médicaux sont des indicateurs des problèmes de santé physique chez les enfants.
- **Développement des capacités verbales, linguistiques, motrices et sociales :** Les études sur le développement de la petite enfance ont défini les étapes de bon nombre d'éléments du développement des capacités verbales, linguistiques, motrices, sociales et affectives des jeunes enfants. Il a été clairement démontré qu'un développement positif au cours des toutes premières années donne des résultats positifs dans les années ultérieures. Par conséquent, les pourcentages de jeunes enfants qui franchissent les diverses étapes du développement sont des indicateurs d'un mieux-être en matière d'apprentissage.
- **Hyperactivité :** L'hyperactivité et la prévalence des troubles connexes qui peuvent être diagnostiqués, tels que le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), sont des indicateurs de la mesure dans laquelle des enfants peuvent nécessiter des traitements supplémentaires ou d'autres services de soutien. Les enfants atteints de ces types de désordres ont souvent besoin d'une aide supplémentaire en vue de développer leurs capacités motrices, verbales, linguistiques et autres en prévision de leur formation scolaire. C'est pourquoi le pourcentage d'enfants souffrant d'hyperactivité est un indicateur de la nécessité de fournir un soutien supplémentaire en matière de développement.
- **Asthme, bronchites et infections de l'oreille :** Les pourcentages d'enfants souffrant de ces problèmes sont des mesures directes de l'incidence de ces maladies qui, si elles sont chroniques et si elles ne sont pas traitées adéquatement, peuvent entraîner d'autres problèmes de santé beaucoup plus graves. Ces maladies doivent être diagnostiquées et traitées à un stade précoce par des professionnels de la santé.

- **Redoublement scolaire :** Un développement sain à la petite enfance, qui passe par tout l'ensemble des aptitudes affectives, sociales, verbales, linguistiques, etc., favorise l'apprentissage en bas âge qui prépare les enfants en vue de leur formation scolaire et leur permet de bien progresser à l'école.
- **Langue de la Première nation :** La capacité de parler et de comprendre la langue de sa Première nation a été étroitement associée à l'épanouissement et à l'actualisation de soi, ce qui correspond à un développement affectif et social positif. Par conséquent, le pourcentage d'enfants qui sont incapables de parler ou de comprendre la langue de leur Première nation est un indicateur du risque pour un développement positif de la petite enfance.

4.1.4. Étape 2 : Quantifier et classer les disparités en matière de santé

La deuxième étape a été de mesurer l'incidence des indicateurs des besoins en matière de santé pour les jeunes enfants des Premières nations et du reste de la population canadienne à partir des sources de données existantes. Dans la mesure du possible, des indicateurs comparables ont été obtenus des plus récentes données publiées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERLSPN, 2002-2003) et de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ, 2002). Le nombre d'enfants des Premières nations âgés de 0 à 5 ans vivant dans des réserves au sud du 60e parallèle est estimé à 66 250[43] [44].

Un classement a été réalisé en vue de cerner les disparités (écarts) entre les pourcentages d'enfants des Premières nations qui ont un besoin spécial en matière de santé et le pourcentage des autres enfants canadiens qui ont ce même besoin.

Plus un besoin en matière de santé est élevé dans le classement, plus l'écart est grand relativement à ce besoin. En d'autres mots, plus un besoin en matière de santé est élevé au classement, plus la disparité (écart) est grande entre les pourcentages pour les Premières nations par rapport aux pourcentages des autres enfants canadiens qui ont le même besoin en matière de santé.

Le classement d'un besoin en matière de santé à un rang plus élevé qu'un autre ne signifie pas que ce besoin est plus important que l'autre. Le classement indique qu'il y a un plus grand nombre de personnes qui requièrent du soutien pour un type de besoin en matière de santé que pour un autre. Le **Tableau** 9, par exemple, indique que l'allaitement au sein est classé au premier rang. Cela ne veut pas dire que l'allaitement au sein est un besoin plus important que les autres besoins en matière de santé de ce tableau. Le classement au premier rang signifie que l'allaitement au sein affiche le plus grand écart dans les collectivités des Premières nations et, par conséquent, offre une orientation pour les ressources en vue d'améliorer la situation ou de réduire cet écart.

Le classement des disparités dans la santé pour les enfants des Premières nations est résumé dans le Tableau 9, à la page suivante.

---

43 Le nombre d'enfants des Premières nations âgés de 0 à 4 ans fourni par AINC indique 53 000 enfants (2008). Dans ce tableau, le nombre d'enfants a été estimé à la hausse afin d'inclure les enfants âgés de 5 ans en multipliant le nombre pour 0 à 4 ans par 25 p. 100 (53 000 x 1,25 = 66 250 enfants âgés de 0 à 5 ans). Ce calcul a été fait pour faciliter l'établissement de liens avec les programmes du groupe EJ.

44 L'information provenant de Statistique Canada n'a pas été utilisée parce qu'un grand nombre des plus grandes Premières nations et des Premières nations nordiques du Canada central n'ont pas participé aux derniers recensements effectués par Statistique Canada.

Tableau 9 : Classement des disparités relatives à la santé des enfants des Premières nations (enfants âgés de 0 à 5 ans)

Classement par écart	Types de besoins en matière de santé	% Canada	% PN	% d'écart	Écart par n^{bre} de PN
1	Pas nourri au sein du tout	15,8 %	36,5 %	20,7 %	13 714
2	Mères qui fument pendant la grossesse	19,4 %	36,6 %	17,2 %	11 395
3	Redoublement scolaire	2,1 %	18,0 %	15,9 %	10 534
4	Poids élevé à la naissance	13,1 %	21,0 %	7,9 %	5 234
5	Blessure nécessitant un traitement médical chez les enfants	10,0 %	17,5 %	7,5 %	4 969
6	Aptitudes linguistiques médiocres (développement des aptitudes verbales)	13,1 %	7,9 %	5,2 %	3 445
7	Asthme	9,4 %	10,9 %	1,6 %	1 060
8	Bronchite	1,4 %	3,6 %	2,2 %	1 458

Source : Voir l'analyse bibliographique et documentaire de base, ASA & Associates, 2009 pour des données et des sources plus détaillées.

L'information numérique dans le Tableau 9 est décrite comme suit :

- **% Canada** : Le pourcentage d'enfants canadiens qui ont un besoin particulier en matière de santé;
- **% PN** : Le pourcentage d'enfants des Premières nations qui ont ce besoin particulier en matière de santé;
- **% d'écart** : Le pourcentage des enfants des Premières nations qui ont ce besoin particulier en matière de santé moins le pourcentage d'enfants canadiens qui ont le même besoin particulier;
- **Écart par n^{bre} de PN** : Le nombre d'enfants des Premières nations est l'écart multiplié par le nombre estimatif total d'enfants des Premières nations compris dans le groupe d'âge visé par l'évaluation.

La disparité la plus élevée au classement est pour l'allaitement au sein. Par exemple, 15,8 p. 100 des femmes canadiennes ne nourrissent pas leurs enfants au sein, comparativement à 36,5 p. 100 pour les femmes des Premières nations. L'écart entre ces deux pourcentages est de 20,7 p. 100 (36,5 p. 100 – 15,8 p. 100). À 20,7 p. 100, il s'agit du plus important écart en matière de santé relevé dans l'évaluation, ce qui place l'allaitement au sein au premier rang du classement des besoins en matière de santé touchant 13 714 enfants des Premières nations âgés de 0 à 5 ans.

Le Tableau 9 montre également les ordres relatifs d'importance des besoins en matière de santé en fonction des nombres d'enfants des Premières nations qui doivent composer avec des disparités. La colonne de droite du tableau montre le nombre estimatif d'enfants des Premières nations âgés de 0 à 5 ans qui ont des besoins particuliers en matière de santé. (Par exemple, plus de neuf fois plus d'enfants des Premières nations sont touchés par le manque d'allaitement au sein que par la disparité dans les taux de bronchite.)

Il est à noter que, selon les données disponibles, les taux d'hyperactivité relevés pour les enfants des Premières nations sont inférieurs (2,6 p. 100) à la moyenne canadienne (5,5 p. 100). Ces deux statistiques sont fondées sur les évaluations de l'hyperactivité faites par les parents et pas nécessairement sur des diagnostics médicaux du THADA.

Certains indicateurs sont difficiles à évaluer pour d'autres raisons. Par exemple, il a été démontré que les taux d'enfants plus âgés ayant redoublé leurs classes à l'école (ce qui, selon les ouvrages consultés serait lié à l'apprentissage préscolaire et à la préparation pour l'école) se situeraient aux alentours de 18 p. 100 pour les enfants des Premières nations âgés de 6 à 11 ans. Les données tirées de l'ELNEJ ont révélé que ce taux était de 2,14 p. 100 pour les enfants canadiens âgés de 8 à 15 ans. Les données de l'ELNEJ et de l'ELRSPN sont fondées sur les commentaires de parents au sujet de l'expérience de leurs enfants à l'école.

Le système d'éducation, qui n'est pas celui des Premières nations, utilise actuellement une pratique courante appelée « promotion sociale »[45] qui produit des taux réduits de redoublement scolaire; l'analyse bibliographique n'indiquait pas si la promotion sociale était ou non une pratique courante dans les écoles des Premières nations. Par conséquent, les chiffres présentés au Tableau 9 peuvent surestimer l'étendue de l'« écart » pour les enfants des Premières nations en ce qui concerne l'indicateur de la préparation à la formation scolaire.

4.1.4.1. AUTRES BESOINS DES ENFANTS DES PREMIÈRES NATIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ, NON CLASSÉS

Les ouvrages consultés indiquent que certaines questions importantes relativement à la santé des enfants des Premières nations n'ont pas pu être évaluées à l'aide d'une méthode axée sur les disparités dans le domaine de la santé en raison d'un manque de données comparables sur les enfants canadiens ou sur les enfants des Premières nations, pour les raisons suivantes :

- Dans le cas des langues des Premières nations, il n'a pas été possible de mesurer une disparité ou un « écart », soit parce que cette question n'est pas pertinente pour les enfants qui ne font pas partie des Premières nations, soit parce qu'aucune donné fiable n'a été trouvée. Toutefois, parce que 84,1 p. 100 des enfants des Premières nations ne parlent pas ou ne comprennent pas une langue des Premières nations ; il s'agit de la question liée à un besoin qui touche le plus grand nombre d'enfants des Premières nations.
- Des données comparables sur l'alimentation des enfants ne sont pas disponibles[46]. Selon les données de l'ELRSPN, on estime que 25 176 jeunes enfants des Premières nations ne mangent pas de repas nutritifs et équilibrés de façon régulière.
- Les taux canadiens pour les *infections de l'oreille* ne sont pas disponibles. D'après les données de l'ELRSPN, on estime que 6 085 jeunes enfant des PN ont soufferts d'infections de l'oreille.
- Les données sur le nombre d'enfants des Premières nations vivant avec un trouble de l'ETCAF sont limitées en raison du manque de diagnostics, tant pour la population canadienne que pour celle des Premières nations[47]. Toutefois, l'ELRSPN a révélé que 1,8 p. 100 des enfants des Premières nations vivaient avec un trouble de l'ETCAF.

---

[45] La « promotion sociale » est une approche qui consiste à faire passer les élèves qui n'obtiennent pas la note de passage au prochain niveau (avec des séances de rattrapage) compte tenu des recherches ayant fait état des effets nuisibles du redoublement de classe sur l'apprentissage subséquent et d'un lien avec l'accroissement des taux de « décrochage » dans les années scolaires subséquentes. (Voir Mahoney [2009], Kelly [1999].)

[46] L'Enquête sur la santé des collectivités de 2004 fournit des données sur les pourcentages d'enfants canadiens âgés de quatre à neuf ans qui ne consomment pas les portions quotidiennes recommandées des quatre groupes d'aliments de base selon le Guide alimentaire canadien. Ces données ne sont pas disponibles pour les enfants des Premières nations.

[47] Santé Canada estime qu'il y a neuf naissances d'enfants vivants avec un trouble de l'ETCAF sur mille chaque année et qu'un enfant par jour naît avec un trouble de l'ETCAF, mais ne donne pas d'estimation du taux de prévalence ou d'incidence (voir AADAC 2004).

- Il n'y a pas suffisamment de données sur les taux de consommation d'alcool dans les Premières nations et surtout sur les taux de consommation excessive d'alcool (soit cinq verres en une seule occasion) durant la grossesse, qui ont été associés à l'ETCAF. Les données canadiennes révèlent que le taux de consommation d'alcool durant la grossesse serait de 15,6 p. 100.
- Le taux canadien pour le développement des habiletés motrices et des aptitudes sociales inférieures à la moyenne était de 13,6 p. 100. Il n'y a pas de données concernant les enfants des Premières nations pour cet indicateur.

Les données sur les autres besoins des enfants en matière de santé qui n'ont pu être classées sont présentées au **Tableau 10.** L'incapacité de parler ou de comprendre une langue des Premières nations et l'absence d'un régime alimentaire sain et nutritif touchent tous deux plus de 25 000 enfants du groupe de 0 à 5 ans. Ces deux indicateurs surpassent largement les deux autres indicateurs (infections de l'oreille et l'ETCAF). Encore une fois, il est à noter que le Tableau 10 n'indique pas quel besoin en matière de santé est le plus important ou le plus urgent, mais présente simplement les besoins qui ne peuvent pas être classés selon les niveaux de disparité (écart).

Tableau 10 : Autres besoins des enfants des Premières nations en matière de santé

Types de besoins en matière de santé	% Canada	% PN	% d'écart	N^{bre} d'enfants des PN
Ne parle ou ne comprend pas une langue des Premières nations (enfants de 3 à 5 ans)	Ne s'applique pas	84,1 %	Non disponible	27 858
Enfants qui ne mangent pas des repas équilibrés et nutritifs assez fréquemment	Non disponible	38,0 %	Non disponible	25 176
Enfants souffrant d'infections de l'oreille	Non disponible	9,2 %	Non disponible	6 085
Enfants souffrant d'un trouble de l'ETCAF	Non disponible	1,8 %	Non disponible	1 193
Consommation d'alcool par les mères durant la grossesse	15,6 %	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Mauvais développement des habiletés motrices et des aptitudes sociales	13,6 %	Non disponible	Non disponible	Non disponible

Sources : Analyse bibliographique et documentaire de base pour l'évaluation du groupe EJ, Auguste Solutions & Associates Inc. pour la DGSPNI, juin 2009, tableaux 3 et 4. Voir les notes techniques à l'annexe 10 sur les méthodes d'estimation des besoins des enfants en matière de santé. (Données pour les enfants des Premières nations tirées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003. Résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les collectivités des Premières nations 2005.

Note : Dans certaines régions, les programmes sont offerts aux enfants de 0 à 6 ans. Par conséquent, le nombre d'enfants de 0 à 5 ans sous-estime le total de la population cible.

4.1.5. Étape 3 : Validation des besoins en matière de santé

L'étape finale dans l'analyse consistait à comparer l'information réunie à partir des sondages d'évaluation du personnel des collectivités (118 répondants) et du personnel de la DGSPNI (23 répondants)[48]. Les données des sondages ont fourni des évaluations de la façon dont les besoins des enfants en matière de santé sont perçus pour les regroupements d'enfants[49].

[48] Dans les sondages, on a demandé aux répondants de définir les priorités ou besoins clés dans les catégories suivantes : mères (avant, durant et après la grossesse), enfants par groupe d'âge (0 à 1, 1 à 2, 3 à 5) et besoins spéciaux. On a demandé aux répondants, dans des questions ouvertes, de relever les besoins prioritaires, et ceux-ci pouvaient donner des réponses multiples. Les pourcentages présentés au tableau 12 représentent le nombre de fois que chaque besoin particulier a été mentionné par les répondants.

[49] Ni la DGSPNI ni les Premières nations ne possédaient les données longitudinales sur les besoins en matière de santé, et aucune évaluation exhaustive des besoins en matière de santé à l'échelle nationale n'a été réalisée. Les questionnaires de sondage demandaient donc aux répondants de donner leur perception des besoins en matière de santé.

Les données reflètent deux perspectives sur les besoins prioritaires en matière de santé, à savoir : (i) aux niveaux national et régional des programmes EJ (personnel de la DGSPNI) et (ii) au niveau des collectivités (personnel des collectivités).

Les cinq premiers types de besoins en matière de santé[50] pour les mères et les enfants par groupes d'âge sont présentés au Tableau 11[51]. Les pourcentages utilisés pour classer les besoins mentionnés ont été établis en calculant le nombre de fois qu'une réponse particulière a été donnée par les répondants aux questionnaires, puis en divisant par le nombre de répondants pour chacun des deux groupes.

Tableau 11 : Classement des besoins en matière de santé par regroupement

Réponses du personnel de la DGSPNI (n = 23)			Réponses du personnel des collectivités (n = 118)		
Rang	**Besoin mentionné en matière de santé**	**%**	**Rang**	**Besoin mentionné en matière de santé**	**%**
Mères durant et après la grossesse					
1	Consommation d'alcool et de drogues	69.5 %	1	Accès à l'information en santé et aux services médicaux	58,5 %
2	Alimentation pour les mères	56,5 %	2	Toxicomanies, drogues, alcool et tabagisme	50,8 %
3	Compétences parentales, soutien social	34,8 %	3	Bien-être mental et social	42,2 %
4	Information et soutien pour l'allaitement au sein	30,4 %	4	Soins prénataux (médicaux)	41,5 %
5	Soins personnels et santé de la mère et de l'enfant	30,4 %	5	Accès à du soutien financier et à des aliments nutritifs	34,7 %
Autres besoins	Fumer durant la grossesse, soins du bébé, aide pratique, naissance et contraception, sécurité personnelle		Autres besoins	Soutien pour l'allaitement au sein, prévoir les rendez-vous chez le médecin et s'assurer qu'ils sont respectés, information et soutien au rôle parental, information et formation sur la préparation de la nourriture, logement, sécurité financière et emploi, transport pour participer aux programmes et obtenir des soins médicaux, vitamines prénatales et acide folique	
Nourrissons / bébés (0 à 1 an)					
1	Allaitement au sein	69,6 %	1	Alimentation pré- et post-natale et soins du bébé (excluant l'allaitement au sein)	72,0 %
2	Liens affectifs / attachement, rôle parental	65,2 %	2	Développement social	18,6 %
3	Sécurité, prévention des blessures (à la maison, dans l'auto)	56,5 %	3	Développement et stimulation à l'enfance	18,6 %
4	Croissance et développement adéquats	34,8 %	4	Vaccination	16,9 %
5	SMSN	17,4 %	5	Éducation, soutien social et global	12,7 %
Autres besoins	Intervention / diagnostic pour l'ETCAF, poids élevé à la naissance, vaccination, environnement sans fumée, stimulation, santé dentaire, fumer durant la grossesse, sécurité		Autres besoins	Allaitement au sein, soutien financier, culture et langue, transport	
Bambins (enfants de 1 à 2 ans)					
1	Rôle parental, sécurité, interaction positive	52,2 %	1	Soutien global et formation parentale	35,6 %
2	Alimentation saine	43,5 %	2	Dépistage, visites à domicile, examens périodiques	33,9 %
3	Croissance et développement adéquats	26,2 %	3	Alimentation et accès à des aliments nutritifs	30,5 %
4	Vaccination	17,4 %	4	Développement de l'enfance	23,7 %
5	Culture et langues des Premières nations	13,0 %	5	Hygiène et soins bucco-dentaires	16,9 %

[50] Les besoins en matière de santé présentés dans le tableau ont été mentionnés par les répondants lorsqu'ils ont répondu aux questions ouvertes. Aucune liste de besoins prédéterminés en matière de santé ne leur a été fournie pour faire leurs choix.

[51] On a procédé à une analyse de données qualitatives afin d'y relever des « thèmes » ou des catégories clés et de calculer le nombre de fois qu'une même réponse a été formulée pour chacun de ces thèmes.

Réponses du personnel de la DGSPNI (n = 23)			Réponses du personnel des collectivités (n = 118)		
Rang	**Besoin mentionné en matière de santé**	**%**	**Rang**	**Besoin mentionné en matière de santé**	**%**
Autres besoins	Socialisation avec d'autres enfants, carence en fer, anémie (ferriprive), santé dentaire, fumer durant la grossesse, sécurité personnelle, environnement sans fumée, accès à des soins de santé de qualité, outils de dépistage		Autres besoins	Vaccination, jeux et activités physiques, garde d'enfants, culture et langues des Premières nations	
Développement de la petite enfance (enfants de 3 à 5 ans)					
1	Compétences parentales, sécurité	43,5 %	1	Développement social et cognitif	42,4 %
2	Tout le développement de la petite enfance	43,5 %	2	Alimentation et accès à des aliments nutritifs	22,0 %
3	Alimentation saine	39,1 %	3	Santé et hygiène dentaires	15,3 %
4	Préparation préscolaire et scolaire	26,1 %	4	Préparation pour l'école	12,7 %
5	Culture et langues des Premières nations	17,4 %	5	Examens de dépistage et médicaux	11,9 %
Autres besoins	Activité physique quotidienne, prévention des blessures, santé bucco-dentaire, délais de la parole et du langage, outils de dépistage, services d'intervention précoce, environnement exempt de fumée du tabac et d'autres substances		Autres besoins	Vaccination, sécurité de l'enfant, transport, culture et langues des Premières nations	
Enfants ayant des besoins spéciaux					
1	Articles spéciaux pour l'enfant, p. ex. équipement	26,0 %	1	Accès à des services	47,5 %
2	Soutien direct pour les enfants et les familles	26,0 %	2	Soutien et aide financière aux personnes soignantes	32,2 %
3	Pas de services ou d'accès à des services	17,4 %	3	Défense des intérêts	3,4 %
4	Plus de services comme pour les autres enfants	13,0 %	4	Personnel de formation	3,4 %
5	Dépistage / intervention précoce	13,0 %	5	Formation en matière d'orthophonie	2,5 %
Autres besoins	Manque de ressources, personnel compétent, inclusion de soutien dans d'autres programmes, éducation pour les personnes soignantes, aide pour l'accessibilité, suivi avec aiguillage		Autres besoins		

Source : Sondages auprès du personnel de la DGSPNI et du personnel des collectivités, Évaluation du groupe EJ, 2009

Les données de ces sondages sont particulièrement utiles pour cerner les variations dans les besoins des enfants en matière de santé à différents âges et différentes phases du développement entre les âges de 0 à 5 ans. Tandis que les ouvrages à ce sujet considèrent les « jeunes enfants de 0 à 5 ans » comme un groupe à part entière, ces données font ressortir les variations dans les besoins en matière de santé chez les bébés, les bambins et les enfants d'âge préscolaire, soit de 3 à 5 ans. L'analyse du **Tableau** 11 a révélé que :

- **Dans l'ensemble, un bon nombre des besoins des enfants en matière de santé relevés dans la documentation ont également été relevés dans les données de sondage :** l'allaitement au sein, l'alimentation, la consommation d'alcool durant la grossesse, la préparation pour l'école, la prévention des blessures, le développement de la petite enfance et les maladies de l'enfance ont été mentionnés par le personnel de la DGSPNI et par le personnel des collectivités.

  Classement des besoins en matière de santé dans les données de sondage comparé aux classements fondés sur l'analyse des ouvrages et des données, par exemple : la consommation d'alcool durant la grossesse a été classée au premier rang par le personnel de la DGSPNI et la sensibilisation à l'allaitement au sein et le soutien dans ce domaine a été classé au quatrième rang. L'alimentation saine a toujours été classée au premier rang par le personnel des collectivités pour les mères et les enfants de tous âges. La croissance et le développement en santé, le développement de la petite enfance et la préparation pour l'école ont été la deuxième et la troisième priorité pour les enfants de 1 à 5 ans selon le personnel de la DGSPNI et des collectivités. D'autres besoins particuliers (comme les maladies respiratoires, l'asthme, les

infections de l'oreille) ont été relevés dans les commentaires de certaines membres du personnel des collectivités, bien qu'on ait tendance à regrouper ceux-ci dans la catégorie générale des « maladies de l'enfance ».

- **Les besoins prioritaires en matière de santé varient considérablement selon l'âge de l'enfant :** l'allaitement au sein et l'alimentation du bébé ont été mentionnés par le personnel de la DGSPNI et des collectivités comme la première priorité pour les enfants de 0 à 1 an. Un rang élevé a été attribué à l'alimentation et la croissance et le développement en santé pour les enfants âgés de 1 à 2 ans ainsi qu'à l'alimentation et tous les aspects du développement de la petite enfance pour les enfants de 3 à 5 ans. Les maladies et les blessures chez les enfants sont arrivées au deuxième rang pour les enfants de 0 à 1 an. L'importance des programmes préscolaires et de la « préparation pour l'école » a été l'une des cinq premières priorités pour les enfants de 3 à 5 ans selon les deux groupes de répondants.
- **Des différences ont été notées entre le classement des besoins prioritaires en matière de santé au niveau des collectivités et les classements par le personnel de la DGSPNI :** le personnel des collectivités a placé l'alimentation pour les mères et tous les enfants âgés de 0 à 5 ans au premier rang, tandis que le personnel de la DGSPNI a attribué un rang élevé à la consommation d'alcool durant la grossesse (pour les mères) et les compétences parentales (pour les enfants de 1 à 5 ans). Le personnel de la DGSPNI a accordé la priorité à la langue et la culture des Premières nations (pour les enfants de 1 à 5 ans), alors que celles-ci n'étaient pas parmi les cinq premières priorités du personnel des collectivités.
- **D'autres besoins en matière de santé ont été relevés, même s'ils ne sont pas ressortis clairement dans la documentation :** la vaccination (pour les enfants de 1 à 2 ans) a été classée dans les cinq premiers rangs selon les deux groupes de répondants[52]. Le personnel de la DGSPNI a attribué la première priorité aux « compétences parentales » pour les enfants de 1 à 5 ans et a classé le SMSN parmi les cinq principales priorités pour les enfants en bas âge. Les soins bucco-dentaires ont été classés parmi les cinq premières priorités par le personnel des collectivités. De nouvelles questions ont été relevées dans les commentaires du personnel de la DGSPNI et des collectivités concernant la carence en fer pour les mères et le taux élevé d'anémie ferriprive[53] chez les jeunes enfants, ainsi que le besoin de procéder à davantage de tests de dépistage et de fournir davantage de suppléments de fer.
- **Le personnel de la DGSPNI et celui des collectivités ont indiqué que les enfants ayant des besoins spéciaux avaient également d'autres besoins :** le personnel des collectivités a attribué les principales priorités à l'éducation et la sensibilisation quant à la façon de déterminer ces besoins, à un accès accru aux services dans les collectivités et au soutien direct pour les familles d'enfants vivant avec des besoins spéciaux. Le personnel de la DGSPNI a accordé des niveaux de priorité similaires aux mêmes besoins, ainsi qu'à l'assistance pour des éléments de santé et de développement particuliers dont requièrent les enfants ayant des besoins spéciaux. Un grand nombre de répondants ont également mentionné le besoin d'un plus grand nombre de spécialistes, de services de diagnostic et de dépistage et de services de transport. Le personnel de la DGSPNI a indiqué que les enfants ayant des besoins spéciaux nécessitaient des services réguliers plus intensifs (c'est-à-dire les services fournis à tous les enfants), et le personnel des collectivités a indiqué que la prestation de soins spécialisés et le renouvellement du

---

52 La question de la « vaccination » n'a pas été examinée dans l'analyse bibliographique parce qu'elle n'entre pas dans la portée du groupe EJ et qu'elle relève d'un programme distinct.

53 On retrouve un nombre limité d'études (à petite échelle) sur les taux d'anémie ferriprive chez les enfants des Premières nations, mais aucune d'elles ne traite de l'incidence ou de la prévalence de cette maladie. Toutefois, selon l'information disponible, des thérapies existent pour traiter la maladie une fois qu'elle a été diagnostiquée.

personnel représentaient des défis en raison de l'inclusion des enfants vivant avec des besoins spéciaux aux programmes EJ.

- Ces évaluations des besoins (fondées sur les opinions du personnel travaillant aux programmes destinés aux enfants) présentent des similarités et des différences par rapport aux besoins des enfants en matière de santé relevés dans la documentation. Bien qu'on s'entende pour dire que l'allaitement au sein, l'alimentation maternelle et la consommation d'alcool (et de drogues) durant la grossesse sont des préoccupations importantes qui ont une incidence sur la santé des enfants en bas âge, une vaste gamme d'autres facteurs liés à la croissance et au développement en santé des jeunes enfants ont également une grande importance. Pour ce qui est des programmes offerts dans les collectivités, les perceptions au niveau local à l'égard des besoins prioritaires en matière de santé constituent un élément important des programmes pour satisfaire à ces besoins.

4.1.6. Constatations concernant les besoins actuels en matière de santé (P1.1)

Constatations 1
Sous-question d'évaluation P1.1

Constatations détaillées concernant les besoins actuels des Premières nations :

- Les jeunes enfants des Premières nations ont des besoins très variés en matière de santé et de développement, et l'on remarque des disparités considérables entre ceux-ci et ceux des autres enfants canadiens.
- Certains des besoins en matière de santé (concernant, entre autres, l'allaitement au sein et le tabagisme) sont consignés dans la **documentation** et les données existantes, tandis que d'autres n'ont pu être mesurés en raison d'un manque d'études et de données à ce sujet. Néanmoins, il est clair que les besoins en matière de santé comportent plusieurs volets et qu'il n'est pas facile d'en établir l'ordre de priorité.
- Les besoins perçus en matière de santé varient considérablement à mesure que l'enfant grandit. Un besoin classé à un rang élevé pour les enfants en bas âge ne constitue pas nécessairement un besoin pour les enfants de 3 ans, p. ex. l'allaitement au sein. La même chose s'applique à la préparation pour l'école ainsi qu'à beaucoup d'autres besoins.
- Certains besoins en matière de santé qui ont été relevés dans les sondages et les visites dans les collectivités ne ressortent pas clairement dans l'analyse bibliographique et documentaire. Ceux-ci comprennent : la vaccination; les compétences parentales; le syndrome de mort subite du nourrisson; les soins bucco-dentaires et les préoccupations grandissantes concernant les carences en fer chez les jeunes enfants. Les besoins non satisfaits pour les enfants ayant des besoins spéciaux font également partie des préoccupations importantes relevées par le personnel.
- Pour ce qui est des programmes offerts dans les collectivités, des évaluations exhaustives devront être réalisées pour déterminer et mesurer les besoins prioritaires en matière de santé. Par ailleurs, une analyse plus détaillée des besoins des enfants en matière de santé aux différentes étapes de leur développement est requise. De telles évaluations des besoins en matière de santé pourraient faciliter la définition des priorités relativement à la santé des enfants au sein des programmes du groupe EJ.
- Des différences substantielles existent entre les perceptions qu'ont le personnel des collectivités et celui de la DGSPNI à l'égard des besoins et des priorités en matière de santé.

4.2. Changements dans les besoins en matière de santé au fil du temps (P1.2)

Tableau 12 : Sous-question d'évaluation P1.2

Question d'évaluation		Sous-question d'évaluation	
P1.	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.2**	Comment ces besoins en matière de santé ont-ils changé au fil du temps?

4.2.1. Détermination des besoins changeants en matière de santé

L'analyse bibliographique et documentaire a révélé qu'il n'y avait pas suffisamment de séries chronologiques et de données longitudinales pour évaluer comment les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé ont changé au fil du temps. Toutefois, des tendances positives dans certains indicateurs ont été notées. Par exemple :

- Les taux de mortalité infantile sont en baisse. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations (nombre de bébés décédés avant d'avoir atteint l'âge d'un an pour chaque 1000 naissances) a chuté de 23,7 en 1980 à 6,4 en 2000. Durant la même période, le taux de mortalité infantile canadien est passé de 10,4/1000 naissances d'enfants vivants en 1980 à 5,5/1000 naissances d'enfants vivants en 2000[54].
- L'incidence des taux de poids faible à la naissance pour les enfants des Premières nations est en baisse, et les taux pour les enfants des Premières nations et les autres enfants canadiens étaient au même niveau, soit 5,6 p. 100, en 2002-2003. Les bébés pesant moins de 2,5 kg à la naissance sont considérés être de poids faible[55].
- Les taux d'allaitement au sein sont en hausse chez les mères des Premières nations, tout comme pour la population en général, bien que les taux pour les enfants des Premières nations soient encore inférieurs à la moyenne nationale. Les pourcentages d'enfants des Premières nations déjà nourris au sein ont augmenté, passant de 50 p. 100 en 1997 à 60 p. 100 en 2002-2003[56]. La moyenne nationale a augmenté, passant de 79,9 p. 100 en 1998-1999 à 84,2 p. 100 en 2002-2003[57].

Des changements considérables dans les indicateurs de l'état de santé peuvent se produire à moyen et à long terme selon le Rapport de 2006 sur le bien-être des jeunes enfants au Canada. Ce dernier souligne que : « les changements se produiront progressivement » et « une période de quatre ans ne suffirait peut-être pas pour que les changements se manifestent dans la vie et le bien-être des familles et des enfants ».

[54] Santé Canada, Feuillet d'information sur la santé des enfants des Premières nations.

[55] Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada, 2007, page 45 et page 50.

[56] Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada, 2006, p. 50.

[57] Le bien-être des jeunes enfants au Canada : Rapport du gouvernement du Canada, 2006, p.45.

Le rythme des changements dans les indicateurs de la santé des enfants des Premières nations dépend également de facteurs démographiques et d'autres déterminants de la santé. D'abord, le volume des besoins en matière de santé a augmenté plus rapidement pour les enfants des Premières nations que pour des autres enfants en raison de taux de croissance démographique plus élevés. Selon les données d'AINC, le nombre d'enfants des Premières nations âgés de 0 à 4 ans a augmenté à un rythme moyen de 3 p. 100 par année de 2005 à 2008[58].

Parallèlement, comme Smylie (2009) et d'autres l'ont noté[59], les améliorations dans les déterminants sociaux sous-jacents de la santé (à savoir les revenus, le logement, l'instruction et d'autres) ont été modestes, avec des variations considérables entre les régions et les collectivités. C'est pourquoi les améliorations dans l'état de santé relativement à ces facteurs ont été modestes.

Les études ont démontré que les facteurs historiques (comme les effets des pensionnats)[60] peuvent avoir une incidence négative supplémentaire sur l'état de santé des enfants des Premières nations. C'est pourquoi certains facteurs démographiques, sociaux et historiques peuvent changer les tendances dans l'état de santé des enfants des Premières nations.

Les changements dans les besoins des enfants en matière de santé ont également été examinés dans le cadre des sondages d'évaluation. Le Tableau 13 résume les données sur les tendances selon les types de besoins des enfants en matière de santé. Le sondage auprès du personnel des collectivités représente les perceptions des tendances au niveau des collectivités, alors que le sondage auprès du personnel de la DGSPNI reflète les tendances perçues au niveau de l'ensemble du groupe EJ.

Tableau 13 : Tendances dans les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé au cours des cinq dernières années

Changements dans les besoins des enfants en matière de santé	% du personnel des collectivités (n = 118)	% du personnel de la DGSPNI (n = 23)
Augmentations dans tous les types de besoins en matière de santé	29,6 %	9,5 %
Augmentations dans certains types de besoins en matière de santé	60,5 %	33,3 %
Réductions dans certains besoins en matière de santé	0,2 %	4,8 %
Aucun changement des les types de besoins en matière de santé, mais le volume des besoins en matière de santé augmente	8,7 %	52,4 %
Totaux* Abstentions	100,0 % 21	100,0 % 5

Sources : Sondages auprès du personnel des collectivités et du personnel national et régional de la DGSPNI.

* Les totaux ne comprennent pas les abstentions.

58 Voir l'analyse bibliographique et documentaire de base préparée pour la DGSPNI par ASA & Associates Inc., 2009.

59 Voir l'analyse bibliographique et documentaire de base préparée pour la DGSPNI par ASA & Associates Inc., 2009

60 Les ouvrages relèvent les effets des pensionnats sur la santé et le bien-être des peuples des Premières nations en général et de leurs enfants. Voir Smylie (2009) et le rapport de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (2005).

Au niveau des collectivités, près de 30 p. 100 du personnel a indiqué qu'il y avait eu des augmentations dans tous les types de besoins en matière de santé, et plus de 30 p. 100 a dit qu'il y avait des augmentations dans certains types de besoins. Au niveau du groupe EJ dans son ensemble, un tiers du personnel de la DGSPNI a dit qu'il y avait des changements dans certaines types de besoins en matière de santé, et plus de la moitié a dit qu'il y avait des volumes croissants de besoins (sans changement dans les types de besoins en matière de santé). Il importe de préciser que, bien que les données démographiques globales montrent que la population des Premières nations est en hausse, les tendances au sein des Premières nations prises individuellement varient relativement à d'autres facteurs (comme l'exode pour le travail ou l'éducation ou les pénuries de logement et, dans certains cas, le retour aux Premières nations) qui touchent plus particulièrement les plus jeunes adultes et les familles avec des enfants. Une analyse désagrégée serait requise pour déterminer les taux de croissance dans les besoins au sein des collectivités, ce qui était hors de la portée de la présente évaluation. La principale constatation à tirer de ces données est que les tendances ne se limitent pas seulement à une augmentation du volume des « besoins » liée à une croissance de la population et aux changements dans les circonstances familiales.

Des questions complémentaires ont permis d'établir comme suit les principaux changements dans les types de besoins en matière de santé :

- Le **personnel de la DGSPNI** a signalé qu'il y avait une demande croissante pour du soutien relativement à l'ETCAF associée au dépistage et au diagnostic accrus de cas d'enfants atteints d'un trouble de l'ETCAF et au nombre accru d'enfants vivant avec des besoins spéciaux qui, selon le personnel, ne sont pas satisfaits de façon adéquate dans le cadre des activités régulières des programmes EJ menées au sein d'un bon nombre de collectivités. Certains ont mentionné qu'il serait nécessaire d'apporter des améliorations au niveau des outils de dépistage et des interventions précoces. D'autres répondants de la DGSPNI ont relevé des besoins, autres ou nouveaux, en matière de santé. Tel qu'il est mentionné dans la section précédente du présent rapport, de nombreux membres du personnel de la DGSPNI ont relevé des besoins associés au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN), et certains ont mentionné que l'anémie ferriprive et l'accès au traitement à la méthadone constituaient des besoins supplémentaires particuliers en matière de santé.
- Le **personnel des collectivités** a signalé le plus souvent le volume croissant de besoins en matière de santé liés à la consommation d'alcool et de drogues, au nombre croissant de mères adolescentes et au nombre accru de diagnostics (et de demandes de soutien) liés aux cas d'autisme, de trisomie 21 et d'autres maladies. De même, plusieurs ont noté une sensibilisation des parents à leurs besoins en matière de santé, ainsi qu'une meilleure disposition à participer à des programmes en raison d'une demande accrue par voie du « bouche à oreille ». Certains ont noté qu'un plus grand nombre de personnes retournent dans leur Première nation, et d'autres ont mentionné que des « parents » incitaient de nouveaux parents à y amener leurs enfants.

  Bien que ces données soient qualitatives, elles laissent toutefois entendre qu'il serait nécessaire de procéder à des études plus approfondies en vue d'évaluer l'étendue des changements dans les types de besoins en matière de santé liés aux activités du groupe EJ. Par ailleurs, une variété de facteurs semble avoir une incidence sur la demande de services au niveau des collectivités, et il serait nécessaire de procéder à une étude plus détaillée en vue de déterminer quelle est la prédominance de ces tendances au sein des différentes Premières nations.

4.2.2. Constatations quant à la façon dont les besoins en matière de santé ont changé au fil du temps (P1.2)

Constatations 2
Sous-question d'évaluation P1.2

Les constatations détaillées quant à la façon dont les besoins en matière de santé ont changé au fil du temps sont les suivantes :

- Des améliorations ont été constatées dans certains indicateurs de la santé, surtout en ce qui concerne les taux d'allaitement au sein et les taux décroissants de mortalité infantile.
- Dans l'ensemble, une tendance important se manifeste dans le volume croissant des besoins en matière de santé, surtout en ce qui a trait au taux plus élevé de croissance démographique des Premières nations comparativement à celui de la population canadienne, et dans certains case le retour aux Premières nations. Toutefois, les taux de croissance varient d'une Première nation à l'autre.
- L'information qualitative recueillie dans le cadre des sondages d'évaluation laisse entrevoir une croissance plus rapide de certains types de besoins en matière de santé, et de nouveaux besoins ont également été relevés. Une meilleure sensibilisation aux questions de santé et le nombre accru de diagnostics peuvent aussi contribuer à la demande accrue pour des services de soutien particuliers au sein de certaines collectivités.
- Il serait important d'obtenir de plus amples renseignements en vue de déterminer l'étendue des changements dans les types de besoins en matière de santé et d'établir un lien entre ces besoins et les activités du groupe EJ.

4.3. Liens entre les besoins en matière de santé et le groupe EJ (P1.3)

Tableau 14: Sous-question d'évaluation P1.3

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P1. Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.3** Y a-t-il un lien clair entre les besoins actuels en matière de santé et les programmes du groupe EJ?

4.3.1. Établissement de liens entre les besoins en matière de santé et le groupe EJ

La présente évaluation du groupe EJ est la première étude ayant précisément pour but d'examiner les liens entre les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé (relevés dans l'analyse bibliographique) et les programmes du groupe EJ (tels qu'ils sont présentés dans les descriptions de programmes de la DGSPNI). Une comparaison de ces deux sources d'information indique qu'il y a un lien logique entre les activités particulières des programmes du groupe EJ et les besoins en matière de santé liés aux soins prénataux, à la santé maternelle et aux normes d'alimentation (y compris l'allaitement

au sein) et au développement sain des enfants en bas âge. De plus, les mesures visant à accroître la sensibilisation à l'ETCAF et à réduire la consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse sont clairement liées aux problèmes de l'ETCAF. Les liens entre les besoins actuels en matière de santé et le groupe EJ ont été évalués en fonction des réponses obtenues dans le cadre du sondage auprès du personnel de la DGSPNI et des données tirées des sondages d'évaluation.

On a demandé aux gestionnaires des programmes nationaux de la DGSPNI d'établir des liens entre les programmes du groupe EJ et les types de besoins en matière de santé relevés antérieurement dans la documentation. On leur a demandé de classer les activités des programmes dans deux catégories, soit les activités « majeures » et les activités « mineures », tel qu'il est présenté au **Tableau** 15 ci-après.

Il est à noter qu'un certain nombre des autres programmes de la DGSPNI ne faisant pas partie du groupe EJ ainsi que des programmes offerts par d'autres ministères sont également liés à des questions de santé et de développement des enfants. Les programmes ne faisant pas partie du groupe EJ n'ont pas été inclus dans la portée de l'évaluation du groupe EJ.

L'analyse de l'information au **Tableau** 15 permet d'établir quels éléments du groupe EJ sont liés à des besoins particuliers en matière de santé. On peut y voir que certains besoins liés, entre autres, à l'alimentation, au tabagisme, à la consommation d'alcool, au poids à la naissance et aux blessures chez les enfants relèvent des activités d'au moins deux autes programmes. Dans d'autres cas comme les indicateurs du développement de la petite enfance, les besoins en matière de santé relèvent principalement d'un seul programme. On peut également en tirer la conclusion que certains besoins en matière de santé (concernant, entre autres, l'hyperactivité, la bronchite, l'asthme et les infections de l'oreille) ne constituent pas un objectif majeur ni mineur des activités EJ.

Une analyse de l'information pour chacun des quatre programmes du groupe EJ pris individuellement permet d'établir quel est l'objectif principal de chacun d'eux, soit :

- Le PCNP vise principalement l'alimentation de l'enfant (ce qui comprend les suppléments alimentaires)[61], l'allaitement au sein et le poids élevé à la naissance, et comprend également des activités liées au tabagisme et à la consommation d'alcool durant la grossesse (et l'allaitement au sein). Selon le sondage auprès du personnel de la DGSPNI, la sécurité alimentaire a été désignée comme un objectif important des activités du PCNP sur les suppléments alimentaires pour les personnes et les familles qui n'ont pas régulièrement accès à suffisamment d'aliments nutritifs[62].

[61] Dans certains cas, les suppléments alimentaires (comme les paniers de denrées alimentaires) sont parfois décrits comme étant liés à la sécurité alimentaire. La « sécurité alimentaire » est un concept qui va au-delà de l'alimentation saine. Selon Power (2008:95) : [traduction] « le gouvernement canadien a adopté la définition de sécurité alimentaire qui a été établie au Sommet mondial de l'alimentation en 1996 : La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire à leurs besoins énergétiques et à leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. » Dans le cas des Autochtones, Power soutient qu'un facteur supplémentaire de sécurité alimentaire culturelle devrait être pris en considération compte tenu de l'importance fondamentale des bonnes pratiques traditionnelles pour la santé culturelle.

[62] Il est à noter que les programmes de soutien du revenu (p. ex. assistance sociale) ont pour but de satisfaire aux besoins fondamentaux d'alimentation, de logement et d'habillement. La mesure dans laquelle le PCNP peut combler les lacunes dans ces programmes requiert une étude plus approfondie.

Tableau 15 : Activités du groupe EJ par type de besoins en matière de santé

Besoins en matière de santé	PCNP		PAPAR		PSSMI		ETCAF	
	Majeure	Mineure	Majeure	Mineure	Majeure	Mineure	Majeure	Mineure
Alimentation saine	X		X					
Allaitement au sein	X							
Fumer durant la grossesse		X				X		X
Consommation d'alcool durant la grossesse		X				X	X	
Poids élevé à la naissance	X				X			
Blessures chez les enfants				X		X		
Parler / comprendre une langue des PN			X					
Développement des capacités verbales / linguistiques			X					
Redoublement scolaire[63]			X					
Développement des capacités motrices et sociales			X					X
Hyperactivité								
Bronchite								
Asthme								
Développement affectif des enfants			X					X
Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale							X	
Infections de l'oreille								
Santé bucco-dentaire				X				

Source : Renseignements réunis par le personnel des programmes de la DGSPNI, bureau national, juin 2009

Note : (1) « Besoins en matière de santé » s'entend des disparités dans la santé pour les enfants des Premières nations de 0 à 5 ans.

(2) Il est reconnu que les programmes et les services offerts varient d'une collectivité à l'autre. Le tableau ci-dessus consiste en un résumé global et ne représente pas nécessairement les services offerts dans une collectivité en particulier.

De plus, dans certaines collectivités, les fonds du PCNP peuvent aussi être utilisés pour fournir des suppléments vitaminiques, bien que l'achat de vitamines soit couvert par le programme des SSNA pour les femmes qui possèdent une ordonnance prescrite par un professionnel de la santé[64]. Toutefois, l'information en ce qui concerne l'importance des vitamines prénatales est généralement fournie dans le cadre du PCNP.

[63] Le redoublement scolaire (enfants âgés de 6 à 11 ans) : les programmes EJ ne visent pas directement ce groupe d'âge. Toutefois, dans l'ensemble, tous les programmes devraient contribuer à l'amélioration de la préparation pour l'école et du rendement scolaire.

[64] Dans les collectivités sans professionnels de la santé, il peut être plus difficile d'obtenir des ordonnances, et dans ces cas, des suppléments vitaminiques peuvent être offerts directement aux femmes enceintes. On ne dispose pas de suffisamment de données pour déterminer dans quelle mesure des vitamines sont fournies dans le cadre du programme des SSNA ou du PCNP.

- Le PAPAR est principalement axé sur l'alimentation de l'enfant, l'usage des langues des Premières nations, les facteurs du développement de l'enfance et l'aide en vue de préparer les enfants à l'école. En ce qui concerne la question du « redoublement scolaire », il a été mentionné que, même si les programmes EJ ne visent pas directement les enfants d'âge scolaire, tous les programmes contribuent à l'amélioration de la préparation pour l'école[65] et du rendement scolaire.
- Les rapports précédents ont fait mention d'une incidence réduite des cas de redoublement scolaire associée à la participation au PAPAR[66].
- Le programme sur l'ETCAF vise principalement la consommation d'alcool durant la grossesse, mais comporte également des activités liées au tabagisme et aux facteurs du développement de l'enfance.
- Le PSSMI vise principalement les questions liées à la santé maternelle et infantile, comme le poids à la naissance, le tabagisme et la consommation d'alcool durant la grossesse, ainsi que la sécurité des enfants et les blessures chez les enfants (comme les programmes sur la sécurité des sièges d'auto).

Dans l'ensemble, cette information laisse entendre qu'un lien étroit existe entre les principaux besoins en matière de santé et les quatre programmes EJ. Cette information a été confirmée par les données tirées du sondage auprès du personnel de la DGSPNI :

- Un pourcentage de 86 p. 100 du personnel de la DGSPNI indique qu'il y avait un lien évident entre les besoins actuels des enfants en matière de santé et le groupe EJ. (Le reste des répondants, soit 14 p. 100, a donné une réponse neutre.)
- Quelques-uns ont nuancé leurs réponses en indiquant que les programmes EJ ne sont pas tous offerts dans l'ensemble des collectivités et que leurs réponses concernaient l'ensemble de la population des enfants, et non seulement les enfants ayant des besoins spéciaux. Ces deux points sont abordés plus loin dans les deux sections suivantes.

Sur une échelle de cotation (de 0 à 100), ces données montrent un taux de 76 p. 100 pour le « lien » entre les besoins en matière de santé et le groupe EJ à un *niveau de programme global*. Le lien entre les besoins en matière de santé et les programmes au *niveau des collectivités* est abordé dans les sections suivantes.

On peut donc en conclure, selon ces indicateurs, qu'il y a un lien évident entre les besoins perçus en matière de santé et le groupe EJ. La présente évaluation ne visait pas de déterminer la « qualité » de ce lien ni la mesure dans laquelle certains besoins pouvaient être satisfaits par d'autres programmes (ne faisant pas partie du groupe EJ).

---

65 L'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ) de Statistique Canada définit la « disposition à apprendre à l'école » de façon à inclure « le vocabulaire passif (compris), les aptitudes à communiquer, la connaissance des chiffres, la reproduction et l'utilisation de symboles, la maîtrise du comportement, l'attention, l'effort de travail, la curiosité, le jeu coopératif, l'autonomie quant à l'habillement et l'autonomie quant à la propreté. Dans le cadre de l'ELNEJ, le vocabulaire, la connaissance des nombres et la reproduction et l'utilisation de symboles ont fait l'objet de mesures directes. Les autres variables ont été mesurées auprès des parents à qui on a demandé de préciser comment leurs enfants s'étaient comportés. (Voir Statistique Canada [2009].)

66 Voir le rapport sur l'ELRSPN, 2005.

4.3.2. Constatations concernant les liens entre les besoins et le groupe EJ (P1.3)

Constatations 3
Sous-question d'évaluation P1.3

Les constatations détaillées concernant les liens entre les besoins en matière de santé et le groupe EJ sont les suivantes :

- Dans l'ensemble, il y a un lien évident *au niveau du groupe de programmes* entre un bon nombre des principaux besoins des enfants en matière de santé et les activités des programmes EJ.
- Toutefois, les quatre programmes du groupe EJ sont offerts dans une minorité de Premières nations. Les programmes et les services EJ offerts varient d'une collectivité à l'autre. C'est pourquoi beaucoup de Premières nations ne disposent pas d'un éventail complet de programmes et de services concernant la santé des enfants.
- Par ailleurs, certains des principaux besoins relevés pour les enfants en matière de santé ne font pas partie des objectifs majeurs ni mineurs du groupe EJ. Le tabagisme, les blessures chez les enfants et la santé dentaire ne constituent qu'un objectif mineur pour certains programmes du groupe EJ et d'autres questions concernant la santé des enfants (hyperactivité, bronchite, asthme et infections de l'oreille) qui ne sont pas traitées dans le cadre des programmes EJ peuvent l'être dans le cadre de d'autres programmes.
- La DGSPNI a mis de l'avant d'autres initiatives liées à certaines de ces questions, telles que les blessures chez les enfants, et d'autres programmes, liés aux soins de l'enfance et au développement de la petite enfance, qui ne relèvent pas de la DGSPNI, touchent de nombreuses questions connexes.

Une étude plus approfondie d'une plus vaste gamme de programmes serait requise en vue d'évaluer la *qualité* des liens entre le groupe EJ et les besoins des enfants en matière de santé et la mesure dans laquelle les activités et les programmes ne faisant pas partie du groupe EJ satisfont aux besoins des enfants en matière de santé et de développement et de déterminer l'étendue des « lacunes » dans les programmes EJ et autres (non EJ) en ce qui concerne les besoins à satisfaire en matière de santé.

4.4. Satisfaire aux besoins en matière de santé maternelle et infantile (P1.4)

Tableau 16 : Sous-question d'évaluation P1.4

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P1. Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.4** Est-ce que les besoins en matière de santé maternelle et infantile sont satisfaits?

Cette sous-question d'évaluation concerne précisément les types de besoins en matière de santé qui relèvent des programmes et des services EJ. On a relevé une vaste gamme d'autres besoins en matière de santé (y compris les soins de santé primaires) qui dépassent la portée des programmes du groupe EJ et de la présente évaluation, et aucune donnée n'a été recueillie sur cette plus vaste gamme de besoins.

Compte tenu du manque d'information disponible dans l'analyse bibliographique et documentaire pour traiter cette sous-question d'évaluation, les données tirées des sondages d'évaluation auprès des participants aux programmes, du personnel des collectivités et du personnel de la DGSPNI ont été utilisées. Les sondages ont été soigneusement conçus pour que les questions portent précisément sur les types de besoins en matière de santé maternelle et infantile qui relèvent des programmes du groupe EJ. Dans ces sondages, on a demandé aux répondants d'évaluer dans quelle mesure les programmes du groupe EJ satisfont aux besoins des mères et des enfants qui ont recours à ceux-ci.

Tous les répondants à ces sondages avaient un lien direct avec les programmes du groupe EJ, et la portée de l'ensemble des questions des sondages a été clairement et explicitement définie comme étant liée aux programmes EJ. C'est pourquoi les données des sondages se rapportent strictement aux programmes EJ et aux types de besoins pris en considération en matière de santé maternelle et infantile, et ne tiennent compte d'aucun autre type de besoin lié à la santé.

Le Tableau 17 ci-dessous résume les évaluations des programmes du groupe EJ selon *trois différentes perspectives*. Le personnel national et régional de la DGSPNI a évalué le groupe EJ dans son ensemble et pour l'ensemble des collectivités alors que le personnel des collectivités a évalué la mesure dans laquelle les programmes EJ réussissaient à satisfaire aux besoins de leurs propres collectivités, ce qui varie selon la gamme de programmes et de services offerts dans chaque collectivité. Les participants aux programmes EJ ont évalué, selon leur niveau de satisfaction, dans quelle mesure les programmes dont ils bénéficient réussissent à satisfaire à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants en matière de santé.

Tableau 17 : Le groupe EJ répond aux besoins

Réponses	% des participants aux programmes (n = 225)	% du personnel des collectivités (n = 118)	% du personnel de la DGSPNI (n = 23)
Très bien / bien (très / assez satisfait)	89,7 %	59,5 %	20,0 %
Assez bien (ni l'un ni l'autre)	8,0 %	36,9 %	65,0 %
Plutôt mal / d'aucune façon (plutôt / très insatisfait)	2,3 %	3,6 %	15,0 %
Total (sans compter les abstentions)	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Source : Sondages auprès du personnel des collectivités et de la DGSPNI et des participants aux programmes EJ

Notes : Dans le cadre du sondage auprès du personnel de la DGSPNI, « satisfaire aux besoins en matière de santé » signifiait de fournir les types et les niveaux de services dont les enfants et les parents ont besoin. Dans le sondage auprès du personnel des collectivités, la question se rapportait aux services fournis dans le cadre des programmes EJ offerts dans leurs collectivités.

Dans le sondage auprès des participants aux programmes, la question portait sur la mesure dans laquelle les programmes destinés aux enfants satisfaisaient à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants en matière de santé et de bien-être. La question a été formulée sous la forme d'une cote de satisfaction, et l'échelle de cotation à 5 niveaux a été résumée au Tableau 17 pour les deux premiers niveaux, le niveau intermédiaire et les deux niveaux inférieurs, c.-à-d. « très satisfait / satisfait », « ni satisfait ni insatisfait » et « plutôt / très insatisfait ».

Ces données indiquent que :

- Au niveau de l'ensemble du groupe EJ (national et régional), 20 p. 100 du personnel de la DGSPNI a indiqué que les programmes répondaient très bien ou bien aux besoins en matière de santé, 65 p. 100 assez bien et 15 p. 100 plutôt mal ou d'aucune façon. Dans les commentaires, il a été noté que les réponses portaient sur les programmes « réguliers », et que les programmes ne visaient pas à répondre aux besoins spéciaux.

- Au niveau des collectivités, près de 60 p. 100 du personnel chargé de la prestation de ces programmes a indiqué que ces derniers répondaient très bien ou bien aux besoins en matière de santé et 36 p. 100 ont indiqué qu'ils y répondaient assez bien.
- Au niveau des participants aux programmes, leur évaluation de la mesure dans laquelle les programmes répondent à leurs besoins en matière de santé a été plus élevée que celle du personnel de la DGSPNI et du personnel des collectivités. Près de 90 p. 100 des participants aux programmes étaient très ou plutôt satisfaits de la mesure dans laquelle ceux-ci répondent à leurs besoins et aux besoins de leurs enfants en matière de santé (60,1 p. 100 très satisfaits et 29,6 p. 100 plutôt satisfaits). Seulement 2,3 p. 100 étaient plutôt ou très insatisfaits.

Ces données devront tenir compte d'autres renseignements présentés plus loin dans le présent rapport sur les questions de l'efficacité.

Afin de procéder à une évaluation encore plus détaillée de la mesure dans laquelle le groupe EJ répond à des besoins particuliers en matière de santé, on a demandé au personnel de la DGSPNI et des collectivités d'évaluer dans quelle mesure les programmes répondent aux 15 besoins particuliers relevés en matière de santé. Le **Tableau** 18 ci-dessous résume les pourcentages des membres du personnel de la DGSPNI qui ont dit être « entièrement d'accord » ou « d'accord » que les programmes EJ répondaient aux 15 besoins particuliers énumérés en matière de services de santé. Les données tirées des évaluations du personnel des collectivités sont présentées à la section 4.5 parce qu'elles se rapportent à la mesure dans laquelle les besoins en matière de santé sont satisfaits au niveau des collectivités.

Tableau 18 : Le groupe EJ répond aux besoins en services de santé (selon le personnel de la DGSPNI)

Besoins en services de santé :	Le groupe EJ répond aux besoins (n = 23)
Promotion et éducation concernant l'allaitement au sein	96 %
Éducation concernant les risques associés à la consommation d'alcool durant la grossesse	91 %
Soutien pour l'allaitement au sein	83 %
Dépistage, éducation et consultations quant à l'alimentation maternelle (pré- et post-natale)	82 %
Accès aux services de soins prénataux (sages-femmes, infirmières, etc.)	80 %
Promotion de la culture des Premières nations pour les enfants et les familles	78 %
Préparation des enfants pour l'école	76 %
Éducation concernant les risques associés à la consommation de médicaments en vente libre	64 %
Information sur les services de santé bucco-dentaire et accès à ceux-ci	60 %
Promotion des langues des Premières nations pour les enfants et les familles	55 %
Information quant à l'importance de l'activité physique pour les enfants	33 %
Accès à des aliments nutritifs pour les mères, les enfants et les familles	32 %
Soutien pour le bien-être mental de la mère (p. ex. dépression post-partum)	10 %
Soutien pour les enfants ayant des besoins spéciaux	10 %
Éducation concernant les enfants ayant des besoins spéciaux	5 %
Moyenne	**57 %**

Source : Sondage auprès du personnel de la DGSPNI, 2009.

Le Tableau 18 montre que :

- Le groupe EJ affiche de meilleurs pourcentages pour les besoins liés à la promotion de l'allaitement au sein (96 p. 100) et le soutien pour l'allaitement au sein (83 p. 100), l'éducation concernant la consommation d'alcool durant la grossesse (91 p. 100), l'alimentation maternelle (pré- et post-natale) (82 p. 100) et l'accès aux soins prénataux (80 p. 100);
- La promotion de la culture des Premières nations obtient un pourcentage plus élevé que la langue (78 p. 100 vs 55 p. 100). La préparation des enfants en vue de l'école affiche 76 p. 100;
- L'accès à des aliments nutritifs obtient 32 p. 100;
- Certains des plus bas pourcentages sont attribués à l'éducation et au soutien pour les enfants ayant des besoins spéciaux (5 p. 100 et 10 p. 100);
- La moyenne pour ces 15 besoins en services de santé est de 57 p. 100.

4.4.1. Constatations pour ce qui est de répondre aux besoins en matière de santé maternelle et infantile (P1.4)

Constatations 4
Sous-question d'évaluation P1.4

Les constatations concernant la mesure dans laquelle le groupe répond aux besoins en matière de santé sont les suivantes :

- Le groupe EJ réussit modérément à répondre aux besoins en matière de santé des participants aux programmes, obtenant une note globale de près de 60 p. 100;
- Les programmes EJ semblent mieux répondre à certains besoins en matière de santé qu'à d'autres;
- Le groupe EJ, dans l'ensemble, semble être le moins en mesure de répondre aux besoins en matière d'alimentation saine et aux besoins des enfants vivant avec des besoins spéciaux.

4.5. Avis à savoir si le groupe répond aux besoins des collectivités (P1.5)

Question d'évaluation		Sous-question d'évaluation	
P1.	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?	**P1.5**	Est-ce que le personnel et les dirigeants dans les collectivités des PN et les partenaires et parties intéressées du groupe EJ sont d'avis que les programmes offerts par le groupe satisfont aux besoins des mères et des enfants de leur collectivité en matière de santé?

Cette question porte sur la mesure dans laquelle les besoins des collectivités, dans l'ensemble, sont satisfaits, et non seulement les besoins des personnes qui participent d'une manière ou d'une autre aux programmes du groupe EJ.

Cette question a été abordée en fonction des données tirées des sondages auprès du personnel des collectivités et de la DGSPNI. L'information obtenue du sondage auprès du personnel des collectivités est particulièrement utile pour répondre aux questions au niveau des collectivités[67] (voir le **Tableau** 19 ci-dessous). Les données du sondage auprès du personnel mené dans 37 différentes collectivités sont tirées de réponses qui varient selon le nombre de programmes offerts dans chaque collectivité. Les résultats de ce sondage indiquent que certaines constatations ne peuvent s'appliquer de façon générale à l'ensemble des Premières nations.

Tableau 19 : Le groupe EJ répond aux besoins des collectivités en matière de santé

Réponses	% du personnel des collectivités (n = 118)	% du personnel de la DGSPNI (n = 23)
D'accord	74,1 %	35 %
Ni d'accord / ni en désaccord	16,7 %	35 %
En désaccord	9,2 %	30 %
Total (sans les abstentions)	100,0 %	100 %

Source : Sondages auprès du personnel des collectivités et de la DGSPNI

Selon le sondage auprès du personnel des collectivités, le groupe EJ répondrait bien aux besoins des collectivités en matière de santé maternelle et infantile :

- 74 p. 100 du personnel des collectivités a dit que le groupe EJ répondait aux besoins de leur collectivité en matière de services de santé maternelle et infantile. Le pourcentage pour le personnel de la DGSPNI était inférieur à 35 p. 100;
- Un pourcentage de 30 p. 100 du personnel de la DGSPNI et moins de 10 p. 100 du personnel des collectivités a répondu qu'il ne répondait pas aux besoins en matière de santé.

Les pourcentages obtenus pour le personnel de la DGSPNI étaient beaucoup moins élevés que ceux pour le personnel des collectivités, probablement en raison de leur vision plus vaste des écarts que l'on retrouve dans les besoins et les services de santé pour l'ensemble des collectivités des Premières nations.

Afin de mieux comprendre les besoins à satisfaire en ce qui concerne les services de santé dans les collectivités, on a demandé au personnel des collectivités d'évaluer le groupe EJ en fonction des cinq besoins particuliers en matière de service de santé utilisés pour le sondage auprès du personnel de la DGSPNI. Comme le montre le Tableau 20 ci-après :

- Les pourcentages de l'évaluation des programmes EJ au niveau des collectivités ont été plus élevés en moyenne (67,2 p. 100) que ceux du personnel de la DGSPNI (57 p. 100). Dans les collectivités sondées, le personnel a accordé des cotes plus élevées pour ce qui est de répondre aux besoins en services de santé en ce qui concerne l'accès à des aliments nutritifs (71,8 p. 100), les soins prénataux (84,2 p. 100), la préparation des enfants pour l'école (82,9 p. 100) et les soins bucco-dentaires (86,6 p. 100). Le personnel a accordé une cote sous la moyenne aux questions relatives à la langue et la culture des Premières nations, à l'éducation au sujet des drogues, aux besoins spéciaux et à l'activité physique.

[67] Il est à noter que les données tirées du sondage auprès du personnel des collectivités ont été obtenues au cours des 37 visites sur place effectuées dans des collectivités qui offrent au moins trois ou quatre des programmes du groupe EJ.

- Les plus hauts pourcentages (83,5 p. 100) sont allés aux soins prénataux, à la préparation des enfants pour l'école et aux soins dentaires. Les plus bas sont allés aux besoins spéciaux (35,7 p. 100) et à la promotion des langues des Premières nations (48,5 p. 100).

Ces constatations peuvent dépendre de la gamme de programmes offerts et de la disponibilité de certains services dans les collectivités sondées.

Tableau 20 : Le groupe EJ répond aux besoins en services de santé : classement par le personnel des collectivités

Besoins en services de santé :	Le groupe EJ répond aux besoins (n = 118)[68] % entièrement d'accord / d'accord
Dépistage, éducation et consultations quant à l'alimentation maternelle (pré- et post-natale)	83,5 %
Accès à des aliments nutritifs pour les mères, les enfants et les familles	71,8 %
Accès aux services de soins prénataux (sages-femmes, infirmières, etc.)	84,2 %
Promotion et éducation concernant l'allaitement au sein	75,9 %
Soutien pour l'allaitement au sein	75,0 %
Promotion des langues des Premières nations pour les enfants et les familles	48,5 %
Promotion de la culture des Premières nations pour les enfants et les familles	61,1 %
Préparation des enfants pour l'école	82,9 %
Éducation concernant les risques associés à la consommation d'alcool durant la grossesse	78,3 %
Éducation concernant les risques associés à la consommation de médicaments en vente libre	64,8 %
Soutien pour le bien-être mental de la mère (p. ex. dépression post-partum)	53,7 %
Éducation concernant les enfants ayant des besoins spéciaux	35,7 %
Soutien pour les enfants ayant des besoins spéciaux	41,2 %
Information sur les services de santé bucco-dentaire et accès à ceux-ci	86,6 %
Information quant à l'importance de l'activité physique pour les enfants	64,4 %
Moyenne	**67,2 %**

Source : Sondage auprès du personnel des collectivités, 2009.

[68] Le pourcentage représente le total des répondants qui sont entièrement d'accord ou d'accord. Ne comprend pas les abstentions.

4.5.1. Constatations sur les avis à savoir si le groupe EJ répond aux besoins des collectivités (P1.5)

Constatations 5
Sous-questions d'évaluation P1.5

Les constatations détaillées sur les avis à savoir dans quelle mesure le groupe EJ répond aux besoins des collectivités sont les suivantes :

- La gamme de programmes EJ offerts varie d'une Première nation à l'autre parce que, jusqu'ici, les fonds étaient accordés individuellement pour chacun des programmes et c'est pourquoi les programmes ne sont pas tous offerts dans l'ensemble des collectivités des Premières nations.
- Au niveau des collectivités sondées, 74 p. 100 du personnel des collectivités et 35 p. 100 du personnel de la DGSPNI ont répondu que le groupe EJ satisfaisait de façon efficace aux besoins des collectivités en matière de santé.
- Selon les répondants, le groupe EJ répond mieux à certains besoins en matière de santé qu'à d'autres. Le personnel des collectivités a indiqué que les programmes répondaient plus efficacement aux besoins relatifs aux soins prénataux, à la préparation des enfants pour l'école et aux soins dentaires. Des cotes inférieures ont été accordées aux langues des Premières nations, à la consommation de drogues, à l'activité physique et aux besoins spéciaux, qui sont les moins bien satisfaits selon plus du tiers du personnel des collectivités.

4.6. Résumé des principales constatations sur les besoins en matière de santé (P1)

Question d'évaluation	
P1.	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les enfants et les jeunes des PN en matière de santé?

Les principales constatations à la question d'évaluation P1 ont été élaborées au moyen des constatations détaillées pour chacune des sous-questions d'évaluation (P1.1 à P1.5) et sont présentées ci-dessous.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION P1

Les principales constatations sur les besoins en matière de santé sont les suivantes :

- Les lacunes concernant les besoins des jeunes enfants des Premières nations en matière de santé comprennent une vaste gamme de disparités ou « écarts » considérables comparativement aux autres enfants canadiens. La documentation existante a relevé et mesuré certains besoins en matière de santé (liés, entre autres, à l'allaitement au sein et au tabagisme), mais d'autres besoins n'ont pas encore été mesurés en raison d'un manque apparent d'études et de données à leur sujet.

  Les besoins en matière de santé varient à mesure que l'enfant grandit, et comprennent d'autres préoccupations non relevées dans la documentation mais qui ont été relevés dans les sondages menés aux fins de la présente évaluation. Il faudra procéder à des évaluations approfondies des besoins en matière de santé afin de mieux définir les priorités des programmes du groupe EJ et des programmes communautaires en ce qui concerne la santé des enfants.

- Au fil du temps, les tendances dans les besoins en matière de santé indiquent qu'il y a eu une amélioration dans certains indicateurs de la santé, surtout au niveau des taux d'allaitement au sein (en fait d'adoption et non de durée) et des taux décroissants de mortalité infantile. Au niveau global, une tendance clé se manifeste dans le volume croissant de besoins en matière de santé lié plus particulièrement au taux de croissance démographique plus élevé des Premières nations comparativement au reste de la population canadienne (taux de natalité plus élevés et membres retournant dans leur collectivité). Toutefois, les taux de croissance varient d'une Première nation à l'autre.

  Certains types de besoins en matière de santé connaissent une croissance plus rapide que d'autres, et de nouveaux besoins ont également été relevés. Il faudra recueillir de plus amples renseignements afin de mesurer l'étendue des changements dans les types de besoins de santé et d'établir des liens entre ceux-ci et les activités du groupe EJ.

- Dans l'ensemble, un lien peut être établi à un niveau global entre tous les besoins clés des enfants en matière de santé et les activités des programmes EJ. Toutefois, les quatre programmes du groupe EJ sont offerts dans une minorité de Premières nations, et les programmes et services EJ offerts varient d'une collectivité à l'autre. C'est pourquoi beaucoup de Premières nations bénéficient d'une gamme incomplète de programmes et de services pour satisfaire aux besoins clés des enfants en matière de santé. De plus, certains des besoins relevés en matière de santé infantile ne constituent pas un objectif majeur ni un objectif mineur du groupe EJ, et d'autres programmes peuvent répondre à ceux-ci.

- La DGSPNI a mis en œuvre des initiatives liées à certains besoins de santé tels que la prévention des blessures chez les enfants, et des programmes liés aux soins des enfants et au développement de la petite enfance, autres que ceux de la DGSPNI, recoupent bon nombre de ces mêmes questions. Il serait nécessaire de procéder à des recherches supplémentaires sur une plus vaste gamme de programmes afin d'évaluer la mesure dans laquelle les activités et les programmes autres que ceux du groupe EJ répondent aux besoins des enfants en matière de santé et de développement ainsi que d'évaluer l'étendue des « lacunes » que comportent ces programmes relativement aux besoins à satisfaire.

- Le groupe EJ répond avec une efficacité modérée aux besoins de santé et répond mieux à certains besoins qu'à d'autres. Le groupe EJ, dans son ensemble, semble répondre le moins bien aux besoins liés à l'alimentation saine et aux enfants vivant avec des besoins spéciaux. Les besoins les mieux satisfaits sont ceux liés à l'allaitement au sein et aux soins prénataux pour les mères.

  Ainsi, 70 p. 100 du personnel des collectivités et 35 p. 100 du personnel de la DGSPNI ont indiqué que le groupe EJ répondait avec efficacité aux besoins en matière de santé, et que certains besoins étaient mieux satisfaits que d'autres par le groupe EJ. Le personnel des collectivités a indiqué que les

programmes répondaient le plus efficacement aux besoins liés aux soins prénataux, à la préparation des enfants pour l'école et aux soins dentaires. Des cotes en dessous de la moyenne ont été accordées aux besoins liés aux langues et à la culture des Premières nations, à l'usage d'alcool et de drogues durant la grossesse et à l'activité physique. Les besoins spéciaux étaient les moins bien satisfaits selon près d'un tiers du personnel des collectivités.

- Dans son ensemble, le groupe EJ répond à des besoins clairement définis en ce qui concerne la santé des jeunes enfants des Premières nations. Toutefois, les programmes EJ ne répondent pas à tous les besoins en matière de santé et ne sont pas tous offerts dans l'ensemble des collectivités. Certains types de besoins en matière de santé sont mieux satisfaits que d'autres dans les collectivités. On peut donc en conclure que d'importants besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, y compris les besoins spéciaux. Une étude plus approfondie des programmes EJ et d'autres (non EJ) serait nécessaire pour évaluer les lacunes possibles dans les services.

Section 5. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX PRIORITÉS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

La présente section présente l'analyse et les constatations pour la deuxième des huit questions d'évaluation.

Tableau 21 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile par les PN?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Les priorités du gouvernement sont habituellement décrites dans des énoncés officiels (comme les discours du Trône et les exposés budgétaires), des accords avec d'autres parties pour des initiatives spéciales et des annonces officielles d'affectation de fonds pour des programmes. Les annonces d'augmentation du financement ou d'octroi de nouveaux fonds pour des programmes et des services particuliers représentent la mise en application de priorités et d'accords dans des champs précis d'action en vue de répondre à des besoins prioritaires.

Les données requises pour procéder à l'analyse de la présente question d'évaluation et en tirer des constatations proviennent principalement de l'analyse bibliographique et documentaire et des entrevues menées auprès d'informateurs clés du personnel de la DGSPNI.

5.1. Lien du groupe EJ au budget et aux priorités (P2.1)

Tableau 22 : Sous-question d'évaluation P2.1

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P2. Dans quelle mesure ce groupe est-il lié à une priorité du gouvernement?	**P2.1** En vertu de quel budget ou de quelle autre priorité ce groupe (ou programme du groupe) a-t-il été créé et en quelle année?

Les programmes du groupe EJ ont évolué par suite d'une série de décisions du gouvernement et de budgets fédéraux depuis 1998. Le groupe EJ a été formé en 2005 en parallèle avec une restructuration de tous les programmes de contribution de la DGSPNI.

En 1997, le gouvernement fédéral a annoncé le prolongement du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones en vue d'y inclure les enfants et les familles des Premières nations vivant dans les réserves et le lancement du PAPAR en octobre 1998. Ce programme fait suite à ce qui suit :

- Engagements du gouvernement dans « Rassembler nos forces : Le plan d'action du Canada pour les questions autochtones » dans « Bâtir notre avenir ensemble » (1999);
- Discours du Trône de septembre 1999;
- Réponse aux recommandations formulées dans le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, 1996;
- Lancement des initiatives d'aide préscolaire aux Autochtones en 1995 à titre de programme d'intervention précoce pour les enfants autochtones vivant dans les régions urbaines et les grandes collectivités du Nord.

Le cadre de travail pour les priorités actuelles du gouvernement concernant les enfants des Premières nations est intrinsèquement lié à l'ensemble des politiques canadiennes pour les enfants issues du Plan d'action national pour les enfants de 1999. Le « Plan d'action national pour les enfants – Élaboration d'une vision commune » de 1999 a été conçu en collaboration avec cinq organisations autochtones nationales[69] et a fait état des besoins des enfants autochtones en matière de santé en fonction des risques plus élevés qu'ils ont d'afficher des résultats négatifs en matière de santé et d'éducation.

En 2000, le gouvernement fédéral a signé l'Accord FPT[70] sur le développement de la petite enfance en vue d'améliorer et d'accroître les services et les programmes qu'ils offrent pour les enfants de moins de six ans et leurs familles[71]. Les quatre principaux champs d'action dans lesquels les fonds supplémentaires provenant de l'administration fédérale (un total de 3,2 milliards de dollars de 2001 à 2008) ont été investis :

- Promouvoir la santé des femmes enceintes, des nouveau-nés et des jeunes enfants;
- Améliorer l'aide aux parents et aux familles;

[69] Assemblée des Premières Nations, Ralliement national des Métis, Association des femmes autochtones du Canada, Congrès des Peuples Autochtones et Inuit Tapirisat du Canada.

[70] Fédéral-provincial-territorial (FPT)

[71] Le bien-être des jeunes enfants du Canada : Rapport du gouvernement du Canada, 2006, page 1.

- Améliorer le développement des jeunes enfants, les soins qu'ils reçoivent et leur capacité d'apprentissage;
- Renforcer le soutien communautaire.

Le Discours du Trône de janvier 2001 engage le gouvernement du Canada à « travailler de concert avec les Premières nations en vue d'améliorer les programmes et les services offerts dans leurs collectivités pour le développement de la petite enfance. En outre, il élargira considérablement le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans le but de mieux préparer un plus grand nombre d'enfants autochtones pour l'école et d'aider ceux qui ont des besoins particuliers[72]. »

Cette annonce a mené à l'élaboration de la Stratégie fédérale de développement de la petite enfance autochtone et des Premières nations d'octobre 2002 qui affectait des fonds supplémentaires de l'ordre de 320 millions de dollars sur cinq ans à l'amélioration des programmes et des services de développement de la petite enfance destinés aux enfants autochtones[73] et qui comprenait les quatre principaux champs d'action suivants :

- Nouveaux investissements pour améliorer les programmes existants (Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des collectivités urbaines et nordiques, Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves et Initiative visant la garde d'enfants chez les Inuits et les Premières nations) et pour intensifier les efforts en vue d'éradiquer l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale parmi les Premières nations;
- Avancements en matière de recherche et d'acquisition de connaissances;
- Renforcement des capacités et constitution de réseaux;
- Efforts visant une meilleure intégration des programmes et des services fédéraux de développement de la petite enfance.

L'annonce faisait passer le budget annuel du PAPAR de 25 millions de dollars à 46,5 millions par année. Les priorités établies pour ces fonds supplémentaires destinés au PAPAR étaient :

- Améliorer l'accès à des services d'accueil et d'apprentissage de qualité pour les jeunes enfants afin qu'ils soient prêts à apprendre une fois en milieu scolaire;
- Accroître la capacité des collectivités autochtones à évaluer les besoins des jeunes enfants et de leurs familles en matière de santé;
- Appuyer le développement de nouveaux sites et l'accroissement de la capacité des projets existants et relever les défis et combler les lacunes que présentent les projets;
- Accroître les connaissances et les compétences des parents et des personnes soignantes en augmentant l'accès aux services de soutien aux parents et les possibilités de formation pour les personnes soignantes.

Par conséquent, des progrès importants ont été réalisés pendant la période allant de 1997 à 2002 en ce qui concerne l'établissement des priorités du gouvernement en matière de développement de la petite enfance en général ainsi que pour les Premières nations, et la traduction de ces priorités en mesures visant à répondre à ces priorités.

---

72 Tiré des lignes directrices du PAPAR, Santé Canada, 2009, annexe A, page 2.

73 Communiqué de presse, gouvernement du Canada, 28 février 2005, « Investir dans notre avenir : Rapports du gouvernement du Canada sur les progrès réalisés en matière de développement de la petite enfance », page 2.

Le gouvernement fédéral a répété à plusieurs reprises (dans ses discours du Trône, ses budgets et ses documents de politique) que sa priorité était d'améliorer la santé et les conditions de vie des peuples des Premières nations, le développement de la petite enfance et la vision à long terme de l'intégration avec les systèmes de santé provinciaux. Au cours des dernières années, ces engagements ont été confirmés dans les budgets fédéraux de 1998 à 2008. De même, ces budgets ont reconnu l'importance des facteurs sociaux plus larges qui ont une incidence sur la santé des Premières nations et comprenaient des investissements dans des domaines liés aux déterminants de la santé. Les principaux énoncés des priorités comprennent :

- Décision du gouvernement de juin 1998 (prolongement de l'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves);
- Budget fédéral de février 1999 (PCNP);
- Discours du Trône de janvier 2001 et décision du gouvernement de juillet 2002 pour le développement de la petite enfance (financement sur cinq ans pour le PAPAR et l'ETCAF);
- Budget fédéral de février 2005 (financement du PSSMI sur cinq ans);
- Budget de 2006 qui affectait de nouvelles ressources à l'amélioration de la qualité de l'eau et du logement dans les réserves, les résultats en matière d'éducation et les conditions socioéconomiques des femmes, des familles et des enfants;
- Budget de 2007 qui comprenait des engagements relativement à l'appui de la possession de biens immobiliers par des particuliers dans les réserves et à l'amélioration de la stratégie de justice.
- Budget de 2008 qui affectait de nouvelles ressources au développement économique, à l'éducation et à des nouveaux modèles de prévention pour les services aux enfants et aux familles. Ce budget comprenait également des engagements prolongés à l'égard du Plan d'action pour l'approvisionnement en eau potable et le traitement des eaux usées des Premières nations.

Les budgets fédéraux successifs ont mis l'accent sur l'engagement du gouvernement fédéral à travailler de concert avec les dirigeants autochtones ainsi qu'avec les provinces et les territoires pour élaborer de nouvelles approches avec des solutions utiles et des meilleurs résultats en matière de santé pour les Premières nations. En décembre 2007, le ministre de la Santé a confirmé l'engagement du gouvernement du Canada à accorder la priorité aux enfants des Premières nations en appuyant la motion 296, le « principe de Jordan », qui visait à répondre aux besoins des enfants des Premières nations vivant dans les réserves qui sont aux prises avec des incapacités multiples nécessitant des services de la part de plusieurs échelons de gouvernement.

Cette motion a été adoptée à l'unanimité par la Chambre des communes. Le gouvernement fédéral a également reconnu l'importance des facteurs sociaux plus larges concernant la santé des peuples autochtones en investissant dans des domaines considérés comme des déterminants de la santé. Collectivement, les engagements budgétaires depuis 2006 visaient des objectifs stratégiques plus vastes pour une amélioration progressive des conditions socioéconomiques de concert avec le résultat stratégique du gouvernement qui consiste à améliorer la santé des peuples des Premières nations.

Depuis 2002, les principaux développements dans les priorités du gouvernement pour les enfants des Premières nations ont été d'améliorer le ***continuum*** de services visant plus particulièrement la santé maternelle et infantile. En septembre 2004, les dirigeants des Premières nations et des Autochtones se sont réunis pour discuter d'initiatives conjointes ayant pour but d'améliorer la santé des Autochtones et d'adopter des mesures en vue de combler la disparité dans l'état de santé de cette population. Ils ont convenu de travailler ensemble en vue d'élaborer un plan directeur pour l'amélioration de la santé et des services de santé. Le 14 septembre 2004, à l'occasion d'une réunion spéciale des premiers ministres et de dirigeants autochtones nationaux, le premier ministre a annoncé un nouvel investissement « en amont » pour améliorer la santé des Premières nations et d'autres peuples autochtones.

Le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 700 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre de nouveaux engagements fédéraux concernant *les aspects urgents et cruciaux d'un plan à long terme qui comprend des fonds pour la santé maternelle et infantile et le développement de la petite enfance*. Le budget de février 2005 a confirmé ces investissements, y compris *110 millions sur cinq ans pour le nouveau* Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) dans les collectivités des Premières nations.

Le PSSMI a vu le jour en 2006, s'ajoutant au continuum grandissant de services de soutien pour les mères, les enfants et les familles des Premières nations, allant d'avant la grossesse jusqu'au moment où l'enfant entre à l'école, venant ainsi compléter d'autres programmes établis (PAPAR, ETCAF et PCNP). On estime que l'élaboration de ces services additionnels a « contribué à la croissance et au développement positifs des enfants en bas âge, des jeunes et de leur mère afin que la santé de ces groupes puisse atteindre les mêmes niveaux que ceux obtenus pour les Canadiens non autochtones » (Rapport sur les plans et les priorités, 2005-2006, page 20).

Selon le Rapport sur les plans et les priorités de 2007-2008, les priorités pour 2007-2008 consistaient à continuer d'améliorer le continuum de programmes, d'étendre la portée des services à un plus grand nombre de collectivités et d'accroître le taux de participation d'individus et de familles aux programmes fournis dans les collectivités[74].

Depuis 2002, des budgets fédéraux successifs ont affecté des fonds supplémentaires à certaines questions prioritaires comme l'amélioration de la qualité de l'eau et des habitations, l'éducation et le développement socioéconomique. On pourrait s'attendre à ce que ces initiatives, ensemble, contribuent à l'amélioration des conditions socioéconomiques et, parallèlement aux déterminants sociaux du modèle de santé, mènent à une amélioration des résultats de santé pour les enfants, les familles et les collectivités des Premières nations.

5.1.1. Constatations concernant les liens du groupe EJ au budget et aux priorités (P2.1)

Constatations 6
Sous-question d'évaluation P2.1

Les constatations détaillées quant aux liens du groupe EJ au budget et aux priorités du gouvernement fédéral sont les suivantes :

- Le groupe EJ est clairement lié aux priorités globales du gouvernement fédéral d'améliorer la santé et le bien-être des enfants des Premières nations vivant dans les réserves. Les décisions et budgets successifs du gouvernement fédéral depuis la fin des années 1990 ont élargi les politiques et augmenté le financement en vue d'améliorer la santé et le bien-être des enfants, y compris, plus récemment, les budgets de 2005, 2006, 2007 et 2008.
- Depuis 2002, le groupe EJ se rapporte à la Stratégie fédérale sur le développement de la petite enfance pour les enfants des Premières nations et des autres peuples autochtones.

---

74 Santé Canada, par l'entremise de la DGSPNI, s'est engagé à travailler avec les organisations nationales autochtones pour mettre en œuvre le PSSMI et améliorer les programmes de promotion de la santé déjà en place (PCNP et ETCAF), ainsi que sur l'expansion du PAPAR en augmentant les possibilités de formation et le nombre d'établissements pouvant fournir des services. En 2007-2008, le PSSMI avait déjà touché 2 200 mères et leurs enfants selon le Rapport sur le rendement du groupe EJ.

5.2. Le groupe EJ par rapport aux priorités du gouvernement (P2.2)

Tableau 23 : Sous-question d'évaluation P2.2

Questions d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P2. Dans quelle mesure ce groupe est-il lié à une priorité du gouvernement?	**P2.2** **Comment** ce programme et ses résultats escomptés cadrent-ils avec les priorités actuelles du gouvernement? Expliquer.

Quatre orientations stratégiques fédérales ont été relevées dans les documents de politique et du budget, à savoir :

- Améliorer la santé et le bien-être des peuples des Premières nations en général;
- Améliorer le développement de la petite enfance pour les enfants et les jeunes des Premières nations;
- Transférer la responsabilité de la prestation et de l'administration des programmes de la santé aux Premières nations;
- Accroître l'intégration du système de soins de santé.

Il existe un lien évident entre ces objectifs stratégiques généraux et le modèle logique du groupe EJ, l'architecture des activités de programmes et les descriptions de programmes pour toutes les composantes du groupe EJ. L'objectif global du groupe EJ est d'améliorer la santé et le bien-être des enfants, des jeunes, des familles et des collectivités des Premières nations sur le plan mental, physique, affectif et spirituel.

Conformément à l'architecture des activités de programmes, le groupe EJ comprend cinq grandes catégories d'activités[75], à savoir :

- Collaborer avec les Premières nations, les autorités et les organisations FPT;
- Assurer l'atteinte des priorités et la prestation des programmes et des services en matière de santé maternelle et infantile;
- Prendre la charge, innover et incorporer des pratiques exemplaires éprouvées dans les programmes et les mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile;
- Assurer l'éducation et la sensibilisation quant aux priorités, aux programmes et au soutien en matière de santé maternelle et infantile;
- Renforcer les capacités des membres, des familles et des collectivités des Premières nations.

Le modèle logique du groupe EJ définit les réalisations et les résultats escomptés dans chacune des cinq catégories d'activités. Le modèle logique établit les résultats immédiats, intermédiaires et finals des activités du groupe EJ[76] comme suit :

[75] Annexe B, Programmes communautaires, Modalités, Santé Canada, 2005.

[76] Modèle logique du groupe EJ, Programmes communautaires, Modalités, Santé Canada, 2005.

Résultats immédiats :

- Collaboration et réseautage accrus et améliorés;
- Continuum de programmes et de mesures de soutien amélioré dans les collectivités des Premières nations et Inuits;
- Participation accrue des membres, familles et collectivités des Premières nations et Inuits aux programmes et aux mesures de soutien;
- Sensibilisation accrue aux saines habitudes de vie.

Résultats intermédiaires :

- Mise en pratique accrue de saines habitudes de vie
- Capacité accrue des collectivités des Premières nations et Inuits à prendre en charge la prestation des programmes et mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile;
- Accès amélioré à des programmes et des mesures de soutien de qualité et bien coordonnés pour les membres, familles et collectivités des Premières nations et Inuits;
- Accès accru à de l'information, des possibilités de perfectionnement professionnel et à des conseils d'experts en matière de santé maternelle et infantile.

Résultats finals :

- Contribution à l'amélioration de l'état de santé des membres, familles et collectivités des Premières nations et Inuits.

L'examen des descriptions et des activités de programmes détaillées pour les quatre éléments du groupe EJ[77] indique qu'il y a des composantes clés dans les programmes qui ont un lien avec les activités et les résultats escomptés du groupe EJ mentionnés ci-dessus.

5.2.1. Constatations concernant le groupe EJ relativement aux priorités du gouvernement (P2.2)

La comparaison des activités, des composantes de programmes et des résultats escomptés du groupe EJ avec les objectifs stratégiques généraux du gouvernement indique que le groupe cadre avec les priorités globales qui consistent à améliorer la santé des membres, des familles et des collectivités des Premières nations, y compris en ce qui concerne le développement de la petite enfance et le lien au Plan d'action national pour les enfants, le transfert de la prestation des programmes de santé aux Premières nations et l'accroissement de l'intégration dans le système de soins de santé.

[77] Fondé sur Santé Canada, Modalités des Programmes communautaires, 2005; DGSPNI, Compendium des programmes, mars 2007; DGSPNI, Cadre de travail du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, 2009; DGSPNI, Programme de soins de santé maternelle et infantile, Lignes directrices, 2008; Santé Canada, Rapport sur le rendement du groupe EJ 2004-2005 à 2006-2007, DGSPNI, 2008.

Constatations 7
Sous question d'évaluation P2.2

Constatations détaillées concernant le groupe EJ relativement aux priorités du gouvernement (P2.2)

- Le groupe EJ a un lien et concorde avec les priorités actuelles du gouvernement qui consistent à améliorer la santé des enfants et le développement de la petite enfance des Premières nations.
- Depuis sa formation en 2004, le groupe EJ est étroitement lié à la priorité qui vise à travailler vers l'intégration des programmes et des services fédéraux de développement de la petite enfance, et la décision de 2005 du gouvernement fédéral d'améliorer l'apprentissage et les soins des jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves.

5.3. Résumé des principales constatations concernant le groupe EJ relativement aux priorités du gouvernement (P2)

Question d'évaluation	
P2.	Dans quelle mesure ce groupe est-il lié à une priorité du gouvernement?

Les principales constatations à la question d'évaluation P2 ont été élaborées au moyen des constatations détaillées pour les sous-questions d'évaluation (P2.1 et P2.2) et sont présentées ci-après.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION P2

Les principales constatations sur les liens entre le groupe EJ et les priorités du gouvernement sont les suivantes :

- Le groupe EJ est clairement lié aux priorités fédérales globales d'améliorer la santé et le bien-être des enfants des Premières nations vivant dans les réserves et cadre avec la politique fédérale de 1988 de transférer la responsabilité des services de santé aux Premières nations.
- Depuis la fin des années 1990, les décisions et budgets successifs du gouvernement fédéral ont donné plus d'ampleur aux politiques et au financement disponible pour atteindre les deux objectifs généraux suivants : premièrement, fournir aux enfants des Premières nations vivant dans les réserves les mêmes services que ceux qui sont offerts aux autres enfants vivant dans des régions géographiques similaires, et, deuxièmement, accroître et améliorer le continuum de services pour la santé et le bien-être des enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge de cinq ans.
- Le groupe EJ (en tant que groupe intégré d'activités) est étroitement lié à la Stratégie fédérale de 2002 sur le développement de la petite enfance pour les enfants des Premières nations et les autres enfants autochtones ainsi qu'à sa priorité de travailler en vue d'une meilleure intégration des programmes et des services de développement de la petite enfance, et une décision du gouvernement en 2005 pour améliorer l'apprentissage et les soins des jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves.
- Depuis 2003, le fondement rationnel global du groupe EJ a été lié aux principes de l'investissement « en amont » en vue d'améliorer la situation des Premières nations en matière de santé et de faire reconnaître l'importance des premières années du développement de l'enfance comme le fondement pour assurer la santé et le bien-être des enfants toute leur vie durant.

Section 6. PERTINENCE PAR RAPPORT AUX RÔLES DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Cette section présente l'analyse et les constatations concernant la troisième des huit questions d'évaluation.

Tableau 24 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants agissent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile par les PN?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Tel qu'il est mentionné dans la section précédente, les priorités du gouvernement sont habituellement décrites dans des énoncés officiels (comme les discours du Trône et les exposés budgétaires), des accords avec d'autres parties pour des initiatives spéciales et des annonces officielles d'affectation de fonds pour des programmes. Les annonces d'augmentation du financement ou d'octroi de nouveaux fonds pour des programmes et des services particuliers représentent la mise en application de priorités et d'accords dans des champs précis d'action en vue de répondre à des besoins prioritaires.

Les données requises pour procéder à l'analyse de la présente question d'évaluation et en tirer des constatations proviennent principalement de l'analyse bibliographique et documentaire et des entrevues menées auprès d'informateurs clés du personnel de la DGSPNI.

6.1. Le groupe EJ cadre-t-il avec les rôles du gouvernement fédéral? (P3.1)

Tableau 25 : Sous-question d'évaluation P3.1

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P3. Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?	**P3.1** Dans quelle mesure les programmes du groupe EJ concordent-ils avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral d'améliorer la santé des PN?

Les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral concernant la santé des Premières nations ont évolué et continuent d'évoluer à mesure que se poursuit le transfert des responsabilités de prestation et d'administration des soins de santé aux Premières nations. Le groupe EJ, à titre de stratégie intégrée pour les programmes destinés aux enfants, a également évolué depuis 2004. L'approche de regroupement des programmes semble s'aligner sur les tendances actuelles qui visent à réduire les responsabilités fédérales liées aux programmes associées aux transferts de fonds qui s'opèrent par l'intermédiaire du mécanisme d'ententes de principe tripartites.

Le rôle actuel du gouvernement fédéral en ce qui concerne les services de santé pour les Premières nations est fondé sur la Politique fédérale de 1979 sur la santé des Indiens, qui tire son origine du rôle historique du gouvernement fédéral dans la prestation de tels services. Les responsabilités fédérales découlent de dispositions constitutionnelles et législatives, de traités et de pratiques traditionnelles.

Santé Canada souligne que :

> « La Politique fédérale sur la santé des Indiens est fondée sur la relation particulière qui existe entre les Indiens et le gouvernement fédéral, une relation que les deux parties ont à cœur de maintenir. Cette politique reconnaît que les conditions dans lesquelles vivent de nombreuses communautés indiennes ont placé les Indiens dans une position très défavorisée par rapport à la plupart des autres Canadiens, tant sur le plan de la santé que sous d'autres rapports. » *(Santé Canada, Politique de 1979 sur la santé des Indiens, site Web de SC, 25 octobre 2007)*

L'objectif de la Politique fédérale sur la santé des Indiens tel qu'il est énoncé par Santé Canada (Réf. www op. cit.) est « d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes ». Cette Politique repose sur trois « piliers », à savoir, le développement communautaire, les relations traditionnelles de confiance entre les Indiens et le gouvernement fédéral et le système de santé canadien multipartite, lesquels sont décrits de la façon suivante dans le résumé tiré du site Web de Santé Canada.

Le développement communautaire comprend à la fois « le développement socioéconomique et le développement culturel et spirituel en vue d'éliminer les conditions de pauvreté et d'apathie qui empêchent les membres des communautés d'atteindre un état de bien-être physique, mental et social ».

Les relations traditionnelles entre les Indiens et le gouvernement fédéral « aident les communautés indiennes à réaliser leurs aspirations » et il faut « renforcer ces relations en ouvrant la communication avec les Indiens et en les encourageant à participer davantage à la planification et à l'exécution des programmes de santé, ainsi qu'à l'établissement du budget qui sera affecté à ceux-ci ». En ce qui concerne le système de santé multipartite, le gouvernement fédéral « a à cœur d'aider les collectivités autochtones à jouer un rôle actif et plus positif au sein du système de santé et dans la prise de décisions qui ont des répercussions sur leur santé ».

L'un des éléments clés de cette Politique pour les programmes actuels du gouvernement fédéral pour les peuples des Premières nations est le système de santé multipartite qui comporte des responsabilités pour les gouvernements fédéral et provinciaux, les administrations municipales et les bandes indiennes. Alors que les responsabilités et les rôles perspectifs continuent d'évoluer, la Politique reconnaît que :

- Les rôles fédéraux les plus importants se situent au niveau des activités de santé publique dans les réserves, de la promotion de la santé et de la détection et de la réduction des dangers pour la santé dans l'environnement;
- Les rôles provinciaux et privés les plus importants concernent le diagnostic et le traitement des maladies aiguës et chroniques et le rétablissement des malades;
- Les collectivités des Premières nations jouent un rôle important dans la promotion de la santé et dans l'adaptation de la prestation des services de santé aux besoins particuliers de leurs collectivités.

Depuis 1986, le gouvernement fédéral a mis en œuvre un plan à long terme pour transférer la responsabilité de la prestation et de l'administration des programmes de soins de santé aux Premières nations.

Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des services de santé aux Premières nations comprend la prestation de certains services de santé découlant de politiques et de pratiques traditionnelles ainsi que le soutien aux gouvernements provinciaux et territoriaux pour la prestation des services de santé à tous les Canadiens, y compris les peuples des Premières nations, au moyen de fonds consacrés aux services hospitaliers et aux services de médecins et d'autres éléments essentiels du système de santé. En 2004, les premiers ministres se sont entendus sur un plan de dix ans en vue de renforcer les soins de santé pour tous les Canadiens, y compris les peuples des Premières nations.

Le rôle historique du gouvernement fédéral en ce qui concerne la prestation de services de santé aux Premières nations et la compétence du Parlement, en général, sur les Premières nations et leurs terres relèvent de l'article 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1987*. Bien que la *Loi sur les Indiens* prévoie certains pouvoirs de réglementation concernant la santé des peuples des Premières nations, aucune réglementation de ce genre n'existe pour l'instant. Le cadre de politique actuel résulte également de traités, de règlements de revendications territoriales, d'ententes d'autonomie gouvernementale et d'accords fédéraux-provinciaux ou fédéraux-territoriaux qui ont contribué à mieux définir les rôles respectifs des différentes parties.

Au sein de ce cadre de politique global et évolutif du gouvernement fédéral, la responsabilité pour les programmes et les services de santé des Premières nations repose sur Santé Canada.

6.1.1. Constatations sur la façon dont le groupe EJ cadre avec les rôles fédéraux

Contatations 8
Sous-question d'évaluation P3.1

Les constatations détaillées sur la façon dont le groupe EJ cadre avec les rôles du gouvernement fédéral sont les suivantes :

- Le groupe EJ cadre avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral qui consistent à répondre aux besoins des Premières nations en matière de santé. Chaque composante de programme et le groupe EJ dans son ensemble cadrent avec l'objectif de la Politique sur la santé des Indiens et les rôles fédéraux en matière de santé publique et de promotion de la santé.
- Le gouvernement fédéral poursuit la mise en œuvre de son plan à long terme en vue de transférer les responsabilités de prestation et d'administration des programmes de soins de santé aux Premières nations.

6.2. Nature du rôle fédéral dans la prestation du groupe EJ (P3.2)

Tableau 26 : Sous-question d'évaluation P3.2

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
P3. Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?	**P3.2** **Expliquer** la nature du rôle et du mandat du gouvernement fédéral en ce qui concerne la prestation de ce programme.

Santé Canada offre des services de santé aux Premières nations conformément à ses politiques, en ayant recours à la Loi de crédits annuels pour obtenir l'approbation du Parlement. Le ministre responsable de Santé Canada est responsable auprès du Parlement canadien pour la Politique fédérale sur la santé des Indiens et les programmes et services de santé offerts aux peuples des Premières nations.

Au niveau ministériel, Santé Canada est responsable des programmes de santé pour les Premières nations par l'intermédiaire de sa Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP). Grâce à ces directions générales, Santé Canada soutient la prestation des soins de santé primaires, la promotion de la santé dans les collectivités (programmes de santé communautaire) et les services de protection de la santé pour les Premières nations. Le groupe EJ entre dans le cadre des programmes communautaires de promotion de la santé. Les programmes de santé communautaire offrent une gamme de services et de programmes de santé pour les peuples des Premières nations vivant dans les réserves qui sont semblables à ceux offerts par les

provinces à leurs résidents, ainsi que des programmes ciblés pour les populations à risque semblables à ceux offerts à tous les Canadiens (comme le Programme canadien de nutrition prénatale et les Programme d'aide préscolaire aux Autochtones) par l'intermédiaire de l'Agence de santé publique du Canada.

Selon le CGRR du groupe EJ (Santé Canada, décembre 2006), le mandat de la DGSPNI est le suivant :

- Assurer la disponibilité des programmes et des services de santé et l'accès à ceux-ci;
- Aider les Premières nations à surmonter les obstacles en matière de santé et aux menaces de maladies et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux d'autres Canadiens vivant dans des endroits similaires;
- Établir de solides partenariats avec les Premières nations en vue d'améliorer le système de santé.

Par ailleurs, le CGRR stipule que le rôle stratégique de la DGSPNI est d'améliorer la santé et de réduire les inégalités dans la santé entre les Premières nations et les autres Canadiens, et que les objectifs des activités de la DGSPNI consistent à améliorer la santé, à assurer la disponibilité de services de santé de qualité et l'accès à ceux-ci et d'appuyer un plus grand contrôle du système de santé par les Premières nations. Par conséquent, l'approche stratégique de la DGSPNI cadre avec l'objectif stratégique primordial du gouvernement fédéral et son plan à long terme de transférer les responsabilités de la prestation et de l'administration des programmes de soins de santé aux Premières nations.

Lorsqu'elle a été créée en 2000 (remplaçant la Direction générale des services médicaux de Santé Canada), la DGSPNI a assumé la responsabilité de toute une gamme de programmes particuliers pour la santé des Premières nations et des Inuits, y compris les programmes pour les enfants. Des programmes particuliers avaient été introduits pour répondre aux besoins relevés en matière de santé. Bien que les évaluations de chacun des programmes aient indiqué que ceux-ci répondaient efficacement aux besoins en matière de santé, des organismes centraux fédéraux (y compris le Bureau de la vérificatrice générale du Canada) ont soulevé des questions quant à l'efficacité administrative de toute la gamme des différents programmes et ont réclamé la rationalisation des exigences en matière de rapport pour les Premières nations responsables de la prestation de programmes.

Le processus d'examen des programmes de 2004 et l'introduction de l'architecture des activités de programmes ont permis de passer à une approche plus intégrée dans les programmes communautaires pour lier les activités aux résultats, et la DGSPNI a élaboré un concept d'une approche systémique par la réunion de mécanismes individuels de programmes en « groupes de programmes ». Le groupe EJ réunissait des programmes destinés aux enfants en une stratégie intégrée liée au résultat global d'une santé améliorée pour les jeunes enfants des Premières nations[78].

À compter de 2004, des discussions ont également eu lieu entre les représentants fédéraux et provinciaux et les Premières nations concernant l'intégration des politiques fédérales de la santé aux soins de santé provinciaux afin de créer un système uniforme pour la santé des Premières nations. On se souciait de plus en plus des effets « en aval » pour les services provinciaux de la santé et leur capacité à répondre aux besoins des collectivités des Premières nations en matière de santé et du besoin de mettre en place un système de soins de santé plus intégré. Par conséquent, en juin 2008, Santé Canada a reçu l'approbation pour un mandat visant à négocier de nouveaux accords tripartites pour la poursuite du transfert des responsabilités du système de santé des Premières nations en vertu d'une structure révisée de gouvernance entre les Premières nations et les provinces en vue d'harmoniser les politiques de santé et de transférer des fonds fédéraux pour les soins de santé.

Le premier accord tripartite a été établi en Colombie-Britannique et des négociations sont en cours en 2009 dans d'autres régions. Une fois complétée, la restructuration poursuivra la tendance visant à s'éloigner de la budgétisation par programme unique et des autorisations de financement. D'après les

[78] Fondé sur les entrevues avec les représentants de la DGSPNI.

entrevues auprès des représentants de la DGSPNI, l'approche de groupe de programmes peut être considérée comme une phase dans l'évolution d'une stratégie fédérale intégrée sur la santé pour les Premières nations, et d'autres fusions des responsabilités de programmes dans une structure de programmes regroupés pourraient se produire.

La structure révisée des groupes de programmes communautaires de la DGSPNI a été approuvée en mars 2005 dans les modalités révisées pour la responsabilité des programmes communautaires (Santé Canada, 2005)[79]. Conformément au CGRR du groupe EJ (Santé Canada, 2006), les programmes et services de la DGSPNI ont été rationalisés en 2004 en cinq autorisations de contribution pour appuyer l'atteinte des objectifs généraux de la Direction générale, à savoir :

- Les programmes communautaires;
- La protection de la santé;
- Les soins primaires;
- Les services de santé complémentaires;
- La gouvernance / l'infrastructure de santé.

Parmi les programmes communautaires, trois « groupes » de programmes et de services ont été créés dans le cadre du processus de révision des programmes en 2004. Ces groupes sont :

- Le groupe Enfants et jeunesse (groupe EJ);
- Le groupe Santé mentale et toxicomanie;
- Le groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures.

Le groupe EJ a été créé dans le but de rationaliser et de coordonner les programmes qui sont traditionnellement[80] intégrés au niveau des collectivités des Premières nations pour une approche globale de prestation des programmes, une prestation et une administration simplifiées des programmes et une transparence accrue (CGRR du groupe EJ, 2006). Le CGRR du groupe EJ de 2006 stipule que le groupe EJ a pour but « d'améliorer la santé des membres, des familles et des collectivités des Premières nations sur le plan mental, physique, affectif et spirituel ».

En 2004, le groupe EJ comptait trois programmes : le PAPAR, le PCNP et l'ETCAF[81]. Le Programme de soins de santé maternelle et infantile a été ajouté au groupe EJ par la suite en 2005. Certains des services et des programmes du groupe sont similaires à ceux offerts par les provinces à leurs résidents, bien que les programmes EJ comptent davantage sur des travailleurs formés dans les collectivités que sur des professionnels de la santé. D'autres sont similaires à ceux offerts à d'autres Canadiens par l'entremise de l'Agence de santé publique du Canada, comme le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

---

79 Les modalités pour la responsabilité des programmes communautaires ont été approuvées le 21 mars 2005 et mises à jour par la suite le 31 mai 2005 et le 3 février 2009.

80 Le CGRR définit le terme « holistique » comme « une perspective allant vers un développement sanitaire et social qui tient compte des besoins des personnes, des familles et des collectivités sur le plan spirituel, culturel, physique et social et qui incorpore ceux-ci dans la prestation des soins de santé ».

81 Conformément aux modalités pour la responsabilité des programmes communautaires (Santé Canada, 2005), le groupe EJ comprenait également les interventions en vertu du principe Jordan (pages 6 et 7). Le principe Jordan permet à Santé Canada de financer la prestation de biens et de services aux enfants des Premières nations en cas d'incertitude quant à savoir qui devrait financer ceux-ci.

Les programmes du groupe EJ de la DGSPNI qui sont destinés aux enfants concordent avec l'approche de politique globale de programmes et de services communautaires offerts par les collectivités. Le rôle du gouvernement fédéral, par l'intermédiaire de la DGSPNI de Santé Canada, comprenait la mise en œuvre d'ententes de financement avec les collectivités des Premières nations et inuites et l'attribution de fonds.

Les dispositions de financement en matière de santé dépendent des partenariats pour la prestation des programmes avec les collectivités et les organisations des Premières nations ainsi qu'avec les organisations de santé provinciales-territoriales et autres. Compte tenu des intérêts, des besoins en matière de santé et des capacités variés, la DGSPNI dispose de divers accords pour l'administration et la gestion des programmes et des ressources de santé des collectivités des Premières nations.

Quatre modèles de financement ont été élaborés pour offrir des niveaux souples et variés de contrôle, d'autorité, d'exigences en matière de rapport et de responsabilité. Même si le financement est attribué en fonction des quatre programmes du groupe EJ, au niveau des collectivités, les programmes sont intégrés de façon holistique au moyen de services communautaires offerts dans les collectivités. Dans le cadre de la structure de gouvernance globale, Santé Canada et l'administration centrale de la DGSPNI sont responsables de l'élaboration des politiques et des programmes pour les services compris dans son mandat, alors que les bureaux régionaux de la SPNI sont responsables de la mise en œuvre des programmes et des services en vertu de diverses ententes de financement avec les Premières nations et d'autres organisations.

Les Premières nations sont responsables de la prestation des services et des programmes dans leurs collectivités. Les responsabilités sont définies dans les modalités des accords de contribution avec les Premières nations concernées. Les exigences en matière de rapport et de responsabilité associées aux attributions de fonds peuvent varier selon la définition qui en est donnée dans ces accords. Toutefois, la DGSPNI assume la responsabilité globale pour les exigences en matière de rapport et de responsabilité quant à l'utilisation des fonds fédéraux pour les divers programmes et les différentes activités.

Les différences dans les dépenses régionales de la DGSPNI résultent de plusieurs facteurs tels que la distribution de la population des Premières nations, le nombre de réserves dans chaque région, l'éloignement et l'isolement des collectivités, l'état de santé de la population ainsi que les dispositions légales et intergouvernementales en place. Les ententes de financement varient également selon le programme EJ. Dans certains cas, comme dans le cas du Programme de soins de santé maternelle et infantile, les attributions de fonds sont faites en fonction des projets ou des propositions. Dans d'autres cas, les fonds peuvent être attribués par habitant pour certaines régions (p. ex. PCNP).

Le groupe EJ cadre avec les responsabilités globales du gouvernement fédéral en relation avec la Politique sur la santé des Indiens et les développements subséquents dans l'évolution des rôles des gouvernements et des Premières nations. Ces responsabilités dans le domaine de la santé ont été reconnues à plusieurs reprises par toutes les parties. De plus, le gouvernement fédéral et les Premières nations ont tous deux reconnu que les besoins des enfants en matière de santé constituaient une priorité en ce qui concerne les stratégies de développement de la petite enfance, de même que la santé et le bien-être selon une approche holistique.

La DGSPNI de Santé Canada offre des programmes destinés aux enfants au moyen d'un modèle communautaire qui permet aux Premières nations d'adapter les services en matière de santé aux besoins de leurs collectivités. Abstraction faite du rôle grandissant des Premières nations dans la planification et la prestation des programmes de santé, le gouvernement fédéral continue d'assumer un rôle en ce qui concerne la gouvernance et les responsabilités globales liées au financement des programmes en vertu des divers modèles de financement. Dans les années à venir, les rôles et les responsabilités des diverses parties dans le domaine de la santé devraient continuer d'évoluer avec l'élaboration d'accords tripartites.

Le groupe EJ est clairement lié au rôle et au mandat principaux du gouvernement fédéral qui sont prescrits dans la Politique sur la santé des Indiens, ainsi qu'au rôle stratégique de la DGSPNI qui est d'aider les Premières nations à améliorer leur santé. L'approche de « groupe » a permis de rationaliser l'approche « programme par programme » utilisée dans le passé et a ouvert la voie à une plus grande harmonisation des stratégies sur la santé des enfants, avec un rôle fédéral en baisse dans les « programmes » et une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds fédéraux pour les groupes de programmes.

6.2.1. Constatations sur la nature du rôle fédéral

Constatations 9
Sous-question d'évaluation P3.2

Les constatations détaillées quant à la pertinence du groupe EJ par rapport aux principaux rôles du gouvernement sont les suivantes :

- Le groupe EJ, qui fait partie des programmes communautaires de la DGSPNI, est administré de façon à contribuer au mandat global de la DGSPNI d'aider les Premières nations à surmonter les obstacles en matière de santé et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens.
- L'évolution du groupe EJ intégré depuis 2005 concorde avec les tendances à plus long terme vers le transfert des responsabilités en matière de prestation et l'établissement d'accords tripartites pour la prestation des soins de santé aux Premières nations.

6.3. Résumé des principales constatations, P3

Question d'évaluation
P3. Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?

Les principales constatations à la question d'évaluation P3 ont été élaborées à l'aide des constatations détaillées pour les sous-questions d'évaluation P3.1 et P3.2 et sont présentées ci-après.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION P3

Les principales constatations concernant le groupe EJ et le rôle et les priorités du gouvernement fédéral sont les suivantes :

- Le groupe EJ est approprié au gouvernement fédéral et au rôle fédéral essentiel de satisfaire aux besoins en matière de santé des Premières nations. Les différentes composantes de programme et le groupe EJ vont de pair avec l'objectif de la Politique sur la santé des Indiens et les rôles du gouvernement fédéral en matière de santé publique et de promotion de la santé. Le gouvernement fédéral poursuit la mise en œuvre du plan à long terme visant à transférer les responsabilités pour la prestation et l'administration des programmes de soins de santé aux Premières nations.
- Le groupe EJ, qui fait partie des programmes communautaires de la DGSPNI, est administré de façon à contribuer au mandat global de la DGSPNI d'aider les Premières nations à surmonter les obstacles en matière de santé et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens en établissant des partenariats solides avec les Premières nations en vue d'améliorer le système de santé. L'évolution du groupe EJ depuis 2005 concorde avec les tendances à plus long terme vers le transfert des responsabilités en matière de prestation et l'établissement d'accords tripartites pour la prestation des soins de santé aux Premières nations.

Section 7. EFFICACITÉ POUR CE QUI EST DE SATISFAIRE AUX BESOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ

Cette section présente l'analyse et les constatations pour la quatrième des huit questions d'évaluation.

Tableau 27 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures soutien en matière de santé infantile?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Pour répondre à la question d'évaluation E1, on a tenu compte de la mesure dans laquelle le groupe EJ dans son ensemble pouvait satisfaire à différents besoins en matière de santé. Les facteurs considérés ont été la participation aux programmes EJ, l'accès aux services, la qualité des programmes EJ et leur efficacité en ce qui concerne la sensibilisation aux saines habitudes et l'adoption de ces habitudes. L'évaluation n'a pas tenu compte de la contribution individuelle des différents programmes du groupe EJ.

Les données présentées dans toutes les sections suivantes concernant les questions d'évaluation de l'efficacité proviennent des sondages menés pour cette évaluation. Les données tirées du sondage auprès du personnel des collectivités et du sondage auprès des participants aux programmes comprennent l'information des répondants des 37 collectivités visitées sur place, tel que mentionné dans l'introduction du présent rapport d'évaluation. Les limites que présentent ces données ont été abordées à la section 3 concernant la méthodologie de l'évaluation.

Il est à noter que ces données ne peuvent pas s'appliquer de façon générale à toutes les collectivités des Premières nations, mais elles illustrent le point de vue du personnel des collectivités et des participants aux programmes parmi les 37 collectivités visitées dans le cadre de cette étude d'évaluation. C'est pourquoi, dans tous les tableaux et les figures, les données désignées comme provenant du « personnel des collectivités » et des « participants aux programmes » proviennent en fait des répondants aux sondages menés dans les 37 collectivités, tel qu'il est mentionné précédemment dans le rapport.

7.1. Participation aux programmes EJ (E1.1)

Tableau 28 : Sous-question d'évaluation E1.1

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E1. Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?	**E1.1** Est-ce que la participation de membres des PN aux programmes et aux mesures de soutien relatives aux programmes EJ a augmenté?

Pour les besoins de l'évaluation, la ***participation a été définie comme la proportion de la population admissible qui utilise un programme ou un service***. Il est à noter que les définitions de « population admissible » ont une incidence sur les taux de participation. Puisque certains des programmes EJ ciblent des groupes « à risque », il est difficile de déterminer l'ampleur de la population ciblée par les programmes. Par conséquent, les « hausses de participation » sont habituellement mesurées en fonction du nombre absolu (total) de participants. Avec les augmentations du financement pour les programmes EJ durant la période d'évaluation (pour l'expansion du PSSMI et du PAPAR), on peut s'attendre à ce que le nombre de participants augmente aussi dans les collectivités qui reçoivent des fonds supplémentaires comparativement aux années précédentes.

Le système de rapports sur le rendement des programmes de la DGSPNI génère des données sur la participation aux programmes EJ pour les rapports sur le rendement du groupe EJ. Le rapport de 2008 sur le rendement du groupe EJ pour les années 2004-2005 à 2006-2007 a fourni des données sur les nombres de participants aux programmes EJ. Toutefois, le rapport indique que la portée des données varie d'année en année, et que les tendances dans les taux de participation sont difficiles à déterminer. Il importe également de noter que les bandes auxquelles les responsabilités ont été transférées n'étaient pas tenues de rendre compte de chacune des activités de programmes en vertu de leurs ententes de contribution sous

l'ancien système de reddition de comptes; elles sont maintenant tenues d'en rendre compte[82]. Compte tenu des défis que pose la mesure des taux de participation, les données recueillies dans le cadre des sondages auprès du personnel de la DGSPNI et des collectivités sur les tendances dans les taux de participation aux programmes du groupe EJ ont été utilisées pour la présente évaluation.

Il est à noter que la participation est étroitement liée à la « capacité » globale des programmes, c'est-à-dire le nombre de mères ou d'enfants auxquels les services et les mesures de soutien peuvent être offerts avec le personnel et les ressources disponibles. Tous les programmes liés aux ressources humaines ont des capacités limitées en raison des niveaux de financement et de dotation en personnel auxquels ils ont droit en vertu d'un modèle de service donné. Les limites de capacité sont abordées plus loin, et les données d'évaluation indiquent que certains ou l'ensemble des programmes fonctionnent à pleine capacité dans une majorité des collectivités sondées pour la présente évaluation. Dans ces cas, il peut être difficile d'augmenter la capacité des programmes et la participation à ceux-ci sans réduire les niveaux de services offerts à chacun des participants. Tel qu'il est mentionné à la section 4.2.2, le personnel des collectivités a révélé que les « pénuries dans les effectifs » constituaient le principal obstacle pour l'accès aux services dans leurs collectivités et qu'elles avaient également une incidence sur la « qualité » des services, tel qu'il est expliqué à la section 4.2.3.

Les sondages auprès du personnel de la DGSPNI et des collectivités comprenaient trois indicateurs des tendances dans la participation aux programmes EJ, à savoir les taux de participation, les demandes de service et les programmes à leur capacité de fonctionnement, comme le montre le **Tableau** 29.

Tableau 29 : Résumé des indicateurs de la participation aux programmes EJ

Indicateurs clés	% du personnel de la DGSPNI (n = 23)	% du personnel des collectivités ** (n =118)
Les taux de participation aux programmes EJ ont augmenté au cours des 5 dernières années : % Entièrement d'accord/D'accord	72 % *	S.O.
Nombre de demandes de services EJ : A augmenté au cours des 5 dernières années Est sensiblement le même A diminué	S.O.	73,6 % 26,4 % 0
Programmes EJ à pleine capacité : Tous les programmes Certains programmes Aucun programme	S.O.	19,2 % 55,8 % 25,0 %

Sources : Sondage auprès du personnel de la DGSPNI et des collectivités, 2009.

Notes : * 40 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit ne pas savoir. Ce pourcentage est fondé sur le 60 p. 100 du personnel de la DGSPNI qui a répondu au sondage.

** Pourcentages des réponses du personnel des 37 collectivités sondées.

Ces données indiquent ce qui suit :

- **Taux de participation accru aux programmes EJ au cours des cinq dernières années :** Au niveau de l'ensemble du groupe EJ, 72 p. 100 du personnel de la DGSPNI est d'avis que les taux ont augmenté au cours des cinq dernières années. Toutefois, certains ont indiqué qu'il n'y avait pas assez de mesures pour bien évaluer la participation.

[82] La DGSPNI dispose de différents accords de contribution qui servent de véhicule pour l'administration et la gestion des programmes et des services de santé des Premières nations. Ces accords font partie de l'orientation stratégique visant à transférer les responsabilités des programmes aux Premières nations.

- **Nombre accru de demandes de services EJ dans les collectivités :** Dans les collectivités sondées, 73,6 p. 100 du personnel des collectivités a dit recevoir plus de demandes de services maintenant qu'il y a cinq ans. Ces données peuvent représenter une augmentation dans les demandes de services et de soutien EJ dans de nombreuses collectivités au cours des dernières années.
- **Capacité des programmes EJ dans les collectivités :** Dans les collectivités sondées, 19,2 p. 100 du personnel des collectivités a dit que tous les programmes fonctionnaient à pleine capacité alors que 55,8 p. 100 a dit que certains programmes fonctionnaient à pleine capacité et 25 p. 100 a dit que tous les programmes pourraient accueillir un plus grand nombre de participants. Ces données indiquent que, dans les trois quarts des collectivités, les programmes EJ existants ont une capacité limitée d'accueillir un plus grand nombre de clients et de donner lieu à une augmentation des taux de participation dans ces collectivités.

Il est à noter que pour l'ensemble du groupe et dans certaines collectivités, des nouveaux programmes et des fonds supplémentaires ont été attribués, ce qui aurait contribué à la hausse des taux de participation. Toutefois, les taux de participation sont en fonction de l'offre et de la demande de services, et le rapport entre la croissance démographique et les niveaux de financement n'a pas pu être déterminé en raison du manque de données.

La possibilité d'accroître les taux de participation au sein des programmes existants est en fonction des ressources disponibles et de la qualité et de l'étendue des services offerts aux participants. Les réponses du personnel de la DGSPNI et des collectivités indiquent que les fonds et les capacités existantes dont disposent les programmes ne sont pas suffisants pour combler une plus forte demande pour des services ni des volumes accrus de besoins à satisfaire en raison de la croissance démographique. De plus, tel qu'il a été mentionné précédemment dans le présent rapport, 33,9 p. 100 des Premières nations ont obtenu des fonds pour tous les programmes EJ en 2009. Par conséquent, on ne peut tenir compte que des taux de participation aux programmes offerts dans chacune des collectivités prises individuellement. Tel qu'il est indiqué à la section 7.2 ci-dessous, 66,1 p. 100 des participants qui ont répondu au sondage dans les 37 collectivités ont dit que les services dont ils avaient besoin étaient offerts dans leurs collectivités.

Constatations 10
Sous-question d'évaluation E1.1

Les constatations détaillées sur les taux de participation aux programmes EJ sont les suivantes :

- Les données disponibles semblent indiquer que les taux de participation aux programmes EJ ont augmenté au cours des cinq dernières années, principalement en raison du financement accru;
- La capacité des programmes offerts dans les collectivités à favoriser une hausse des taux de participation semble être limitée en raison des manques de ressources humaines, d'espace et de financement.
- Il faudrait procéder à de plus amples recherches afin de quantifier les manques dans la capacité des programmes à répondre à la demande en vue de toucher le groupe visé ou les populations admissibles.

7.2. Accès aux programmes EJ (E1.2)

Tableau 30 : Sous-question d'évaluation E1.2

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E1. Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?	**E1.2** Est-ce que la qualité des programmes et des mesures de soutien relatives aux programmes EJ s'est améliorée?

La capacité des clients à participer aux programmes EJ dépend de divers facteurs qui peuvent être perçus comme des obstacles à l'accès aux services. Les sondages de l'évaluation ont permis de faire l'examen des obstacles à l'accès aux programmes EJ et de voir comment ceux-ci changent selon le personnel de la DGSPNI, le personnel des collectivités et les participants eux-mêmes.

Comme l'indique la définition suivante, les contraintes financières et la capacité d'offrir les services n'ont pas été définis comme des critères ayant une incidence sur l'accès aux services. *L'« accès » a été défini comme la facilité avec laquelle les services peuvent être utilisés par la population (c.-à-d. que les gens n'ont pas de problèmes de transport pour obtenir les services, qu'il n'y a pas de période d'attente, que les services sont disponibles lorsque les gens veulent les utiliser et que les services peuvent être adaptés à leurs besoins spéciaux, s'ils en ont. Les obstacles à l'accès ont été définis comme le transport, les listes d'attente, les heures de service et l'adaptation aux besoins spéciaux, lorsque ceux-ci ont une incidence sur l'utilisation des services par la population).*

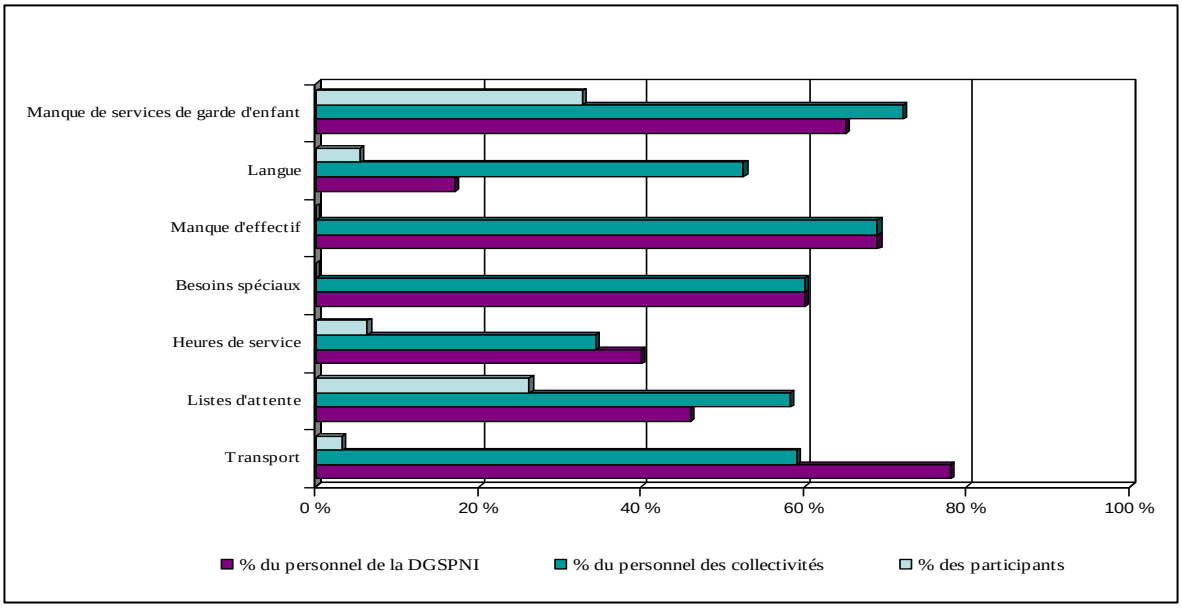
La figure 3 à la page suivante résume les résultats de l'évaluation des différents types d'obstacles à l'accès qui ont été établis à partir des trois sondages réalisés. Les répondants à chacun des trois sondages ont pu répondre à plusieurs questions (c.-à-d. qu'on leur a demandé d'évaluer chacun des éléments considérés comme un obstacle). Le « manque d'effectif » et les « besoins spéciaux » ne faisaient pas partie des obstacles sur lesquels les participants aux programmes ont eu à se prononcer.

Les principales constatations tirées des données de sondage ont été les suivantes :

- **Les obstacles les plus souvent signalés** comme ayant une incidence sur les programmes et les services EJ ont été le transport, le manque d'effectif et le manque de services de garde d'enfants. L'obstacle le plus souvent mentionné par le personnel des la DGSPNI a été les problèmes de transport (78 p. 100 du personnel de la DGSPNI). Le manque d'effectif (68,8 p. 100), le manque de services de garde d'enfants (71,2 p. 100) et le transport (59,1 p. 100) ont été les trois principaux obstacles mentionnés par le personnel des collectivités. Les participants ont le plus souvent désigné le manque de services de garde d'enfants (32,7 p. 100) comme le principal obstacle, et seulement 3,1 p. 100 ont dit que le transport constituait un obstacle.
- Les listes d'attente ont été désignées comme un obstacle par 58,3 p. 100 du personnel des collectivités et 40 p. 100 du personnel de la DGSPNI[83]. Pour ce qui est du sondage auprès des participants, 26,6 p. 100 de ces derniers ont dit avoir été placés sur une liste d'attente, le plus souvent pour les services du PAPAR. De ceux-ci, 40,8 p. 100 ont dit avoir attendu moins d'un mois et 38,8 p. 100 de un à trois mois, alors que 20,4 p. 100 ont dit qu'ils attendaient toujours.

[83] En règle générale, les listes d'attente ne constituent pas un bon indicateur de la demande en services en raison des différentes utilisations que peuvent en faire les fournisseurs de services (s'ils les utilisent), de la fréquence à laquelle elles sont mises à jour et de la possibilité que les demandeurs puissent se retrouver sur plusieurs listes.

Figure 3
Résultats de l'évaluation des obstacles à l'accès aux services



- La disponibilité des services dans une langue des Premières nations a été considérée comme un obstacle à l'accès par 17 p. 100 du personnel de la DGSPNI et 52,4 p. 100 du personnel des collectivités dans les collectivités sondées. D'autre part, seulement 5,4 p. 100 des participants aux programmes ont dit que les services n'étaient pas offerts dans leur langue. Parmi les répondants au sondage auprès des participants aux programmes, 55 p. 100 ont dit parler ou comprendre la langue de leur Première nation, et 40 p. 100 de ceux-ci ont dit utiliser leur langue avec leurs enfants. Par conséquent, la disponibilité des services dans une langue des Premières nations peut être un obstacle pour certains membres d'une collectivité, mais pas pour d'autres.
- **Les participants aux programmes EJ ont le plus souvent désigné le manque de services de garde d'enfants (32,7 p. 100) comme le principal obstacle aux service**s[84]. Quelques membres du personnel des collectivités ont relevé des difficultés lorsque leurs programmes ont été élargis et ont indiqué que les programmes de garde de jour ne comptaient pas suffisamment de places à temps plein, ou dans certains cas, que des services de garde de jour n'étaient pas offerts pour les enfants en bas âge (de moins d'un an). Seulement 3,1 p. 100 des participants ont dit que le transport constituait un obstacle pour eux, ce qui est de beaucoup inférieur aux résultats obtenus auprès du personnel des collectivités et de la DGSPNI. La divergence entre ces deux résultats peut vouloir dire que les participants aux programmes ont eu recours à d'autres services offerts dans leur collectivité ou à leurs parents ou amis pour régler eux-mêmes leurs problèmes de transport. Dans les commentaires formulés au cours des sondages, certains participants ont indiqué qu'ils faisaient appel à d'autres personnes pour les transporter en vue d'avoir accès aux services. Le manque de services requis dans les collectivités a été relevé par 33,9 p. 100 des participants sondés, et 66 p. 100 de ceux-ci ont dit qu'ils avaient été dirigés ailleurs pour obtenir les services dont ils avaient besoin.

[84] Ces données ne concernent que les participants qui ont effectivement eu recours aux programmes EJ. On ne dispose pas de données sur d'autres participants potentiels qui pourraient ne pas avoir été en mesure d'obtenir des services pour quelque raison que ce soit, y compris les obstacles relevés dans ces sondages. Néanmoins, ces données provenant des participants dénotent certaines des difficultés que peut poser l'utilisation des services dans les collectivités.

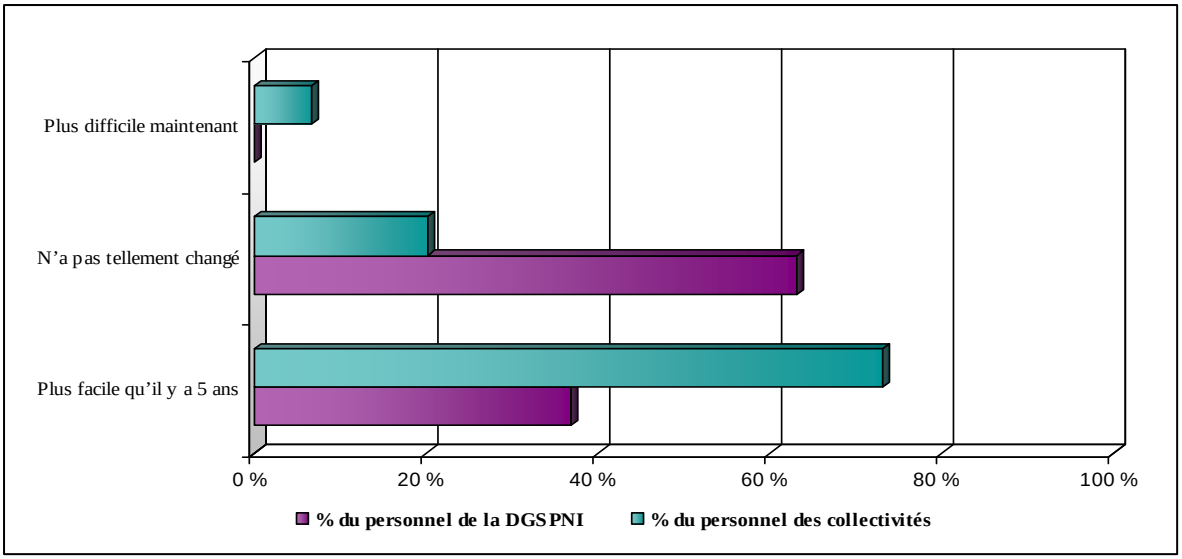
- **Les services pour des besoins spéciaux ont été relevés comme un besoin non satisfait.** Au cours des trois sondages, des commentaires précis ont été faits à propos du manque de services pour aider les enfants ayant des besoins spéciaux. Au niveau du groupe de programmes, 68 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit qu'il y avait un manque de soutien pour les enfants ayant des besoins spéciaux. Dans les collectivités, 60 p. 100 des membres du personnel des collectivités questionnés ont désigné le manque de services liés aux besoins spéciaux comme un obstacle. Les membres du personnel de la DGSPNI et des collectivités ont fait mention du manque de ressources pour fournir le niveau d'aide supplémentaire nécessaire en vue de répondre aux besoins spéciaux au-delà de ce que permettent les services « réguliers » offerts par le biais des programmes EJ. Dans le sondage auprès des participants, 6,8 p. 100 des répondants dont les enfants vivent avec des besoins spéciaux ont mentionné qu'il y avait un manque de services pour ceux-ci.
    - Dans des commentaires recueillis au cours du sondage, les parents ont mentionné avoir besoin de soutien et de conseils sur la façon de prendre soin des enfants atteints d'autisme et de services de relève.
    - Les parents qui ont mentionné être « en attente de services » ont le plus souvent indiqué qu'ils attendaient pour les services d'un médecin ou d'autres spécialistes (y compris les orthophonistes). La plupart des « renvois » faits lorsque des services n'étaient pas disponibles dans la collectivité concernaient divers types de spécialistes.

Il est à noter que le personnel des collectivités répondait au manque de services spécialisés dans leur collectivité et non aux proportions d'enfants qui doivent faire face à ces difficultés. Bien que le nombre d'enfants vivant avec des besoins spéciaux soit moindre dans certaines collectivités, ces besoins des enfants et de leurs parents sont énormes et obligent souvent ces derniers à voyager pour se rendre à un plus grand centre en vue de consulter des spécialistes. La présente évaluation n'avait pas pour but de « quantifier » la proportion d'enfants et de familles qui ont des enfants qui vivent avec des besoins spéciaux.

Dans l'ensemble, ces données semblent indiquer qu'il y a des obstacles à avoir accès aux programmes EJ dans certaines collectivités et pour certains participants aux programmes. Certains programmes, EJ et autres, offrent du soutien afin de permettre aux participants de surmonter certains obstacles particuliers comme le transport et la garde d'enfants. Il n'est pas possible de déterminer quels sont les effets de ces obstacles sur la participation de certains clients admissibles parce qu'on ne dispose pas de suffisamment de mesures concernant ces effets.

Bien que des obstacles à l'accès aient été signalés, les données de sondage indiquent que l'accès aux services s'est amélioré au cours des cinq dernières années, comme le montre la figure 4 ci-après.

Figure 4
Amélioration de l'accès aux services au cours des cinq dernières années



Au niveau de l'ensemble du groupe, 37 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit qu'il était plus facile maintenant qu'il y a cinq ans pour les mères et les enfants d'obtenir les services dont ils ont besoin. De plus, au niveau des collectivités sondées, 73,1 p. 100 du personnel dans ces collectivités a dit qu'il était plus facile maintenant qu'il y a cinq ans pour les participants d'obtenir les services dont ils ont besoin.

D'autre part, 63 p. 100 du personnel de la DGSPNI et 20,2 p. 100 du personnel des collectivités ont dit que l'accès aux services n'a pas tellement changé par rapport à il y a cinq ans. Alors qu'aucun des membres du personnel de la DGSPNI n'a dit que c'était plus difficile, le personnel des collectivités, lui, a dit à 6,7 p 100 que c'était plus difficile maintenant qu'il y a cinq ans pour les participants d'obtenir les services dont ils ont besoin.

7.2.1. Constatations sur l'accès aux programmes du groupe EJ

Constatations 11
Sous-question d'évaluation E1.2

Les constatations détaillées concernant l'accès aux programmes du groupe EJ sont les suivantes :

- L'accès aux programmes EJ s'est amélioré de façon générale et dans certaines collectivités au cours des cinq dernières années, il est donc plus facile pour les mères et les enfants d'obtenir les services dont ils ont besoin.
- Selon ces données, les obstacles à l'accès qui subsistent concernent le transport, les services de garde d'enfants et les niveaux de dotation en personnel dans les collectivités, et pour les participants, le principal obstacle signalé a été le manque de services de garde d'enfant.
- Le personnel de la DGSPNI et le personnel des collectivités ont désigné le manque de services pour les enfants ayant des besoins spéciaux comme une importante source de préoccupation. Bien que le nombre d'enfants vivant avec des besoins spéciaux soit moindre dans certaines collectivités, la gravité de leurs besoins et les difficultés que pose l'accès à des services spécialisés dans un grand centre peuvent constituer des obstacles majeurs pour les familles concernées.
- Des recherches plus approfondies devront être effectuées pour quantifier les problèmes liés aux besoins spéciaux et au niveau de services qui serait requis.

7.3. Qualité des programmes EJ (E1.3)

Tableau 31 : Sous-question d'évaluation E1.3

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E1. Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?	**E1.3** Les programmes et les mesures de soutien relatives aux programmes EJ sont-ils de qualité?

Quatre sources d'information ont été utilisées pour évaluer la « qualité » des programmes et des mesures de soutien offerts aux personnes ayant recours au groupe EJ, à savoir :

- **Sondage du personnel de la DGSPNI** : classements de la « qualité » du groupe EJ dans son ensemble définie comme une norme de prestation des services qui est basée sur des pratiques reconnues de la DGSPNI de Santé Canada ou des normes ou des lignes directrices provinciales comme des normes opérationnelles pour les ratios enfant-personnel, des normes et des lignes directrices alimentaires, etc. Dans certains cas, les normes de service reconnues peuvent être liées à l'accréditation professionnelle.
- **Sondage du personnel des collectivités :** classements de la prestation des services aux clients au niveau communautaire en fonction d'indicateurs comme la capacité de répondre, la fréquence des rencontres et le temps passé avec les clients et l'aide à l'aiguillage des clients vers les services requis.
- **Sondage des participants :** classements basés sur le niveau de satisfaction des participants à l'égard des services qui leur sont fournis dans leurs collectivités.
- **Formation et expérience du personnel chargé de la prestation dans les collectivités :** information sur les compétences des membres du personnel et le laps de temps pendant lequel ils ont travaillé à la prestation des programmes EJ dans les collectivités.

Ces quatre sources d'information touchent différents aspects de la « qualité » en général sous différentes perspectives et offrent une série complémentaire d'indicateurs pour cette sous-question d'évaluation.

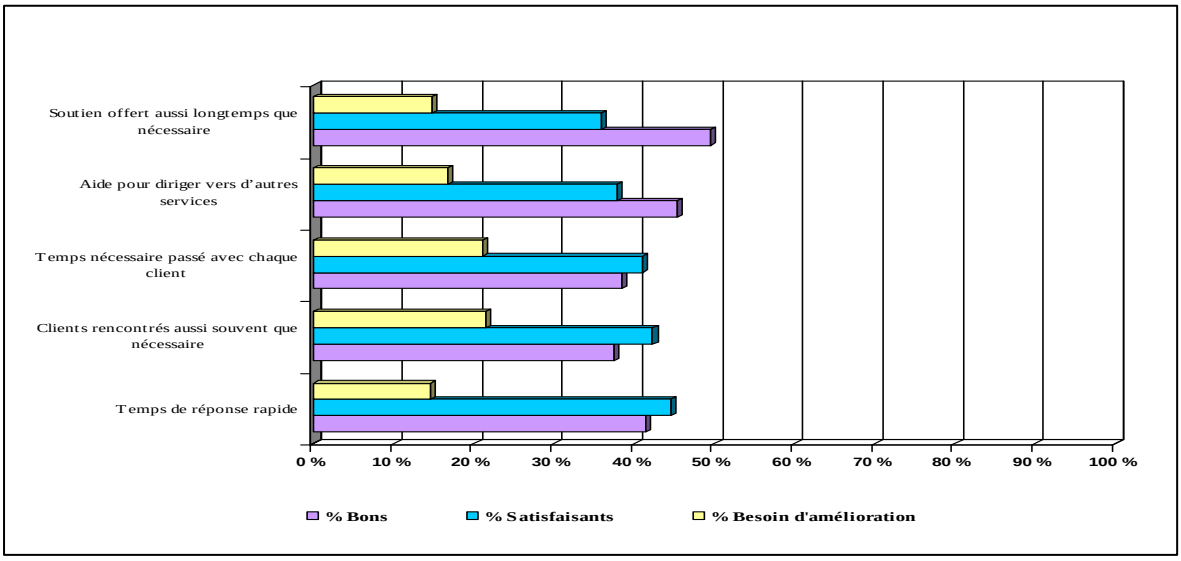
Les résultats du classement de la qualité du groupe EJ dans son ensemble par le personnel national et régional de la DGSPNI sont les suivants :

- Environ la moitié du personnel sondé de la DGSPNI (56 p. 100) a dit que le groupe EJ, dans l'ensemble, offrait des programmes et des services de qualité.
- On soulignait dans les commentaires du sondage auprès du personnel de la DGSPNI qu'il y avait des défis de nature pratique dans la prestation des programmes et des services dans certaines collectivités, comme le manque d'espace, d'installations et de matériel pour pouvoir offrir les programmes avec les fonds disponibles. Dans certains cas, il a été noté que le partage des effectifs et d'autres ressources a permis aux collectivités de fournir les services de façon plus efficace et rentable. Toutefois, il n'y a pas toujours eu suffisamment de fonds pour assurer une prestation efficiente des programmes, et les possibilités d'obtenir du financement supplémentaire de la part d'autres sources sont limitées.
- D'autres commentaires ont porté sur l'importance de la planification de la santé communautaire pour répondre aux besoins des collectivités en matière de santé ainsi que sur l'accès à d'autres services près d'un bon nombre des Premières nations où les clients pouvaient être dirigés en vue

d'obtenir d'autres services nécessaires. En ce qui concerne l'ETCAF et d'autres problèmes de santé, le manque de services de diagnostic a été désigné comme un obstacle pouvant mener à de longues périodes d'attente pour de nombreuses familles et d'enfants avant qu'on puisse déterminer quels sont leurs besoins en matière de santé. Certaines personnes ont mentionné que des outils spéciaux de dépistage et de diagnostic seraient requis pour déterminer les besoins des clients en matière de santé.

Les classements de la qualité des services au niveau communautaire, qui ont été fondés sur les réponses au sondage mené auprès du personnel travaillant dans les 37 collectivités sondées, sont présentés à la figure 5. Dans le cadre de ce sondage, on a demandé aux membres du personnel d'indiquer s'ils croyaient que leurs services étaient « bons », « satisfaisants » ou s'ils avaient « besoin d'amélioration ».

Figure 5
Classements de la qualité des services par le personnel des collectivités



Les normes de services décrites dans les questions de sondage comprennent les critères suivants :

- Répondre rapidement aux besoins en matière de santé ou aux situations de crise des clients;
- Rencontrer les clients aussi souvent que nécessaire;
- Prendre le temps nécessaire avec chaque client;
- Aider le client à obtenir d'autres services (des programmes EJ et d'autres programmes);
- Fournir un soutien aussi longtemps que les clients en ont besoin.

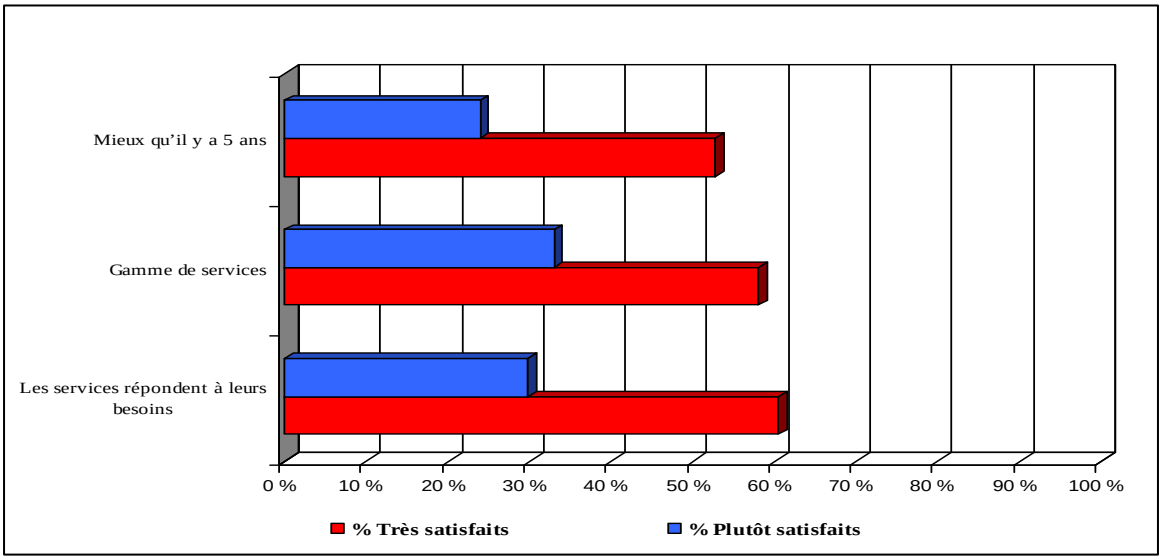
Les principales constatations qui ont été tirées en fonction de ces critères sont :

- Les services ont été jugés « bons » ou « satisfaisants » par environ 80 p. 100 du personnel des collectivités;
- Les domaines les plus souvent désignés comme nécessitant des améliorations ont été : « rencontrer chaque client aussi souvent que nécessaire » et « prendre le temps nécessaire avec chaque client ». Ces deux indicateurs sont liés au niveau de ressources humaines disponible, et concordent avec les réponses du personnel des collectivités concernant les obstacles à l'accès aux services mentionnés dans la section précédente. La pénurie de ressources humaines a été désignée comme le principal obstacle à l'accès aux services par 68 p. 100 du personnel des collectivités.

La satisfaction des participants à l'égard des services reçus est un autre indicateur de la qualité des services (du point de vue de l'utilisateur). Les données tirées du sondage auprès des participants comprennent trois indicateurs, comme le montre la figure 6 ci-dessous, et révèlent que :

- 89,7 p. 100 étaient très satisfaits ou plutôt satisfaits de l'efficacité avec laquelle les programmes répondent aux besoins en matière de santé;
- 91 p. 100 étaient très satisfaits ou plutôt satisfaits de la gamme de services offerts aux mères et aux enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge de 5 ans;
- 75,9 p. 100 ont dit qu'il y avait un meilleur choix de services maintenant que dans le passé.

Figure 6
Taux de satisfaction des participants



Ces taux concordent avec les hauts niveaux de satisfaction des clients à l'égard des services relevés dans les sondages de la satisfaction (généralement dans une proportion de 85 à 90 p. 100). Différents facteurs ont une incidence sur les niveaux de satisfaction, et ces données devraient être utilisées conjointement avec d'autres mesures[85].

L'évaluation a également tenu compte de la dotation en personnel comme un facteur ayant une incidence sur la prestation de programmes et de services de qualité. Dans le sondage auprès du personnel de la DGSPNI, bon nombre de répondants ont désigné les problèmes liés à la dotation en personnel, comme le manque de personnel formé qui possède les compétences requises, le roulement des effectifs et les interruptions dans le financement, comme des facteurs ayant une incidence sur la capacité de prestation au niveau communautaire. Par contre, certains ont indiqué que, dans les collectivités où des ententes de collaboration avaient été établies entre le personnel des différents programmes, les services offerts étaient de meilleure qualité. Le sondage auprès du personnel des collectivités a permis de recueillir de l'information sur les compétences et l'expérience du personnel dans les différents domaines des programmes destinés aux enfants en fonction des trois indicateurs suivants :

[85] Les méthodologies de recherche des sondages révèlent que les facteurs pourraient comprendre : les préoccupations des clients concernant la continuation des services ou le besoin de services dans l'avenir, la fidélité au personnel chargé de la prestation des services, les listes d'attente pour avoir accès aux services, etc. Ces données ne devraient pas être interprétées comme si elles voulaient dire que tous les besoins des clients sont effectivement satisfaits.

- **Nombre d'années d'expérience au sein des programmes EJ :** plus de la moitié (53,2 p. 100) du personnel des collectivités sondées avait travaillé aux programmes durant plus de 5 ans, 19,8 p. 100 de 3 à 5 ans, 19,8 p. 100 de 1 à 2 ans et 7,2 p. 100 pendant moins de 1 an[86].
- **Période de temps travaillé aux programmes EJ** (c.-à-d. temps pendant lequel le personnel travaille à temps partiel ou à temps plein aux programmes) : 35,1 p. 100 du personnel travaillait aux programmes EJ plus de 75 p. 100 du temps, alors que 31,5 p. 100 travaillait à temps partiel (c.-à-d. moins de la moitié du temps). Des variations liées à la taille des collectivités sont également liées au niveau de financement disponible pour les programmes, à savoir, les plus petites collectivités sont moins susceptibles de pouvoir affecter du personnel à temps plein à un programme particulier.
- **Compétences liées aux programmes EJ :** les deux tiers du personnel ont dit posséder une certaine formation de qualification professionnelle, y compris dans les domaines des soins infirmiers (23,3 p. 100), de la garde d'enfants (30,2 p. 100), du travail social (8,5 p. 100) et de l'éducation (10,3 p. 100). Près du tiers (31 p. 100) a dit avoir des compétences professionnelles dans plus d'un domaine.

Ces données tirées des visites sur place dans les collectivités semblent indiquer que le personnel chargé de la prestation des programmes a l'expérience requise, travaille majoritairement à temps plein aux programmes, et la majorité possède les compétences liées aux programmes offerts. Une étude plus approfondie a été menée par la DGSPNI pour évaluer de façon indépendante les niveaux de formation se rapportant précisément aux domaines des programmes EJ, et les constatations de cette étude sont résumées à la section 10 du présent rapport d'évaluation.

Pour terminer, un autre aspect de la pertinence des programmes EJ est la mesure dans laquelle ils intègrent des approches appropriées à la culture (comme l'utilisation d'activités, de matériel et de processus qui reflètent la langue et la culture des collectivités). Ainsi, 85 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit que les programmes EJ utilisent des approches appropriées à la culture. Dans les collectivités sondées, 45 p. 100 du personnel des collectivités a dit que leurs programmes incorporaient l'enseignement des langues des Premières nations, et 39,3 p. 100 ont dit qu'ils incorporaient les croyances, les valeurs et les enseignements traditionnels. Les données des sondages auprès des participants indiquent que les participants sont mieux sensibilisés aux questions de la culture et des langues, tel qu'il est mentionné dans la section sur la prise de conscience et la mise en pratique des comportements clés.

[86] Il se peut que le personnel ayant moins d'une année d'expérience soit sous-représenté dans ces données, puisque les sondages visaient les membres du personnel qui comptent plus d'une année d'expérience afin qu'ils aient suffisamment de connaissances pour répondre aux questions posées.

7.3.1. Constatations concernant la qualité des programmes EJ

Constatations 12
Sous-question d'évaluation E1.3

Les constatations détaillées sur la qualité des programmes EJ sont les suivantes :

- Le groupe EJ réussit avec passablement d'efficacité à fournir des programmes de qualité.
- Selon les répondants dans les collectivités sondées, les services offerts sont très bien cotés par les personnes qui ont recours aux programmes EJ.
- Le personnel des collectivités sondées possède les compétences nécessaires liées aux programmes offerts, travaille majoritairement à temps plein à ces programmes, et la majorité comptent plusieurs années d'expérience dans ces domaines.
- La prestation d'un niveau adéquat de services de qualité pour satisfaire aux besoins en matière de santé représente un défi pour le personnel des collectivités, surtout en raison des niveaux de dotation disponibles qui sont liés au montant de fonds dont disposent les collectivités.

7.4. Sensibilisation aux saines habitudes de vie (E1.4)

Tableau 32 : Sous-question d'évaluation E1.4

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E1. Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?	**E1.4** La sensibilisation aux saines habitudes de vie, attribuable aux programmes EJ, a-t-elle augmenté chez les participants à ces programmes?

Les programmes EJ ont pour but d'offrir de l'information et du soutien qui peuvent accroître le niveau de sensibilisation aux principaux facteurs qui ont une incidence sur la santé et le développement des enfants et mener à l'adoption d'habitudes plus saines et, à plus long terme, une meilleure santé. Une meilleure compréhension des saines habitudes de vie et une sensibilisation accrue à celles-ci constituent une première étape essentielle, et l'une des principales questions d'évaluation a porté sur la mesure dans laquelle le groupe EJ a permis d'accroître le niveau de sensibilisation aux saines habitudes de vie chez les participants aux programmes[87]. Cette question a été posée dans les 37 collectivités visitées sur place et, tant le personnel des collectivités que les participants, ont été priés de classer la contribution de l'information reçue à la sensibilisation à différentes questions de santé.

Les profils du personnel des collectivités et des participants aux programmes qui ont répondu aux sondages (présentés à la section 3.5) montrent qu'un échantillon varié de répondants liés aux différents types de programmes EJ a été questionné. Au moment des sondages :

- Près de 41 p. 100 des participants étaient inscrits au PAPAR;
- Près de 47 p. 100 avaient recours au PCNP;
- 31 p. 100 participaient au PSSMI;

[87] Il est connu que l'information est diffusée à partir d'une vaste gamme de sources outre les programmes EJ. Afin d'évaluer le lien entre la sensibilisation accrue et les programmes EJ, on a interrogé les participants au sujet de la contribution de l'information des programmes à leur compréhension des risques et des questions liées à la santé. Les méthodes d'évaluation ne comprenaient pas la comparaison de groupes témoins.

- 6 p. 100 à l'ETCAF;
- Près de la moitié des participants qui ont répondu ont dit avoir recours aux services de plus d'un programme.

En raison du manque de données sur les nombres de participants aux quatre programmes EJ, il n'a pas été possible d'évaluer la représentativité de ce profil des participants aux programmes qui ont répondu à ce sondage. De même, le personnel des collectivités travaille à différents programmes dans leurs collectivités. Au moment du sondage, 48 p. 100 des répondants travaillaient au sein du PAPAR, 45 p. 100 au PCNP, 44 p. 100 au PSSMI et 24 p. 100 à l'ETCAF. 62 p. 100 du personnel des collectivités a dit travailler à plus d'un des programmes EJ.

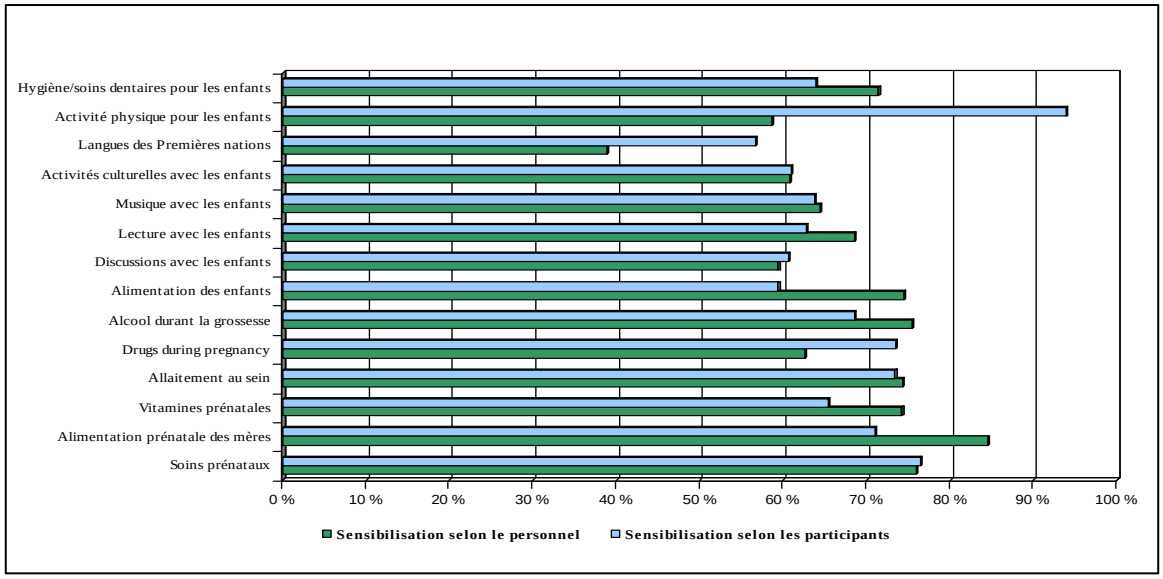
Ces données donnent à penser qu'un échantillon varié de membres du personnel et de participants aux quatre programmes EJ a pris part au sondage et que ceux-ci devraient bien connaître les différents indicateurs du comportement compris dans le sondage, ce qui accroît le niveau de confiance dans les données et l'étendue de la gamme d'indicateurs du comportement.

Les questions de sondage ont été structurées de façon à permettre aux répondants de ne répondre qu'aux questions qui leur étaient pertinentes en indiquant qu'ils ne savaient pas ou qu'ils n'avaient pas reçu d'information à ce sujet. Dans l'analyse, toutes les réponses dans lesquelles on a indiqué qu'on ne savait pas ou qu'on n'avait pas reçu l'information ont été exclues du calcul des résultats.

La figure 7 ci-dessous résume les sensibilisation aux saines habitudes de vie relevés par le personnel de la DGSPNI pour l'évaluation du groupe EJ. On y montre deux mesures de la sensibilisation accrue à des comportements particuliers :

- Classements par le personnel des collectivités de la hausse dans le niveau de sensibilisation des participants aux programmes;
- Classements par les participants de la hausse dans leur propre niveau de sensibilisation.

Figure 7
Sensibilisation accrue aux saines habitudes de vie



Les principales constatations tirées de ces données recueillies auprès du personnel et des participants aux programmes EJ dans les 37 collectivités sondées sont les suivantes :

- La majorité du personnel des collectivités et des participants aux programmes considèrent que les programmes EJ accroissent la sensibilisation à toutes les saines habitudes de vie relevées à titre d'indicateurs. Dans l'ensemble, 60 à 80 p. 100 du personnel des collectivités a noté une hausse dans la plupart des indicateurs de la sensibilisation, et entre 60 et 75 p. 100 des participants ont dit être beaucoup mieux informés dans la majorité des domaines grâce à l'information et au soutien qu'ils reçoivent.
- Les taux de sensibilisation accrue sont plus élevés pour certains indicateurs que pour d'autres. Les plus hauts taux au niveau du personnel des collectivités (84,5 p. 100) ont été obtenus pour l'alimentation prénatale des mères et les soins prénataux (76 p. 100). Chez les participants, les plus hauts taux ont été obtenus pour l'activité physique pour les enfants (93,9 p. 100), l'allaitement au sein (73,4 p. 100) et la consommation de drogues durant la grossesse (73,5 p. 100).
- Les taux les plus faibles sont allés aux langues des Premières nations (38,9 p. 100 du personnel des collectivités et 56,7 p. 100 des participants). Les prochains taux les plus faibles d'après le personnel des collectivités ont été obtenus pour l'activité physique (58,7 p. 100) et les discussions avec les enfants (59,4 p. 100). Les prochains taux les plus faibles au niveau des participants aux programmes sont allés à l'alimentation des enfants (59,4 p. 100) et les discussions avec les enfants (60,8 p. 100).
- Le personnel des collectivités était plus susceptible que les participants de signaler une hausse dans la sensibilisation aux saines habitudes de vie liées, entre autres, à l'alimentation des enfants, à l'alimentation prénatale des mères, à la consommation d'alcool et aux soins bucco-dentaires. D'autre part, les participants étaient plus susceptibles que le personnel des collectivités de signaler une hausse dans la sensibilisation à la consommation de drogues durant la grossesse et à l'activité physique pour les enfants.

Dans l'ensemble, ces données laissent sous-entendre que les programmes EJ ont été plus efficaces dans les domaines des soins prénataux pour les mères que dans les domaines liés à l'alimentation des enfants et au développement de la petite enfance.

Les données indiquent également que les programmes et les services EJ ont contribué à accroître le niveau de sensibilisation de la majorité des participants à l'ensemble des saines habitudes de vie utilisées à titre d'indicateurs dans les sondages. Bien que, pour certains types d'indicateurs, il y ait des variations entre les résultats obtenus pour le personnel des collectivités et ceux obtenus pour les participants aux programmes, les classements des deux groupes de répondants montrent que d'énormes progrès ont été réalisés pour l'ensemble des saines habitudes de vie désignées à titre d'indicateurs.

On relève des variations au niveau des différentes habitudes de vie examinées, avec des taux généralement plus élevés pour la sensibilisation à la santé maternelle que pour les indicateurs liés à l'alimentation et au développement des enfants. L'évaluation des effets a été faite pour l'ensemble du groupe des quatre programmes EJ, et les programmes n'ont donc pas été évalués individuellement. Toutefois, chaque programme comporte des objectifs distincts dans des domaines particuliers d'intérêt. Par exemple, le PAPAR porte sur des domaines liés au développement de l'enfant, alors que le PCNP porte sur des domaines liés à la santé prénatale et post-natale des mères, à l'allaitement au sein et à l'alimentation. C'est pourquoi les services reçus par les participants dans le cadre des programmes peuvent avoir une certaine incidence sur la mesure des hausses dans les niveaux de sensibilisation.

Dans l'interprétation de ces résultats, tel qu'il est mentionné plus haut, on reconnaît que les gens obtiennent de l'information d'une vaste gamme de sources qui comprennent, entre autres, les programmes EJ. La mesure dans laquelle la sensibilisation s'est améliorée est fonction de la compréhension et des connaissances que les gens avaient des domaines de la santé en question avant d'avoir eu recours aux programmes. Sans mesures des niveaux de sensibilisation préalables à la participation aux programmes, il n'est pas possible de mesurer directement une hausse du niveau de sensibilisation. C'est pourquoi ces sondages ont été fondés sur la mémoire et l'opinion des répondants à l'égard des effets des renseignements reçus dans le cadre de ces programmes. Bon nombre de participants aux sondages ont émis des commentaires favorables à l'égard de certains programmes et services qu'ils ont reçus, dénotant ainsi un lien étroit entre les services fournis et la valeur de ces services pour eux.

Parallèlement, certains participants ont indiqué être déjà bien informés sur certaines questions, et que l'information qu'ils ont reçue par les programmes n'a servi qu'à renforcer leur niveau de compréhension. C'est pourquoi il est peu probable que l'accroissement de la sensibilisation obtienne le taux maximal (c'est-à-dire 100 p. 100) dans les domaines examinés. De plus, puisque les connaissances s'accumulent avec l'expérience, les mères qui ont eu plusieurs enfants devraient avoir accumulé bien des connaissances avec le temps, et les effets pour les nouvelles mères pourraient être plus importants que pour les mères expérimentées.

Le groupe de participants aux programmes qui a répondu à ce sondage constituait un échantillon varié de mères dont près du tiers étaient des mères avec un seul enfant, alors que les deux tiers avaient deux enfants ou plus. Par conséquent, les données proviennent d'un mélange de mères avec différents niveaux d'expérience et de connaissance dans certains domaines. Une recherche plus approfondie serait requise pour évaluer les effets des programmes sur la sensibilisation des mères à différentes étapes de la grossesse et l'éducation des enfants.

Compte tenu de tous ces facteurs, on peut croire que les données et les constatations obtenues reflètent assez fidèlement les effets généraux de la sensibilisation aux saines habitudes de vie sur *un échantillon varié de participants aux programmes EJ* grâce à l'information reçue dans le cadre des programmes EJ offerts dans les 37 collectivités sondées.

7.4.1. Constatations concernant la sensibilisation aux saines habitudes de vie

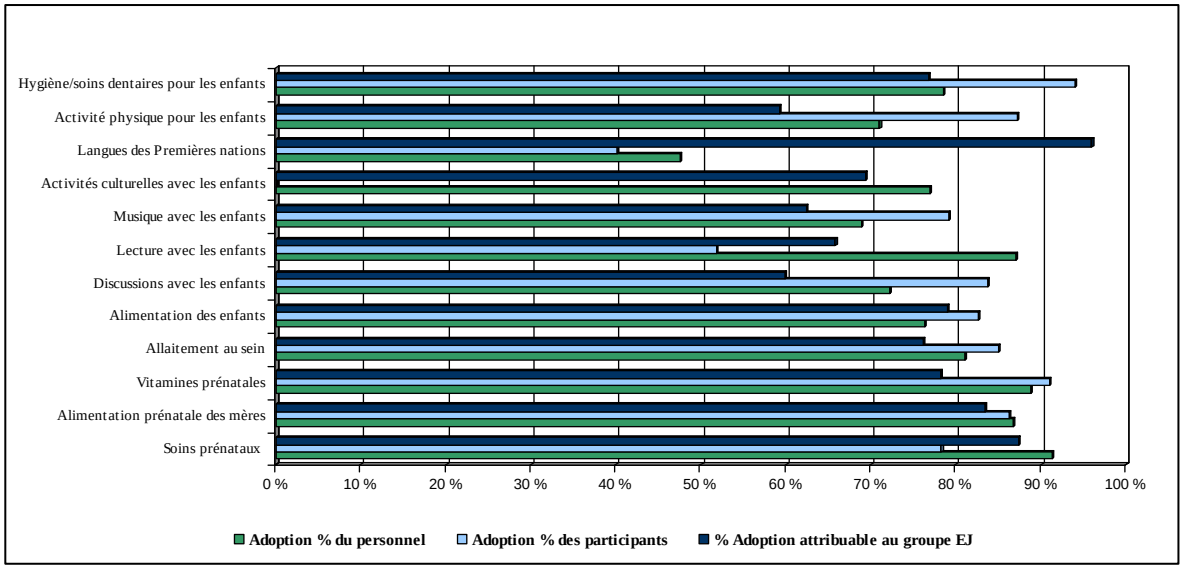
Constatations 13
Sous-question d'évaluation E1.4

Constatations détaillées sur la sensibilisation aux saines habitudes de vie (E1.4)

- La majorité du personnel et des participants questionnés dans les collectivités sondées ont indiqué que la sensibilisation à une vaste gamme de saines habitudes de vie désignées à titre d'indicateurs a augmenté grâce à l'information reçue des programmes. Entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes ont dit être beaucoup mieux informés dans ces domaines en raison de l'information reçue.
- Ces données dénotent de plus importantes améliorations au niveau de la sensibilisation dans les domaines des soins prénataux pour la mère et de l'allaitement au sein que dans la plupart des domaines liés à l'alimentation des enfants et au développement de la petite enfance, qui tendent à se situer aux environs de 60 p. 100, à l'exception de l'activité physique pour les enfants.
- Une recherche plus approfondie serait requise en vue d'évaluer les variations au niveau de la sensibilisation dans les divers domaines, pour l'ensemble des programmes EJ et pour les mères à différentes étapes de l'éducation des enfants.

7.5. Adoption de saines habitudes de vie (E1.5)

Figure 8
Adoption accrue de saines habitudes de vie



Note : Bien que la figure 7 traite de la sensibilisation au sujet de la consommation d'alcool et de drogues, les évaluateurs n'ont pas inclus ce besoin en matière de santé dans la figure 8. Le personnel des collectivités qui travaille avec les femmes enceintes a souligné que la majorité de leurs clientes n'admettront pas leur consommation d'alcool ou de drogues. Bon nombre de clientes se diront au courant des effets que l'alcool et les drogues peuvent avoir sur leurs bébés, mais n'admettront pas avoir pris de l'alcool ou des drogues durant leur grossesse.

Le personnel des collectivités a souligné qu'après avoir travaillé avec une cliente enceinte pendant un certain temps, celle-ci peut admettre avoir pris de l'alcool ou des drogues. Le personnel croit que la consommation d'alcool et de drogues est probablement deux fois plus élevée que ce qui est constaté. Certains membres du personnel des collectivités croient que le taux de consommation d'alcool et de drogues durant la grossesse pourrait s'élever à 40 p. 100 dans leurs collectivités, avec seulement 20 p. 100 des clientes ayant admis prendre de l'alcool ou des drogues.

Le questionnaire du sondage auprès des participants, Rapport technique no 3, traite de la consommation d'alcool et de drogues. Seulement 1 p. 100 des répondantes ont admis avoir pris de l'alcool ou des drogues durant leur grossesse, comparativement au 20 à 40 p. 100 constaté par le personnel des collectivités.

La figure 8 ci-dessus résume les données sur l'adoption des mêmes habitudes de vie relevées à titre d'indicateurs dans la section précédente à l'aide de trois mesures :

- la perception du personnel des collectivités quant à la mesure dans laquelle les participants aux programmes EJ mettent en pratique les saines habitudes de vie en question;
- les classements par les participants de leur propre mise en pratique d'habitudes particulières de vie saine;
- les classements par les participants de la mesure dans laquelle leur mise en pratique de ces habitudes est attribuable à l'information clé reçue des programmes EJ.

Pour la deuxième mesure, le sondage auprès des participants comprenait une échelle de classement à cinq choix de réponse et demandait aux répondants s'ils avaient adopté des habitudes particulières et s'ils mettaient celles-ci en pratique « tout le temps », « la plupart du temps », « parfois », « rarement » ou « jamais ». Dans l'analyse, les réponses « tout le temps » et « la plupart du temps » ont été combinées en raison de la difficulté que peut représenter la mise en pratique « en tout temps » de la majorité de ces habitudes.

La troisième mesure a été incluse pour déterminer comment un changement de comportement peut être attribué à l'information que les participants ont reçue des programmes EJ. Dans l'analyse, les deux premières réponses de l'échelle à cinq choix de réponse (« entièrement d'accord » et « d'accord ») ont été combinées en un pourcentage, et les réponses « je ne sais pas » n'ont pas été prises en compte dans le classement[88].

Les données présentées à la figure 8 combinent les deux premiers choix de l'échelle à cinq choix de réponse pour les questions liées à la mise en pratique de saines habitudes de vie. Les constatations suivantes ont été tirées de ces données :

- La majorité du personnel des collectivités et des participants estiment que les programmes EJ contribuent à une mise en pratique accrue de toutes les saines habitudes de vie désignées à titre d'indicateurs. De 70 à 90 p. 100 du personnel des collectivités a dit avoir contribué à une mise en pratique accrue par les participants de presque toutes les saines habitudes de vie désignées à titre d'indicateurs, alors que 70 à 90 p. 100 des participants ont dit mettre en pratique ces habitudes en tout temps ou la majorité du temps.
- Les taux de mise en pratique accrue sont plus élevés pour certaines saines habitudes de vie que pour d'autres. Les soins prénataux (91,3 p. 100), la prise de vitamines prénatales (88,8 p. 100) et la lecture avec les enfants (87,1 p. 100) ont obtenu les plus hauts taux au sondage du personnel des collectivités. Pour ce qui est des participants, la grande majorité a dit pratiquer l'hygiène et les soins dentaires avec leurs enfants (98,2 p. 100) et prendre des vitamines prénatales (90,8 p. 100). Les taux les plus bas, en ce qui concerne les participants, sont allés à la lecture avec les enfants (51,8 p. 100). Dans les commentaires des sondages, plusieurs raisons ont été alléguées pour justifier les difficultés que pose la lecture régulière avec les enfants, y compris le manque de temps et le manque de matériel de lecture pour les plus jeunes enfants.
- Le taux d'adoption de la méthode d'allaitement au sein a été de près de 85 p. 100 selon ces données, comme l'illustre la figure 8. Ce taux est près de la moyenne canadienne de mères qui allaitent au sein pendant un certain temps, et il est plus élevé que le taux pour les femmes des Premières nations selon l'ERS 2002-2003 (64 p. 100). Toutefois, ce taux surestime les effets sur la pratique de l'allaitement au sein, même si dans plusieurs cas, celles qui allaitent au sein continuent de le faire pendant une assez longue période.
- Les données semblent indiquer que seulement entre 30 et 35 p. 100 des mères continuent d'allaiter au sein pendant plus de six mois. Compte tenu des durées d'allaitement au sein déclarées, on peut en déduire qu'un pourcentage considérable de mères cessent d'allaiter au sein au cours des trois premiers mois. Les commentaires formulés dans le cadre du sondage ont montré que les bienfaits et les avantages de l'allaitement au sein sont bien connus, ce qui concorde avec le taux d'adoption de la méthode d'allaitement au sein. Toutefois, certaines mères ont indiqué avoir eu de la difficulté à nourrir leurs bébés, ce qui les a incitées à changer à l'allaitement artificiel au cours des premières semaines ou des premiers mois.

[88] Les résultats détaillés des données du sondage ont été présentés dans les rapports techniques fournis à la DGSPNI.

- La saine habitude la moins mise en pratique a été l'utilisation des langues des Premières nations avec les enfants. Près de la moitié du personnel des collectivités (47,6 p. 100) a dit qu'il y avait eu une hausse dans l'utilisation des langues des Premières nations. 55 p. 100 des participants ont dit utiliser la langue de leur Première nation eux-mêmes, et 74,4 p. 100 de ceux-ci ont dit l'utiliser avec leurs enfants. Par conséquent, environ 40 p. 100 du total des participants sondés disent utiliser la langue de leur Première nation avec leurs enfants.

Pour évaluer l'effet de la combinaison des réponses « tout le temps » et « la majorité du temps » à titre d'indicateur, une analyse distincte des données liées uniquement à la réponse « tout le temps » a été réalisée. Comme on pouvait s'y attendre, les taux ont été inférieurs dans certains domaines comme l'alimentation maternelle et infantile et la majorité des activités avec les enfants. Toutefois, les taux pour certains domaines comme les soins prénataux, la prise de vitamines prénatales et l'adoption de la méthode d'allaitement au sein sont demeurés supérieurs à 70 p. 100, tout comme pour l'hygiène et les soins dentaires pour les enfants.

La mesure dans laquelle les améliorations dans la mise en pratique de saines habitudes sont attribuées aux programmes et services EJ est élevée. On a demandé aux participants s'ils étaient d'avis que leur adoption de certaines habitudes était attribuable à l'information qu'ils avaient reçue dans le cadre des programmes EJ, et 60 à 80 p. 100 ont dit être « entièrement d'accord » ou « d'accord ». Les participants étaient plus susceptibles de faire le lien entre leurs habitudes et l'information et les mesures de soutien offertes par les programmes EJ dans les domaines de la santé maternelle que dans les domaines du développement de l'enfance.

Une analyse distincte des données liées uniquement à la réponse « entièrement d'accord » a été menée, et comme on pouvait s'y attendre, les résultats ont été inférieurs dans la plupart des domaines, avec 30 à 40 p. 100 des participants qui étaient « entièrement d'accord » pour dire que leur mise en pratique de ces habitudes était attribuable à l'information qu'ils avaient reçue des programmes EJ. On pourrait donc en conclure que le taux selon lequel la mise en pratique de saines habitudes de vie est attribuable aux programmes EJ est de 35 à 70 p. 100 pour l'ensemble des indicateurs.

Afin de trouver un autre indicateur de la mesure dans laquelle des effets peuvent être attribués aux programmes EJ, on a demandé au personnel des collectivités si les familles de participants aux programmes EJ se portaient mieux que d'autres familles dans leurs collectivités qui n'ont pas reçu de services. Près des deux tiers du personnel des collectivités (67,7 p. 100) a dit qu'elles se portaient mieux que d'autres familles dans leurs collectivités, et 27,1 p. 100 a dit qu'elles se portaient « un peu mieux » que d'autres familles.

D'autres sources d'information ont une incidence sur la mise en pratique de saines habitudes de vie. L'information fournie dans le cadre des programmes EJ provient de multiples sources officielles et non officielles d'information mises à la disposition des mères et des familles au sujet de la santé et du développement des enfants. Par exemple, les mères reçoivent habituellement de l'information de professionnels de la santé durant et après la grossesse. De plus, la disponibilité de services de garde d'enfants dans de nombreuses collectivités signifie que de l'information supplémentaire est offerte sur le développement de l'enfant, et les gens reçoivent habituellement beaucoup de conseils de la part de membres de famille et d'amis sur toute une gamme de questions de santé et autres.

La présente évaluation n'avait pas pour but d'enquêter sur toutes ces autres sources d'information, et les commentaires dans les sondages indiquent que certaines personnes étaient bien renseignées à ces sujets avant même de prendre part aux programmes EJ. Par conséquent, il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que 100 p. 100 de la mise en pratique de saines habitudes de vie soit attribuable aux programmes EJ. Même si d'autres sources peuvent être disponibles, les résultats de l'évaluation confirment en effet que les programmes et services EJ contribuent à la mise en pratique de saines habitudes de vie.

Comme pour l'analyse de la sensibilisation, on constate des variations dans les résultats pour les différents indicateurs, avec de plus hauts taux pour les domaines liés à la santé maternelle que pour ceux liés à l'alimentation et la plupart de ceux liés au développement de l'enfant, bien que des taux assez élevés aient été obtenus pour l'activité physique et l'hygiène et les soins dentaires.

Diverses questions similaires, qui ont été abordées dans la section précédente sur la sensibilisation aux saines habitudes de vie, influent sur l'interprétation de ces données. Toutefois, compte tenu de tous ces facteurs, on peut en conclure avec assez de confiance que ces données et constatations traduisent bien les effets généraux sur la mise en pratique de saines habitudes *au sein d'un échantillon varié de participants aux programmes EJ* en fonction de l'information qu'ils ont reçue du groupe EJ dans son ensemble.

7.5.1. Constatations sur la mise en pratique de saines habitudes de vie

Constatations 14
Sous-question d'évaluation E1.5

Constatations détaillées sur la mise en pratique de saines habitudes de vie (E1.5)

- D'après ces données, entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes adoptent de saines habitudes de vie et les mettent en pratique tout le temps ou la majorité du temps.
- Entre 65 et 85 p. 100 du personnel des collectivités a indiqué qu'il y avait une mise en pratique accrue de saines habitudes chez les participants aux programmes dans ces domaines. Cette perception est confirmée par les données des participants et semble confirmer que les programmes EJ ont effectivement contribué à cette hausse dans une grande mesure.
- L'attribution des effets à l'information et les mesures de soutien obtenues des programmes EJ semble être de l'ordre de 35 à 70 p. 100 pour l'ensemble des indicateurs, avec des taux plus élevés pour les domaines liés à la santé maternelle que pour certains indicateurs liés au développement de l'enfant.
- Ces données semblent indiquer qu'il y a des domaines dans lesquels de plus importantes améliorations devraient être apportées en vue d'accroître la pratique de la lecture avec les enfants et l'usage des langues des Premières nations. Il était indiqué dans les commentaires recueillis au cours des sondages sur les domaines liés à l'alimentation que le principal obstacle était le manque de ressources financières adéquates pour couvrir le coût élevé des aliments.

7.6. Résumé des principales constatations, répondre aux différents besoins en matière de santé (E1)

	Question d'évaluation
E1.	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?

Les principales constatations pour la question d'évaluation E1 ont été élaborées à l'aide des constatations détaillées tirées des sous-questions d'évaluation E1.1 à E1.5 et sont présentées ci-après. Il y a un point pour chaque question d'évaluation.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION E1

Les principales constatations sur la mesure dans laquelle le groupe EJ répond aux différents besoins en matière de santé sont les suivantes :

- Les taux de participation aux programmes EJ ont augmenté au cours des cinq dernières années. Toutefois, la capacité des programmes dans les collectivités à contribuer davantage à cette augmentation semble être limitée. Des recherches plus en profondeur seraient requises pour quantifier les lacunes dans la capacité à répondre à la demande ou pour sensibiliser le groupe visé ou les populations admissibles.
- L'accès aux programmes EJ s'est amélioré de façon générale. Dans certaines collectivités, il est maintenant plus facile pour les mères et les enfants d'obtenir les services dont ils ont besoin. Toutefois, il semble toujours y avoir des obstacles à l'accès comme le transport, la garde d'enfants et la dotation en personnel.
- Le manque de services pour répondre aux besoins spéciaux a été désigné comme une source importante de préoccupation par le personnel de la DGSPNI et des collectivités. Même si le nombre d'enfants ayant des besoins spéciaux peut être moindre dans certaines collectivités données, la gravité de leurs besoins et les difficultés que pose l'accès à des services spécialisés dans un plus grand centre peuvent être des obstacles majeurs pour les familles concernées.
- Des recherches plus en profondeur seraient nécessaires pour quantifier les problèmes liés aux besoins spéciaux et les services requis pour répondre à ceux-ci.
- Le groupe EJ réussit avec passablement d'efficacité à fournir des programmes de qualité. Les services ont été très bien cotés par les participants aux programmes qui ont répondu aux sondages d'évaluation dans les collectivités sélectionnées. Une grande partie des membres du personnel des collectivités possèdent des compétences liées aux programmes offerts. Ils travaillent majoritairement à temps plein, et la majorité d'entre eux comptent plusieurs années d'expérience dans ces domaines.
- Plus de 70 p. 100 du personnel des collectivités sondées a dit travailler à plus d'un des programmes EJ. Parallèlement, le personnel des collectivités doit surmonter plusieurs défis pour fournir les niveaux de service de qualité nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé, surtout en ce qui concerne les niveaux de dotation en personnel, qui dépendent du financement disponible dans les collectivités.
- Les programmes et services EJ ont contribué à l'accroissement de la sensibilisation pour la majorité des participants aux programmes questionnés dans les collectivités sondées concernant la vaste gamme de saines habitudes de vie désignées à titre d'indicateurs. Entre la moitié et les trois quarts ont dit être beaucoup mieux informés grâce à l'information qu'ils ont reçue.
- Il y a des variations au niveau de la sensibilisation dans les différents domaines examinés en matière de saines habitudes de vie, avec des taux plus élevés pour les indicateurs liés aux soins prénataux pour les mères et à l'allaitement au sein que pour ceux liés à l'alimentation et au développement des enfants.
- Une recherche plus approfondie serait requise pour examiner les variations au niveau de la sensibilisation dans les divers domaines, pour l'ensemble des programmes EJ et pour les mères à différentes phases de l'éducation de leurs enfants.
- L'évaluation a révélé qu'entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes sondés ont dit qu'ils mettaient en pratique les saines habitudes de vie tout le temps ou la majorité du temps, et qu'entre 65 et 85 p. 100 du personnel des collectivités sondées ont également indiqué qu'il y avait eu une hausse dans la mise en pratique de ces saines habitudes de vie par les participants aux programmes. Les participants sondés ont indiqué que l'information des programmes EJ avait contribué dans une grande mesure à la mise en pratique des saines habitudes de vie.
    - Les effets des programmes EJ ont été plus prononcés dans les domaines de la santé maternelle que dans la plupart des domaines liés au développement de la petite enfance. La lecture avec les enfants et l'usage des langues des Premières nations ont été désignés comme des domaines nécessitant de plus grandes améliorations.
    - Le plus grand obstacle à l'amélioration de l'alimentation des enfants est le manque de ressources financières adéquates pour couvrir le coût élevé des aliments.

Section 8. EFFICACITÉ DE LA COLLABORATION

Cette section présente l'analyse et les constatations pour la cinquième des huit questions d'évaluation.

Tableau 33 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures soutien en matière de santé infantile?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

Pour répondre à la question E2 sur l'efficacité dans le cadre de cette évaluation, on a procédé à un examen de la mesure dans laquelle le groupe EJ, dans son ensemble, offre un continuum de programmes qui travaillent ensemble grâce au réseautage et à la collaboration. Cet examen n'a pas porté sur les différents programmes du groupe EJ pris individuellement.

Cette section donne un premier aperçu et traite du continuum de services. Dans cette évaluation, cela s'entend du réseau coordonné de services et de mesures de soutien nécessaires pour répondre aux besoins multiples et changeants des enfants en matière de santé, de la période prénatale jusqu'à l'âge de 6 ans.

8.1. Continuum des programmes EJ (E2.1)

Questions d'évaluation		Sous-questions d'évaluation	
E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?	**E2.1**	Est-ce que le continuum de programmes et de mesures de soutien du groupe EJ de la période prénatale à la période préscolaire s'est amélioré dans les collectivités des PN? Si oui, comment?

Le groupe EJ a pour but de fournir un continuum de services et de mesures de soutien pour la santé maternelle infantile avant, durant et après la grossesse jusqu'à l'âge de 5 ans (ou 6 dans certaines régions). ***Un « continuum » de programmes s'entend d'un réseau coordonné de services et de mesures de soutien pour répondre aux besoins multiples et changeants des mères et des enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge scolaire***. (Il est à noter que les programmes EJ sont également offerts aux pères et aux autres personnes soignantes.)

Pour évaluer le continuum des programmes EJ, des indicateurs du complément des quatre programmes EJ et de leur lien à d'autres programmes destinés aux enfants ont été utilisés, de même qu'un indicateur de la mesure dans laquelle cette gamme de services et de mesures de soutien s'est améliorée au cours des cinq dernières années. Par ailleurs, les possibilités d'amélioration du continuum des programmes EJ au cours des cinq prochaines années et les obstacles possibles à cette amélioration ont également été examinés. Des données ont été recueillies dans le cadre du sondage du personnel de la DGSPNI et des visites sur place du personnel chargé de la prestation des programmes dans les 37 collectivités sondées.

Dans le cadre de l'analyse des données, une importante distinction doit être faite entre la structure globale du groupe EJ (à titre d'instrument de politique et de prestation de programmes) et la mise en œuvre du groupe EJ dans les collectivités des Premières nations. De plus, l'efficacité du continuum au niveau du participant peut être évaluée au moyen des données tirées du sondage auprès des participants. C'est pourquoi les constatations sont présentées à ces différents niveaux.

Le sondage du personnel de la DGSPNI a produit les évaluations suivantes du continuum des programmes EJ au niveau du groupe EJ :

- 50 p. 100 du personnel de la DGSPNI est d'avis que les programmes EJ fournissent un continuum de services pour répondre aux besoins multiples et changeants des mères et des enfants en matière de santé. 14 p. 100 sont restés neutres, 32 p. 100 n'étaient pas d'accord et 4 p. 100 n'étaient pas du tout d'accord. Sur une échelle de 0 à 100, 52 p. 100 ont indiqué que le groupe EJ fournissait un continuum. Dans les commentaires des réponses, il est noté qu'il y a une variété de services, mais aucune garantie d'une place, ce qui nuit à la capacité d'offrir un continuum, et que certains besoins en matière de santé ne sont pas satisfaits, même si l'on est plus près du but.
- 48 p. 100 du personnel de la DGSPNI est d'avis que les programmes EJ offrent des services qui se complètent pour améliorer la santé des enfants, 48 p. 100 sont « plus ou moins d'accord » et 4 p. 100 ont dit que non. Dans les commentaires, on mentionnait que les programmes se complétaient en matière de « politique » mais non « en pratique » dans toutes les collectivités en raison des variations dans la portée des programmes individuels.
- 29 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit que les programmes EJ et d'autres programmes destinés aux enfants se complétaient; 65 p. 100 ont dit qu'ils se complétaient assez bien et 6 p. 100 ont dit qu'ils ne se complétaient pas.
- 83 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit que le continuum des programmes EJ s'était amélioré au cours des cinq dernières années (4 p. 100 ont dit qu'il était resté le même et 13 p. 100 ont dit ne pas savoir parce qu'il n'y avait pas assez de données).
- 100 p. 100 ont dit qu'il était possible d'améliorer davantage le continuum.
- Toutefois, 87 p. 100 ont dit qu'il y avait des obstacles qui s'opposaient à l'amélioration des programmes EJ.

Des commentaires détaillés ont été formulés par le personnel de la DGSPNI pour expliquer les facteurs qui influent sur le continuum. Ceux-ci ont été réunis en plusieurs catégories et classés par ordre de fréquence.

De loin, l'obstacle le plus commun relevé par plus de la moitié du personnel a été le financement. Diverses questions ont été soulevées par le personnel régional de la DGSPNI, y compris : la répartition des fonds pour les programmes EJ dans l'ensemble des collectivités, l'absence d'augmentations budgétaires pour compenser l'inflation, les fonds transférables à l'extérieur du groupe EJ et l'approche de financement programme par programme utilisée dans le passé[89]. D'autres types d'obstacles ont été relevés dans les catégories de la prestation des programmes (39 p. 100), la zone de responsabilité (30 p. 100), la planification (22 p. 100) et les enjeux locaux (22 p. 100).

Au niveau local, la disponibilité des quatre programmes EJ varie considérablement en raison du financement qui a été attribué à chacun des quatre programmes dans le passé. Le sondage du personnel des collectivités et les visites dans les collectivités ont révélé que :

- 62,5 p. 100 du personnel des collectivités a dit qu'il y avait un continuum de services au niveau local.
- 49,5 p. 100 du personnel des collectivités a dit que les programmes EJ fonctionnaient bien ensemble et 46,7 p. 100 ont dit que les programmes fonctionnaient assez bien ensemble.
- 53,8 p. 100 du personnel des collectivités a dit que les programmes fonctionnaient bien avec d'autres programmes et 40,7 p. 100 ont dit qu'ils fonctionnaient assez bien avec d'autres programmes.

En ce qui concerne les changements au cours des cinq dernières années, 73,7 p. 100 du personnel des collectivités a dit que le continuum des programmes EJ s'était amélioré, et 84,1 p. 100 a dit que les clients ont accès à une plus grande gamme de services aujourd'hui que dans le passé. Les commentaires formulés dans les sondages indiquent que les programmes sont offerts d'une manière intégrée dans les collectivités afin de répondre aux besoins prioritaires relevés en matière de santé dans la collectivité.

Au niveau des participants, les principales constatations sont les suivantes :

- 58,1 p. 100 des participants étaient entièrement d'accord pour dire qu'il y avait une gamme complète de services pour les enfants de 0 à 5 ans et 32,9 p. 100 se sont dits plutôt d'accord.
- 52,8 p. 100 des participants ont dit que la gamme de services s'était améliorée et 23,1 p. 100 ont dit qu'elle s'était un peu améliorée au cours des dernières années.

Ces données indiquent qu'il y a un « continuum » dans les programmes EJ jusqu'à un certain point, tant au niveau des programmes en général que dans leur prestation au sein des collectivités. Plus de 80 p. 100 du personnel de la DGSPNI, plus de 70 p. 100 du personnel des collectivités et plus de 60 p. 100 des participants sont d'avis que le continuum s'est amélioré au cours des dernières années. Des possibilités d'amélioration du continuum existent, mais d'importants obstacles subsistent.

[89] Il est à noter que la DGSPNI s'apprête à introduire le financement par groupes de programmes pour remplacer les approches précédentes de financement par programme.

8.1.1. Constatations sur le continuum des programmes

Constatations 15
Sous-questions d'évaluation E2.1

Les constatations détaillées sur le continuum de services offerts par les programmes EJ sont les suivantes :

- Au niveau de l'ensemble du groupe EJ, il y a effectivement un continuum dans les programmes, et 83 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit qu'il s'était amélioré au cours des cinq dernières années. Des possibilités d'amélioration ont été relevées, mais d'importants obstacles subsistent.
- Au niveau des collectivités, 58,1 p. 100 du personnel des collectivités a dit qu'il y avait un continuum et 73,7 p. 100 ont dit que le continuum s'était amélioré au cours de cinq dernières années.
- Les participants ont également dit qu'il y avait une gamme complète de services (pour les enfants de 0 à 5 ans) et 61 p. 100 ont dit que cette gamme s'était améliorée.

8.2. Réseautage et collaboration (E2.2)

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E2. Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?	**E2.2** Est-ce que la collaboration et le réseautage, au niveau des programmes EJ, se sont accrus et améliorés? Si oui, comment?

Le réseautage et la collaboration au sein du groupe des programmes EJ et entre le groupe EJ et d'autres programmes destinés aux enfants influent sur l'efficacité globale des programmes. Un examen de la mesure dans laquelle le réseautage et la collaboration se sont accrus ou améliorés au cours des cinq dernières années et des possibilités d'apporter de plus amples améliorations dans ces domaines a été réalisé dans le cadre de la présente évaluation.

Ces questions ont été examinées sous deux angles différents :

- À deux niveaux, c'est-à-dire, au niveau du groupe EJ dans son ensemble (d'après le sondage du personnel de la DGSPNI) et au niveau de sa prestation dans les collectivités (d'après le personnel sondé dans les collectivités visitées sur place);
- Au sein du groupe des programmes EJ et entre le groupe EJ et d'autres programmes.

8.2.1. Réseautage

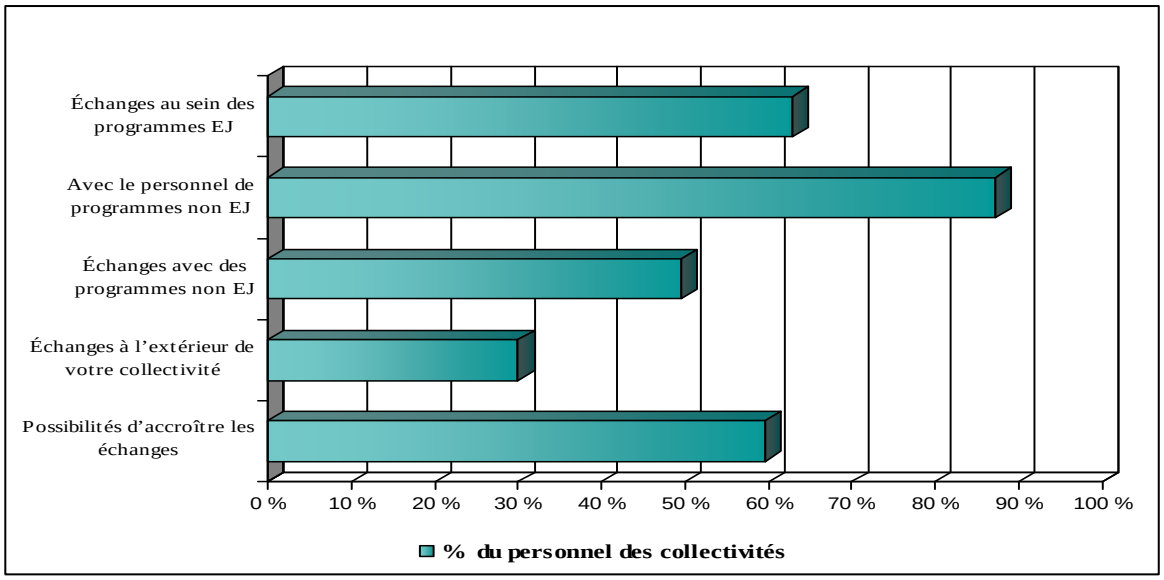
Pour les besoins des sondages d'évaluation, ***le réseautage a été défini comme l'échange d'information entre des personnes, des groupes et des institutions et peut comprendre tant des processus à caractère officiel que des relations de travail informelles***[90].

[90] Il est à noter que les sondages comprenaient des questions générales au sujet du réseautage et qu'ils ne tenaient pas compte des types d'organisations et d'événements concernés.

Au niveau du groupe EJ dans son ensemble, le personnel de la DGSPNI a dit participer régulièrement à des rencontres en vue d'échanger de l'information (57 p. 100 ont dit une rencontre ou plus par semaine), et que le réseautage avait augmenté au niveau national et régional au cours des cinq dernières années (77 p. 100 et 90 p. 100 respectivement). 42 p. 100 ont dit que le réseautage national-régional avait augmenté, mais 24 p. 100 ont dit qu'il avait diminué au cours des cinq dernières années.

Au niveau des collectivités, le niveau de réseautage au sein des programmes EJ variait selon le nombre de programmes offerts dans les collectivités et d'employés faisant partie du personnel. Dans 22 p. 100 des collectivités ayant fait l'objet de visites sur place, le personnel comprenait moins de cinq employés de la collectivité, et quelques-unes ne comptaient qu'un employé ou deux. Toutefois, près du tiers des collectivités comptaient dix employés ou plus au sein de leurs programmes EJ, et la majorité des membres du personnel des collectivités ont mentionné qu'il y avait un important niveau de réseautage et d'échange d'information, comme le montre la figure 9.

Figure 9
Échange d'information au sein et à l'extérieur des collectivités

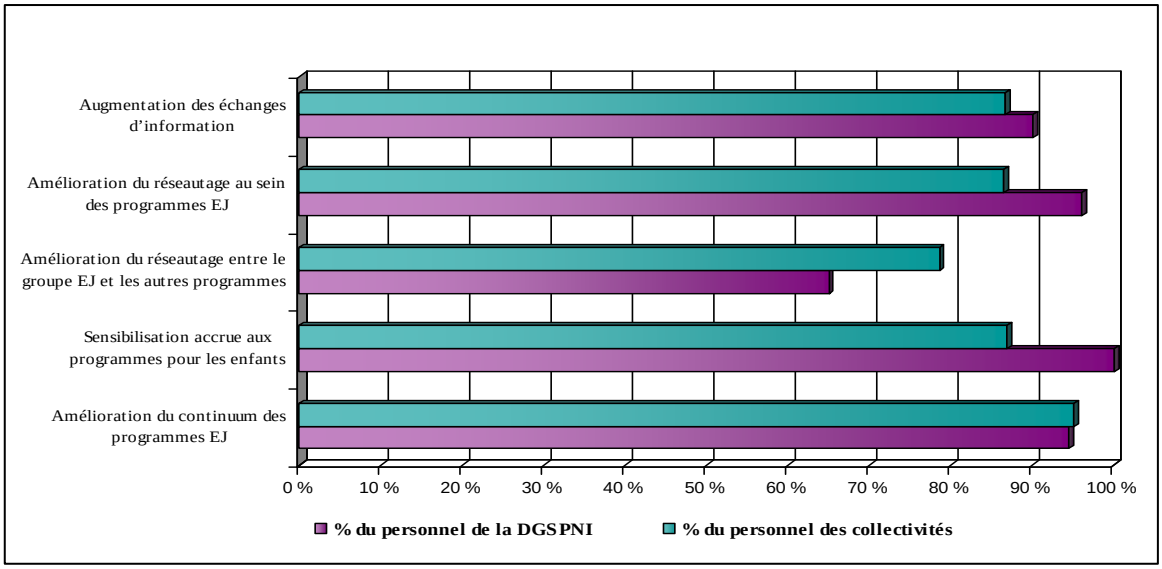


Les constatations détaillées ont été les suivantes :

- 62,8 p. 100 du personnel des collectivités a dit que les échanges d'information se produisaient très souvent ou assez souvent au sein du personnel des programmes EJ dans leurs collectivités;
- 49,6 p. 100 ont dit qu'il y avait des échanges d'information entre les programmes EJ et d'autres programmes (non EJ), et 87p. 100 du personnel des collectivités a dit travailler avec le personnel de d'autres programmes dans leurs collectivités;
- 30 p. 100 font état d'échanges d'information entre les programmes EJ et des organisations à l'extérieur de leurs collectivités.
- 59,9 p. 100 ont dit qu'il y avait des possibilités d'accroître les échanges d'information.

Les sondages du personnel de la DGSPNI et des collectivités ont révélé que le réseautage et les échanges d'information s'étaient accrus et qu'ils s'amélioraient, comme le montre la figure 10.

Figure 10
Accroissement et amélioration du réseautage et des échanges au cours des cinq dernières années



Au niveau de l'ensemble du groupe EJ, plus 90 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit que le réseautage et l'échange d'information au sein des programmes EJ avaient augmenté au cours des cinq dernières années, de même que la sensibilisation aux programmes destinés aux enfants. En ce qui concerne le réseautage entre le groupe EJ et les autres programmes, 65 p. 100 ont dit qu'il avait augmenté au cours des cinq dernières années. Tout le personnel de la DGSPNI a dit qu'il y avait des possibilités d'améliorer davantage le réseautage.

Au niveau des collectivités, 86,7 p. 100 du personnel a dit que l'échange d'information avait augmenté au cours des cinq dernières années et 86,4 p. 100 ont dit que le réseautage entre les programmes EJ s'était amélioré. De plus, 78,6 p. 100 ont dit que le réseautage entre le groupe EJ et les autres programmes s'était amélioré, et 86,8 p. 100 ont dit que la sensibilisation aux programmes destinés aux enfants avait augmenté dans leurs collectivités au cours des cinq dernières années.

On estimait également que l'échange d'information et le réseautage amélioraient les services EJ. 95 p. 100 du personnel de la DGSPNI a dit que les ententes de travail avec des partenaires externes aux programmes EJ avaient contribué à l'amélioration du continuum de services en matière de santé maternelle et infantile. Au niveau des collectivités, 97 p. 100 du personnel a dit que l'échange d'information et le réseautage étaient très utiles ou plutôt utiles pour la prestation des programmes EJ et qu'ils avaient amélioré le continuum de services EJ.

Par conséquent, tant au niveau du groupe EJ qu'au niveau des collectivités, ces données dénotent de hauts niveaux de réseautage et d'échange d'information, surtout au niveau du groupe EJ et, dans une moindre mesure, entre le groupe EJ et les autres programmes. Le réseautage et l'échange d'information ont augmenté au cours des cinq dernières années et ont amélioré le continuum et la prestation des services, de même que la sensibilisation aux programmes destinés aux enfants dans les collectivités.

8.2.2. Collaboration

Pour les besoins de l'évaluation, ***la collaboration a été définie comme le processus par lequel la DGSPNI travaille avec les principales parties intéressées et d'autres partenaires aux niveaux fédéral, provincial et territorial, les mettant à contribution dans les prises de décisions pour la conception, l'élaboration et/ou la mise en œuvre de programmes qui tiennent compte des perspectives autochtones***.

Au niveau de l'ensemble du groupe EJ, le personnel de la DGSPNI a relevé des niveaux élevés et croissants de collaboration. Étant donné que la majeure partie du personnel de la DGSPNI sondé provenait des régions de la DGSPNI, la majorité (plus de 75 p. 100) a dit participer régulièrement à la mise en œuvre des programmes EJ, alors que moins de 25 p. 100 ont dit participer régulièrement à la conception ou à l'élaboration des programmes (qui sont entreprises au bureau national). La majorité du personnel de la DGSPNI a pris part à l'établissement d'ententes de collaboration, à de programmes conjoints et à un partage de ressources résultant d'activités liées aux programmes EJ. Par exemple :

- 87 p. 100 ont dit avoir pris part à des projets conjoints informels et à un partage des ressources;
- 65 p. 100 ont dit qu'il y avait des ententes plus officielles (p. ex. EC, PE, etc.)[91];
- 52 p. 100 ont dit qu'il y avait davantage de projets conjoints officiels et d'alliances stratégiques avec des ONG et d'autres organisations;
- De même, 83 p. 100 ont dit que leur travail avait amélioré la reconnaissance des perspectives autochtones dans ces types de programmes.

Les niveaux de collaboration relevés semblaient être très bons. Par exemple :

- 73 p. 100 du personnel de la DGSPNI a indiqué que les niveaux de collaboration au sein des programmes EJ étaient « très bons/bons » et 27 p. 100 ont dit qu'ils étaient « satisfaisants ». Personne n'a dit qu'ils étaient « faibles » ou « très faibles ». La majorité du personnel a dit que la collaboration entre les programmes EJ s'était améliorée au cours des cinq dernières années : 40 p. 100 ont dit qu'elle s'était « beaucoup améliorée » et 50 p. 100 ont dit qu'elle s'était « passablement améliorée ». L'autre 10 p. 100 a dit qu'elle était à peu près la même, et dans les commentaires on indiquait qu'il y avait toujours eu de la collaboration au sein des programmes.
- 91 p. 100 du personnel de la DGSPNI s'est dit d'avis qu'il serait possible d'améliorer davantage la collaboration entre les programmes EJ au cours des cinq prochaines années.

Des questions complémentaires demandaient au personnel de la DGSPNI d'expliquer, au moyen d'exemples, à quels niveaux serait-il possible d'améliorer la collaboration et quels seront les principaux obstacles au cours des cinq prochaines années. Les « obstacles » relevés peuvent être considérés comme des « contraintes » à la réalisation d'améliorations. Les principaux exemples proposés pour améliorer la collaboration au sein des programmes EJ consistaient en des activités conjointes pour les programmes EJ (57 p. 100) et à miser sur les efforts déjà entrepris jusqu'ici pour améliorer la collaboration. Certains répondants ont mentionné le financement (13 p. 100), et diverses autres solutions ont été suggérées.

Les principaux obstacles à l'amélioration de la collaboration au sein des programmes EJ ont été le financement (43 p. 100) et les problèmes liés à la structure du groupe et des programmes EJ (26 p. 100). La principale contrainte relevée en matière de financement a été le financement par programme qui a été utilisé jusqu'ici. Un répondant a noté : « le principal obstacle, c'est que les silos existent depuis si longtemps qu'il est difficile de s'en défaire ». En d'autres mots, les gens ont remarqué une « résistance au changement » et un besoin de changer les « structures » qui entravent la collaboration.

Une autre réponse suggérait d'adopter une approche unifiée pour les programmes EJ; une autre voyait un manque d'objectifs communs comme un obstacle et une faisait mention de divisions entre les niveaux national et régional et de manque de cohésion. Bon nombre de répondants font un lien entre l'approche actuelle de financement par programme et l'absence d'une approche de groupe unifiée.

[91] EC signifie entente de contribution et PE signifie Protocole d'entente. Voir le glossaire des termes pour les définitions.

Les autres obstacles relevés comprenaient : les limitations au niveau des ressources et de la dotation en personnel, le financement local inégal et inadéquat, les contraintes de temps, le transport et les différents règlements des différents organismes. Plus de la moitié des répondants ont mentionné ces autres types d'obstacles ou de contraintes.

Dans l'ensemble, on estime que la collaboration avec des partenaires en dehors du groupe EJ contribue à l'amélioration du continuum de services pour la santé maternelle et infantile en général. Par conséquent, bien que des possibilités d'amélioration de la collaboration au sein des programmes EJ aient été relevées, des contraintes demeurent en ce qui concerne les structures et les processus du groupe EJ ainsi que de nombreux problèmes qui pourraient nuire à l'amélioration de la collaboration. Le thème ou le message clé semble être que des approches plus intégrées ou unifiées devraient être adoptées pour le groupe EJ dans son ensemble, et plus de la moitié des répondants ont vu des possibilités de favoriser la collaboration par le travail conjoint.

La présente évaluation a porté sur les programmes du groupe EJ tel qu'ils ont été exécutés et financés au cours des dernières années et n'a pas tenu compte des changements en cours dans les approches de financement. Les évaluations ultérieures devront tenir compte des nouvelles ententes de financement une fois qu'elles seront mises en œuvre.

8.2.3. Résumé des constatations détaillées (E2.2)

Constatations 16
Sous-question d'évaluation E2.2

Les constatations détaillées sur le réseautage et la collaboration (E2.2) sont les suivantes :

- Dans l'ensemble, les niveaux de réseautage et de collaboration au sein des programmes EJ sont bons et s'améliorent, tant au niveau du groupe que dans les collectivités. Des preuves indiquent qu'il y a un niveau de collaboration considérable entre les quatre programmes EJ au niveau des collectivités.
- De plus, un réseautage est établi entre les programmes EJ et non EJ au niveau des collectivités.
- On estime que le réseautage et la collaboration améliorent le continuum des programmes EJ et la prestation des services au niveau des collectivités.
- Des possibilités d'amélioration ont été relevées, bien que les contraintes pouvant nuire à une collaboration accrue aient été reconnues.

8.3. Résumé des principales constatations, Travailler ensemble (E2)

Question d'évaluation	
E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?

Les principales constatations à la question d'évaluation E2 ont été élaborées à l'aide des constatations détaillées aux sous-questions d'évaluation E2.1 et E2.2 et sont présentées ci-dessous.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION E2

Les principales constatations sur le travail de collaboration sont les suivantes :

- Le groupe EJ compte sur un continuum de programmes pour répondre aux besoins en matière de santé des mères et des enfants de 0 à 6 ans, tant au niveau du groupe qu'au niveau des collectivités. Les preuves fournies par le personnel de la DGSPNI et des collectivités et les participants sondés indiquent que le continuum s'est amélioré au cours des cinq dernières années.
- Le continuum de programmes est appuyé par le réseautage et la collaboration à tous les niveaux de la DGSPNI et au sein des collectivités. Toutes les preuves semblent indiquer que le réseautage et la collaboration sont adéquats et qu'ils s'améliorent à tous les niveaux. Il y a un niveau de collaboration considérable au sein des quatre programmes EJ et entre les programmes EJ et non EJ au niveau des collectivités. Des possibilités d'amélioration ont été relevées, de même que des contraintes, pour ce qui est d'accroître la collaboration.

Section 9. RÉSULTATS IMPRÉVUS

Cette section présente l'analyse et les constatations pour la sixième des huit questions d'évaluation.

Tableau 34 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

La troisième question sur l'efficacité visait à déterminer si la mise en œuvre du groupe EJ avait eu d'autres résultats, positifs ou négatifs, imprévus[92]. L'évaluation a donc compris un examen des répercussions non prévues sur les participants aux programmes et les collectivités. Cette question a été examinée au moyen de questions ouvertes dans les sondages, et les réponses ont été catégorisées à la suite d'une analyse du contenu et sont résumées dans des rapports techniques distincts.

9.1. Résultats et effets positifs imprévus (E3.1)

Tableau 35 : Question d'évaluation E3 (pas de sous-questions d'évaluation)

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E3. L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?	**E3.1** L'exécution du groupe EJ produit-elle des résultats ou a-t-elle des effets positifs imprévus?

9.1.1. Résultats positifs relevés par le personnel de la DGSPNI

Dans le sondage auprès du personnel de la DGSPNI, près des deux tiers des répondants ont dit ne pas être au courant de résultats positifs ou négatifs imprévus des programmes EJ. Un tiers des répondants ont relevé différents types d'effets. Certaines réponses traitaient de facteurs ayant une incidence sur les programmes EJ.

L'information recueillie au cours des visites dans les collectivités (du personnel des collectivités et des participants aux programmes) a fourni de plus amples exemples de répercussions pour les participants aux programmes, leurs enfants et leurs familles et la collectivité en général. De plus, une question a été incluse pour les participants qui doivent faire face aux « changements dans le comportement de leurs enfants », leur demandant de préciser s'il y avait de plus importantes répercussions qui n'avaient pas été abordées dans les questions sur les « saines habitudes de vie ». Une question a également été incluse pour le personnel des collectivités qui travaille sur la sensibilisation aux programmes destinés aux enfants dans les collectivités.

Dans l'ensemble, 33 p. 100 du personnel de la DGSPNI, 58 p. 100 du personnel des collectivités et 51 p. 100 des participants ont relevé différents types d'effets « imprévus » dans les sondages.

Le personnel de la DGSPNI sondé a relevé les types suivants de résultats positifs imprévus :

- ***Efficacité améliorée :*** En raison des fonds limités pour les programmes, les collectivités ont dû renforcer la collaboration dans l'ensemble des domaines des programmes, ce qui peut être considéré comme une amélioration de l'efficacité des services en fonction des fonds disponibles.
- ***Sensibilisation et planification accrues dans les collectivités :*** Les programmes EJ ont rendu les collectivités plus conscientes de leurs besoins et de leurs actifs en matière de services et les ont aidées à la planification dans les collectivités en fonction des besoins en matière de santé. La planification permet aux collectivités de voir leurs programmes comme un ensemble et non comme des éléments distincts.

[92] Les lignes directrices fédérales d'évaluation comprennent l'examen des résultats imprévus pour les programmes financés par le gouvernement fédéral. Les évaluations doivent comprendre un examen de la mesure dans laquelle les programmes peuvent avoir des effets positifs ou négatifs sur les participants, les collectivités ou la société en général. Tout résultat imprévu doit être soupesé par rapport aux effets positifs prévus des programmes et nécessitera peut-être une révision des programmes.

- ***Intégration des cultures traditionnelles :*** Les programmes EJ ont favorisé l'inclusion de traditions et de la culture dans certaines activités.
- ***Portée améliorée des services aux femmes non inscrites :*** Les femmes non inscrites sont admissibles au PSSMI parce que leurs enfants sont inscrits. Dans le passé, ces femmes n'avaient pas droit à d'autres services (p. ex. transport), mais elles sont maintenant en mesure d'obtenir de l'aide parce que le PSSMI a éliminé cet obstacle.
- ***Partage accru des ressources :*** On partage davantage les ressources pour l'ensemble des programmes EJ au niveau régional, et les événements et ateliers de travail sont mieux intégrés.
- ***Dotation et financement :*** Il y a du personnel à plein temps dans les différents domaines des programmes (bien qu'une formation supplémentaire serait à souhaiter dans certains domaines).

Le sondage des participants demandait aux parents quels avaient été les effets de leur participation aux programmes EJ sur le comportement de leurs enfants et de leurs familles et a révélé que 51 p. 100 des participants avaient dit que le « comportement » de leurs enfants s'était amélioré grâce à ce qu'ils avaient appris au cours des programmes.

L'analyse des données qualitatives[93] a fait ressortir trois principaux thèmes. Les participants ont relevé des améliorations au niveau (i) de l'écoute/obéissance de leurs enfants; (ii) de leurs capacités de socialisation (mieux s'entendre avec les autres enfants et les adultes) et (iii) de leur estime de soi, de leur confiance et de leur indépendance. Les participants ont également relevé des améliorations dans leurs compétences parentales ainsi que dans les communications parent-enfant.

Les participants aux programmes ont également relevé divers autres effets pour eux-mêmes ou leurs enfants. L'analyse a fait ressortir deux principaux thèmes, à savoir : (i) amélioration des compétences parentales et (ii) amélioration du bien-être des enfants. Les autres effets comprennent l'amélioration des communications, l'apprentissage des méthodes de discipline par les parents et la participation accrue des parents à des activités avec leurs enfants.

9.1.2. Résultats positifs relevés par le personnel des collectivités

Durant les visites dans les 37 collectivités de Premières nations sélectionnées, et après avoir rempli les questionnaires de sondage, les membres du personnel des collectivités ont eu l'occasion de discuter de différents sujets ou de leurs préoccupations concernant les programmes et qui, selon eux, devraient être pris en considération dans la présente évaluation.

Les évaluateurs sur le terrain n'ont pas fourni au personnel des collectivités une liste de sujets ou de préoccupations à considérer comme points de discussion. Les sujets et préoccupations ont été déterminés par le personnel des collectivités. Ces pensées, idées et préoccupations offrent une perspective utile des programmes EJ, et sont présentées dans cette section du rapport technique.

Plus de la moitié des membres du personnel des collectivités ont déclaré qu'ils utilisaient déjà une approche intégrée (groupe) pour la plupart de leurs programmes de santé et de bien-être, ce qui comprend les programmes EJ. Dans ces collectivités, le personnel a travaillé à la prestation d'un programme intégré de services, avec des spécialistes appelés pour répondre à des besoins particuliers en matière de santé et de bien-être. On croit que l'approche holistique est préférable pour les clients.

Pour le groupe EJ, le personnel des collectivités a déclaré que le PCNP, l'ETCAF et la PSSMI étaient généralement bien intégrés dans leurs programmes de santé et de bien-être, mais que le PAPAR était plutôt géré indépendamment.

---

[93] Voir le Rapport technique n° 1, Réponses qualitatives – Participants aux programmes, ASA Inc., rapport à la DGSPNI, 2009

Le personnel des collectivités a indiqué que le PAPAR était considéré par plusieurs comme un programme éducatif conçu pour préparer les enfants à l'école. Il a également déclaré que l'expérience et les compétences nécessaires pour travailler au sein du PAPAR étaient très différentes de celles qu'exigent les domaines de la santé et du bien-être, et que la majorité du personnel du PAPAR était employée à temps plein à la prestation du PAPAR et n'avait pas le temps de se consacrer à d'autres domaines des programmes.

Les membres du personnel des collectivités ont déclaré que si l'approche de regroupement des programmes réduisait les exigences en matière de rapport et simplifiait la prestation des programmes en réduisant les écarts entre ceux-ci, alors ils appuyaient le processus, pourvu que leurs préoccupations (sous-section 1.2 et 1.3) soient abordées et réglées de façon adéquate.

Les membres du personnel des collectivités ont demandé si la DGSPNI était pour créer d'autres groupes de programmes dans les domaines les concernant et si les programmes de la DGSPNI allaient éventuellement se retrouver sous un seul programme de santé et de bien-être.

9.1.3. Résumé des constatations détaillées (E3.1)

Constatations 17
Sous-question d'évaluation E3.1

Les constatations détaillées sur les résultats imprévus sont les suivantes :

- Le personnel de la DGSPNI a relevé : (i) une amélioration de l'efficacité; (ii) une sensibilisation et une planification accrues dans les collectivités; (iii) une plus grande intégration de la culture traditionnelle; (iv) un meilleur accès aux services pour les femmes non inscrites et (v) un partage accru des ressources.
- Les collectivités appuient une approche plus intégrée de la prestation d'un plus grand nombre de programmes et de services de la DGSPNI.

9.2. Résultats négatifs imprévus et préoccupations importantes (E3.2)

Tableau 36 : Question d'évaluation E3 (pas de sous-questions d'évaluation)

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E3. L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?	**E3.2** L'exécution du groupe EJ produit-elle des résultats, a-t-elle des répercussions ou soulève-t-elle d'importantes préoccupations imprévues?

9.2.1. Résultats négatifs relevés par le personnel de la DGSPNI

Le personnel de la DGSPNI a relevé les types suivants de résultats négatifs imprévus :

- ***Les préoccupations des collectivités au sujet du financement :*** Étant donné qu'il n'y a pas suffisamment de financement pour subvenir à toutes les collectivités, des hypothèses non fondées sont avancées quant aux raisons pourquoi les collectivités n'ont pas reçu plus de fonds, ce qui peut occasionner des problèmes entre les collectivités.
- ***Les interruptions de programme ont un effet négatif sur les clients :*** Les manques de fonds et les interruptions dans le financement entraînent des interruptions dans les programmes qui peuvent provoquer un sentiment d'« abandon » chez les clients lorsque les services ne sont pas disponibles.
- ***Les lacunes dans les services et les besoins relevés en matière de santé :*** Lorsque les clients parlent ouvertement de leurs préoccupations, les lacunes dans les services offerts peuvent devenir plus évidentes et accroître les contraintes en ce qui concerne les ressources disponibles.
- ***Le ciblage des services peut avoir une incidence sur le comportement des clients :*** Les clients en situation de crise et qui sont aux prises avec de graves problèmes fondamentaux pouvant avoir une incidence sur eux-mêmes et leurs enfants peuvent être portés à chercher des moyens d'obtenir ou de maintenir leur admissibilité à des services particuliers. Un exemple concerne la sécurité alimentaire et la disponibilité de suppléments alimentaires pour les femmes enceintes. Les femmes n'ayant pas accès à d'autres ressources peuvent dire qu'elles sont enceintes afin de recevoir des suppléments alimentaires et/ou être incitées à tomber enceinte de nouveau en vue de maintenir leur aide alimentaire.
- ***Contraintes concernant les installations et la dotation dans les collectivités :*** Le manque d'espace et d'installations rend la prestation de certains programmes difficile. La disponibilité du financement pour les programmes peut réduire la capacité déjà limitée des installations dans les collectivités. Le roulement du personnel au sein de certains programmes réduit la capacité de certaines collectivités d'offrir les programmes disponibles avec les fonds dont elles disposent.

9.2.2. Résultats négatifs relevés par le personnel des collectivités

Le personnel des collectivités sondées a relevé les types suivants de résultats qui ont posé des difficultés :

- La demande accrue pour des services EJ a mené à de plus longues listes d'attente pour d'autres programmes, comme pour la garde d'enfants, qui ne peut être élargis avec les fonds disponibles;
- Il y a une forte demande de services, et on aimerait offrir les services EJ à un plus grand nombre de mères et d'enfants;
- L'offre de services avait fait grimper les attentes et avait occasionné des discussions concernant le besoin d'imposer des frais aux personnes qui n'appartiennent pas à une bande;
- Les salaires des employés hautement compétents au sein des programmes EJ n'étaient pas assez élevés en raison des limites budgétaires;
- Certains parents ont préféré être dirigés vers d'autres services plutôt que d'avoir recours aux programmes EJ dans leurs collectivités en raison d'inquiétudes au niveau de la protection de la vie privée;
- Les parents qui ont obtenu des services sans frais ne sont pas portés à se plaindre des services qu'ils ont reçus.

D’autres commentaires ont été formulés dans le sondage auprès du personnel des collectivités concernant des difficultés de « logistique » avec les installations et le matériel nécessaires à l’exécution de leurs programmes.

On peut régler certaines de ces difficultés en améliorant les communications au sujet des programmes EJ et en apportant de plus amples assouplissements dans l’utilisation des fonds disponibles au niveau des collectivités. Toutefois, les niveaux de financement et les structures, en général, pour le groupe EJ dans son ensemble, sont des questions plus amples devront être abordées à un niveau plus global.

9.2.2.1. PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LE REGROUPEMENT DE PROGRAMMES ET LE TRANSFERT DE LA SANTÉ

Certains membres du personnel des collectivités, surtout ceux qui sont en fonction depuis un certain temps et/ou qui savent quelles ont été les répercussions de la politique de transfert de la santé de la DGSPNI d’il y a quelques années, avaient des préoccupations quant au plan de la DGSPNI derrière l’approche de regroupement des programmes. D’autres membres du personnel des collectivités ont dit ne pas être au courant de la décision de la DGSPNI de se tourner vers une approche de financement par groupes de programmes, et qu’ils craignaient que celle-ci signale le retrait de la DGSPNI de leurs collectivités, comme il a été le cas avec la politique de transfert de la santé.

9.2.2.2. PRÉOCCUPATIONS CONCERNANT LE REGROUPEMENT ET LE FINANCEMENT

Les réponses du personnel des collectivités au sondage d’évaluation indiquent que le niveau de compréhension au sujet de l’approche de « regroupement » varie d’une collectivité à l’autre. Certains membres du personnel des collectivités, surtout au niveau de la haute direction, ont dit craindre que le virage vers le financement de groupes de programmes ne cause des problèmes dans les collectivités qui ne reçoivent pas assez de fonds en ce moment pour offrir les quatre programmes EJ. Ils craignent que, une fois le financement par groupes de programmes établi, il ne soit pas possible de déterminer si les collectivités qui recevaient des fonds en recevaient initialement pour un, deux, trois ou pour les quatre programmes EJ.

De plus, certains membres du personnel des collectivités craignent que, une fois le financement par groupes de programmes établi, les membres des collectivités sauront que leur collectivité recevra des fonds pour tous les programmes EJ, créant ainsi des attentes et une demande de services qui ne pourront pas être satisfaites, surtout en raison du manque de fonds et de ressources nécessaires pour assurer la prestation des quatre programmes. Ce qu’ils craignent c’est qu’une collectivité (par exemple) qui ne reçoit actuellement des fonds que pour deux des quatre programmes EJ ne soit appelée à offrir les quatre programmes EJ à la collectivité.

Ces préoccupations au sein du personnel dans certaines collectivités peuvent refléter un manque de compréhension de l’approche de groupe de programmes et de la manière dont les nouvelles dispositions de financement seront mises en application. Elles peuvent également indiquer un besoin continu pour de plus amples séances d’information avec les collectivités.

9.2.2.3. SOUPLESSE DES PROGRAMMES ET ÉTABLISSEMENT DES PRIORITÉS

Le personnel des collectivités considère la souplesse dans l’établissement des programmes, tant comme une force qu’une faiblesse. Elle constitue une force parce que les collectivités ont un certain degré de latitude pour ce qui est d’adapter un programme aux besoins particuliers de leurs collectivités. Elle constitue une faiblesse parce que la DGSPNI donne peu d’exemples de pratiques et d’approches efficaces pour répondre aux besoins en matière de santé; et n’offre pas de directives bien documentées sur ce qui doit être fait.

De plus, le personnel des collectivités a expliqué que les plus grandes collectivités comptent des spécialistes dans un plus grand nombre de domaines et sont donc mieux en mesure de déterminer les besoins de leurs collectivités et d'en établir les priorités. Leurs budgets de voyage sont également plus importants, ce qui leur permet de participer à différents séminaires et ateliers de travail, dont ceux de la DGSPNI, pour répondre aux besoins en matière de santé. Le personnel des collectivités a également souligné que la DGSPNI ne tenait pas de comptes rendus et ne faisait pas de suivis systématiques des séminaires et des ateliers de travail afin que les collectivités qui ne peuvent y participer puissent tirer profit des connaissances qui y sont échangées et acquises.

Le personnel a expliqué que les petites collectivités disposent habituellement de petites équipes de santé et de bien-être qui doivent fournir une gamme de services qui dépassent souvent leurs domaines d'expertise collective et individuelle. Dans un bon nombre de plus petites collectivités, les membres du personnel ont besoin d'aide pour déterminer l'éventail des besoins en matière de santé qui devraient être satisfaits, et dans certains cas, des besoins ne sont pas satisfaits adéquatement parce que certains membres du personnel ne sont pas au courant de ceux-ci et ne savent pas comment y répondre.

Le personnel des collectivités a également expliqué que le roulement élevé du personnel chargé de la santé et du bien-être dans les collectivités, combiné au roulement élevé du personnel de la DGSPNI dans les bureaux régionaux, complique davantage le défi que représente la détermination des besoins en matière de santé en raison de l'information perdue.

Le personnel des collectivités a souligné que la crise de santé publique H1N1 actuelle était une exception. La DGSPNI a pris les choses en main et a orienté et soutenu les collectivités, en plus de distribuer de la documentation. On estime que d'autres besoins en matière de santé sont tout aussi importants que la grippe H1N1 et que la DGSPNI devrait faire d'importants efforts pour y répondre.

Lorsqu'on leur a demandé si la DGSPNI était la seule option pour obtenir du soutien et de la documentation dans les plus petites collectivités : (i) certains membres du personnel des collectivités ont indiqué que ce manque pourrait être comblé par d'autres organisations, mais que cela ne ferait qu'ajouter une autre dimension à un processus déjà compliqué, alors que (ii) la majorité du personnel des collectivités a dit qu'une organisation de santé des Premières nations devrait être chargée de fournir le soutien et la documentation nécessaires.

Dans l'ensemble, les membres du personnel des collectivités ne veulent pas que la DGSPNI détermine quels sont leurs besoins prioritaires en matière de santé ni ne leur dicte la façon de répondre à ces besoins, puisque chaque collectivité doit décider de la voie qu'elle devra suivre.

Un membre du personnel qui avait travaillé au sein d'un important organisme provincial de santé a déclaré que la DGSPNI ne disposait pas d'une approche structurée, bien documentée et accessible aux collectivités, pour répondre aux besoins en matière de santé et de bien-être dans les collectivités. L'information arrive au compte-gouttes et cette information manque souvent de conseils et de suggestions sur la façon de faire les choses. Il ne semble pas y avoir de plan directeur pour élaborer un guide de santé et de bien-être que les collectivités pourraient utiliser. Il semble y avoir un vide parce qu'il n'y a pas d'autorité en matière de « santé et bien-être » pour offrir des conseils et du soutien.

Un aîné qui avait travaillé la plus grande partie de sa vie adulte dans le secteur de la santé et du bien-être a résumé la situation en expliquant que si les plus petites collectivités ne reçoivent pas de directives et de soutien, le personnel passe trop de temps à se demander quoi faire et comment le faire au lieu de se consacrer uniquement à aider les membres de la collectivité.

9.2.2.4. LES COLLECTIVITÉS QUI NE REÇOIVENT PAS DE FONDS SONT LAISSÉES DE CÔTÉ

Le personnel des collectivités a souligné que les collectivités qui ne reçoivent pas de fonds de la DGSPNI pour répondre à leurs besoins en matière de santé sont laissées de côté. Ces collectivités, pour la plupart, parce qu'elles manquent de fonds, ne sont pas invitées aux séances de formation de la DGSPNI et, de façon générale, ne reçoivent pas le soutien nécessaire pour répondre aux besoins en matière de santé. Le personnel a de plus expliqué que même si très peu de collectivités n'obtiennent aucun financement de la DGSPNI, la plupart des Premières nations n'en obtiennent pas pour tous les programmes, et c'est dans ces domaines non financés qu'elles ne reçoivent pas de conseils ni d'information.

Certains membres du personnel des collectivités se sont demandé à quoi cela servait d'offrir de l'information sur un programme particulier aux collectivités qui ne reçoivent pas de fonds pour au moins un des programmes EJ. En d'autres mots, pourquoi envoyer de l'information sur le PSSMI à une collectivité que ne reçoit pas de fonds pour ce programme?

D'autres membres du personnel des collectivités ont indiqué qu'avec le regroupement des programmes EJ, la DGSPNI devrait envoyer toute l'information à toutes les collectivités, peu importe qu'elles aient reçu ou non des fonds pour ces programmes dans le passé.

Un membre du personnel des collectivités a mentionné que certaines possibilités n'étaient pas explorées. Si une collectivité, par exemple, ne reçoit pas de financement pour le PSSMI, il serait possible d'inclure des éléments du programme (l'information, entre autres) dans la prestation d'autres programmes offerts dans la collectivité.

9.3. Résumé des principales constatations, résultats imprévus (E3)

Question d'évaluation	
E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?

Les données disponibles ne permettent pas de déterminer si les types de résultats abordés plus haut sont circonscrits ou s'ils peuvent s'appliquer de façon générale à différentes régions, d'autres collectivités et/ou tous les programmes EJ. Néanmoins, les types de résultats imprévus relevés semblent s'appliquer au groupe EJ tel qu'il est conçu et offert en ce moment.

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION E3

Les principales constatations sur les résultats positifs imprévus sont les suivantes :

- On estime que les programmes EJ, en tant que groupe au niveau des collectivités, favorisent les approches intégrées de planification des services et une prestation plus efficace.
- La participation aux programmes EJ génère une vaste gamme d'effets positifs pour les parents et les enfants qui vont au-delà de la simple mise en valeur de « saines habitudes de vie ».
- On estime que les programmes EJ favorisent l'inclusion des traditions et de la culture dans les activités, et, dans certains cas, ont amélioré l'accès à certains services pour les femmes qui n'auraient pas eu droit à du soutien dans le cadre de programmes précédents.

Les principales constatations sur les résultats négatifs imprévus sont les suivantes :

- Le personnel des collectivités s'inquiète des répercussions que pourrait avoir l'approche de regroupement des programmes de la DGSPNI et de la possibilité que la DGSPNI se retire des programmes de santé et de bien-être.
- Le personnel des collectivités craint que l'approche de regroupement des programmes n'entraîne une demande accrue de services qui ne pourra pas être satisfaite avec les niveaux de financement actuels.
- Bon nombre de collectivités, surtout les plus petites, ont besoin d'une aide supplémentaire pour déterminer quels sont les besoins en matière de santé, établir les priorités et répondre à ces besoins, ce qui comprend des suggestions et des exemples sur la façon de s'y prendre.
- La DGSPNI n'offre pas de pratiques intégrées et structurées ni de documents d'orientation pour aider les collectivités à prévoir et à offrir des services et du soutien concernant les besoins en matière de santé.
- Les collectivités qui ne reçoivent pas de financement pour des programmes EJ particuliers ne reçoivent pas d'information sur ces programmes et, par conséquent, manquent de bonnes occasions d'incorporer certains des éléments des programmes EJ dans les autres programmes qu'elles offrent.

Section 10. PRISE EN CHARGE PAR LES COLLECTIVITÉS ET CAPACITÉS EN MATIÈRE DE RESSOURCES HUMAINES

Cette section présente l'analyse et les constatations pour la septième et la huitième question d'évaluation.

Tableau 37 : Critères et questions d'évaluation

Critères d'évaluation	Questions d'évaluation	
Pertinence	**P1.**	Est-ce que le groupe EJ répond à des besoins clairement définis pour les jeunes enfants des PN en matière de santé?
	P2.	Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?
	P3.	Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?
Efficacité	**E1.**	Est-ce que le regroupement de 2, 3 ou 4 programmes destinés aux enfants répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?
	E2.	Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?
	E3.	L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?
	E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile?
	E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

L'évaluation comprenait un examen de la mesure dans laquelle le groupe EJ dans l'ensemble contribue à la prise en charge accrue par les Premières nations (E4a) et au renforcement de leurs capacités en matière de ressources humaines (E4b) d'assurer la prestation des programmes et des mesures de soutien pour la santé des enfants. La contribution individuelle de chacun des programmes du groupe n'a pas été examinée.

La quatrième question concernant l'efficacité comprenait une sous-question, comme le montre le tableau ci-dessous. L'indicateur du niveau de participation des Premières nations aux prises de décisions concernant les programmes et les services EJ a été utilisé dans le cadre de l'évaluation. La mesure dans laquelle les Premières nations ont pris part aux décisions sur les programmes EJ est fonction des ententes de financement ou du modèle de financement utilisé. On compte actuellement quatre types d'ententes de financement avec des degrés variables de souplesse. L'évaluation a tenu compte des facteurs qui ont une incidence sur la capacité des Premières nations à conclure des accords de transfert flexibles.

10.1. Prises de décisions des Premières nations pour les programmes EJ (E4a.1)

Tableau 38 : Question d'évaluation E4 et sa sous-question

Question d'évaluation	Sous-question d'évaluation
E4a. Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile?	**E4a.1** Y a-t-il eu une hausse dans la prise en charge de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile par les collectivités des PN?

Le sondage auprès du personnel de la DGSPNI indiquait que les Premières nations participent davantage aujourd'hui qu'il y a cinq ans aux prises de décisions concernant les programmes et l'établissement des priorités pour répondre aux besoins des collectivités.

Les deux tiers du personnel de la DGSPNI ont dit qu'il y avait une plus grande participation et un tiers a dit que les Premières nations participaient un peu plus maintenant qu'il y a cinq ans.

Une proportion de 40 p. 100 du personnel des collectivités a dit qu'il y avait une plus grande participation des collectivités aux prises de décisions aujourd'hui qu'il y a cinq ans.

Les Premières nations participent directement aux étapes de planification pour l'élaboration de plans de santé pour les collectivités ainsi qu'à la prestation des programmes. En fonction du modèle de financement appliqué, certaines Premières nations ont également une certaine latitude quant à l'utilisation du financement pour les programmes EJ et pour d'autres types de programmes dans la collectivité. Si, après la prestation de leurs programmes, les collectivités disposent encore de fonds, elles peuvent utiliser ceux-ci pour un autre programme EJ (selon le modèle de « financement fixe ») ou un programme DPC (selon un modèle de « financement transitoire ») ou un programme d'un autre groupe (selon le modèle de « financement souple »).

10.1.1. Résumé des constatations détaillées (E4a.1)

L'information recueillie auprès du personnel de la DGSPNI et du personnel dans les collectivités sondées dans le cadre de cette évaluation semble indiquer qu'il y a une prise en charge accrue de la prestation des programmes de santé maternelle et infantile par les Premières nations.

Constatations 18
Sous-question d'évaluation E4a.1

Constatations sur la prise de décisions par les Premières nations (E4a.1)

- Les Premières nations ont pris de plus en plus part aux décisions concernant les programmes au cours des cinq dernières années, dans certaines collectivités mais pas dans toutes les collectivités.

10.2. Capacité accrue en matière de ressources humaines? (E4b)

La cinquième question sur l'efficacité avait pour but d'évaluer la mesure dans laquelle le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants du groupe EJ a contribué au renforcement de la capacité en ressources humaines d'offrir des programmes destinés aux enfants dans les collectivités des Premières nations. La question a été examinée dans le cadre d'une étude intitulée « Examen de la formation EJ » réalisée par des consultants indépendants sur demande de la DGSPNI et achevée en octobre 2009. Les constatations et conclusions présentées ci-dessous ont été préparées par le personnel de la DEJ.

Tableau 39 : Question d'évaluation E5 et ses sous-questions

Question d'évaluation	Sous-questions
E4b. Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?	Quels sont les besoins en formation pour les programmes EJ des PN? Quelle formation offre-t-on au personnel EJ dans les collectivités? Est-ce que la formation offerte cadre avec les besoins relevés? (Est-ce que la formation répond aux besoins du personnel des programmes EJ des PN?) Le personnel des collectivités est-il satisfait de la formation offerte? Comment la formation a-t-elle aidé le personnel des collectivités? C.-à-d. a-t-on une meilleure confiance dans le niveau de compétence? La formation a-t-elle modifié la composition du personnel en produisant des travailleurs mieux formés ou plus compétents? Les collectivités ont-elles été en mesure d'offrir différents programmes et différentes composantes de programme grâce à la formation? La formation offre-t-elle de l'information ou des ressources propres à la culture et pertinentes? Quels partenariats a-t-on établis pour offrir la formation? S'agissait-il de partenariats permanents ou occasionels?

10.2.1. Capacité des ressources humaines d'assurer la prestation des programmes destinés aux enfants

Une grande partie de l'information présentée dans cette section est tirée du rapport d'examen de la formation EJ (2009) qui a sondé un total de 93 membres du personnel dans les collectivités : 59 au Manitoba, 18 au Québec et 16 en Ontario, ainsi que sept gestionnaires régionaux de la SPNI à travers le Canada.

Pour l'instant, il est impossible de déterminer si l'information tirée des répondants des collectivités dans ces trois régions peut s'appliquer de façon générale à toutes les régions; toutefois, les réponses des gestionnaires de différentes régions du pays semblent appuyer les constatations.

Quels sont les besoins en formation pour les programmes EJ des PN?

Les deux premiers besoins en matière de formation relevés par les répondants des collectivités dans un sondage d'examen de la formation EJ[94] commandé récemment ont été : la formation en gestion (conseils de supervision/gestion des ressources humaines) et le travail avec les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles. Au cours du même examen, les gestionnaires régionaux de programmes destinés aux enfants ont souligné que le besoin le plus important était la formation sur les visites à domicile (5 des 7 répondants), ce qui comprend une formation plus avancée pour ceux qui l'ont déjà suivie et la formation pour aider les enfants qui ont des besoins spéciaux et leurs familles.

Les autres besoins en matière de formation administrative ou axée sur les compétences relevés par les répondants des collectivités et des régions comprenaient : la gestion de cas/l'évaluation et le dépistage; la rédaction de propositions; l'organisation d'ateliers de travail; l'informatique; la promotion de la santé et la planification des services de santé et la mobilisation et la sensibilisation des collectivités. La formation qui peut être transmise aux membres des collectivités (formation en fonction du contenu) comprenait : l'ETCAF, l'alimentation, la planification du menu, l'allaitement au sein, l'exercice, la sécurité des enfants, le rôle parental et l'attestation de formation en éducation de la petite enfance (EPE).

Quelle formation offre-t-on au personnel EJ dans les collectivités?

Une analyse interne de la formation prévue au niveau des collectivités entre les années financières 2005-2006 et 2007-2008[95] a indiqué que les domaines de « formation administrative/individuelle axée sur les compétences » les plus courants[96] étaient : approche/visite à domicile, élaboration du curriculum, inventaires des actifs, planification du travail, violence familiale, premiers soins et évaluation. Les domaines les plus courants « formation axée sur le contenu » étaient l'ETCAF, les besoins spéciaux, les compétences parentales, l'alimentation, l'allaitement au sein, la formation de doula, l'éducation de la petite enfance, l'intervention en santé mentale, les enseignements traditionnels et la prévention des blessures.

Est-ce que la formation offerte cadre avec les besoins relevés – répond-elle aux besoins?

Selon l'information recueillie au cours de l'examen de la formation et de l'analyse de la formation EJ, la formation cadre avec les besoins relevés. La plupart des régions disposent de comités consultatifs composés de représentants des collectivités qui participent à la planification des activités de formation – ce qui permet d'assurer que les besoins des collectivités sont tenus compte dans les événements régionaux de formation.

Toutefois, des défis se posent. Les répondants des collectivités ont relevé les problèmes suivants : pas assez de fonds pour tirer profit des possibilités de formation (65 p. 100); pas assez de personnel pouvant prendre du temps hors du bureau (40 p. 100) et manque de possibilités de formation appropriée à la fonction exercée (27 p. 100). Certains répondants ont indiqué qu'ils ne pouvaient profiter que des possibilités de formation gratuites ou à faible coût en raison du manque de fonds.

Le personnel des collectivités est-il satisfait de la formation offerte?

Les répondants des collectivités à l'examen de la formation EJ étaient clairement satisfaits de la formation qu'ils avaient reçue – 82 p. 100 de tous les répondants questionnés ont donné aux séances passées des cotes allant d'au-dessus de la moyenne à excellente. De plus, 18 p. 100 des répondants ont donné aux

---

[94] Le Rapport provisoire sur l'examen de la formation EJ, août 2009 – un total de 93 questionnaires pour le personnel des collectivités ont été remplis : 59 au Manitoba, 18 au Québec et 16 en Ontario et 7 entrevues téléphoniques ont été réalisées avec des gestionnaires régionaux de la SPNI.

[95] Analyse interne de la formation de la DEJ 2005-2006-2007-2008.

[96] « Plus courants » s'entend du nombre de régions qui ont offert ce type de formation.

séances passées des cotes allant d'en dessous de la moyenne à moyenne, formulant les raisonnements suivants : la formation n'était pas de type « pratique »; on devait juste s'asseoir et écouter; la formation sur les services d'approche devrait être offerte par un travailleur d'approche; la formation ne s'adressait pas à eux et ne s'appliquait pas à eux et leurs collectivités; la formation allait trop vite; on connaissait déjà l'information fournie ; une formation devrait fournir des renseignements plus pertinents, et la formation reçue présentait très peu ou ne présentait pas de contenu sur les Premières nations.

Comment la formation a-t-elle aidé le personnel des collectivités?

Une proportion de 78 p. 100 des répondants des collectivités ont formulé des commentaires sur la satisfaction à l'égard de la formation et du travail et 99 p. 100 de ceux-ci ont dit que leur niveau de satisfaction à l'égard de leur travail s'était accru : 28 p. 100 des répondants ont dit avoir acquis des connaissances dans le cadre du processus de formation; 22 p. 100 ont mentionné que la formation leur avait donné plus de confiance et les avait motivés davantage; 17 p. 100 ont indiqué que la formation leur avait donné les compétences nécessaires pour améliorer leur travail; 11,5 p. 100 ont déclaré qu'ils avaient été en mesure d'apporter plus d'information et de ressources à leurs collectivités et 10 p. 100 ont dit qu'ils avaient été en mesure de travailler au sein de réseaux et d'échanger de l'information avec des travailleurs de d'autres Premières nations. 76 p. 100 des répondants ont déclaré que la formation avait contribué à leur perfectionnement professionnel.

Quels effets la formation du personnel des collectivités a-t-elle eus sur ces dernières?

Quant à savoir quels effets la formation avait eus sur les répondants et leurs collectivités, la majorité (85 p. 100) a répondu : « je me sens plus en mesure de soutenir les familles ». La deuxième réponse (80 p. 100) la plus courante a été : « j'ai le sentiment de contribuer à ma collectivité des Premières nations ». Un nombre important de réponses au sondage portaient surtout sur les avantages pour les enfants, leurs familles et les collectivités en général et la capacité du personnel formé d'échanger l'information acquise. 62 p. 100 ont répondu : « je crois que nous sommes capables d'offrir des programmes différents ou spécialisés ». Les répondants des régions ont également indiqué que les collectivités avaient bénéficié de cette formation pour différentes raisons, y compris : le personnel chargé des programmes est plus compétent et motivé; les programmes sont plus solides et efficaces et les activités de programmes offertes sont plus variées.

La formation offre-t-elle de l'information ou des ressources pertinentes et propres à la culture?

Plus des trois quarts (83 p. 100) des répondants des collectivités qui ont répondu à la question sur la prise en compte de la culture ont indiqué que la formation qu'ils avaient reçue était appropriée à la culture (63 p. 100) ou assez appropriée à la culture (20 p. 100). 17 p. 100 des répondants ne croyaient pas que la formation qu'ils avaient reçue était appropriée à la culture. (19 p. 100 des participants n'ont pas répondu à cette question.) Les répondants des régions ont mentionné que l'information donnée au cours de la formation avait été adaptée afin de mieux convenir à la culture d'après les discussions avec les groupes consultatifs régionaux et/ou les collectivités des Premières nations.

Quels partenariats a-t-on établis pour offrir la formation? S'agissait-il de partenariats permanents ou occasionnels?

Les résultats de l'examen de la formation EJ montrent que le personnel des programmes EJ a établi des relations avec différents partenaires de formation, y compris : des organisations autochtones régionales; des instituts de formation/collèges/universités; des ministères et organismes gouvernementaux provinciaux/fédéraux et d'autres fournisseurs de formation spécialisés dans la formation de travailleurs des services à l'enfance.

10.2.1.1. CONCLUSIONS DE L'EXAMEN DE LA FORMATION EJ

Conclusion

L'information fournie dans le cadre de l'examen de la formation EJ indique que la formation pour renforcer la capacité des ressources humaines des programmes EJ cadre très bien avec les besoins relevés. Les deux principales catégories de besoins en matière de formation ont été : la formation en gestion (conseils de supervision/gestion des ressources humaines) et le travail avec les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles. Plus des trois quarts des répondants du personnel des collectivités étaient satisfaits de la formation qu'ils avaient reçue et ont indiqué que la formation avait augmenté leurs niveaux de confiance, de motivation et de compétence et/ou leur niveau de satisfaction générale à l'égard de leur travail. Une majorité a souligné que la formation était appropriée à la culture et qu'elle avait bénéficié aux enfants et aux familles dans leurs collectivités.

Il importe également de noter qu'un bon nombre des répondants des collectivités ont indiqué qu'il n'y avait pas suffisamment de fonds pour la formation et que la communication et la planification concernant la formation pourraient être améliorées.

Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

L'information tirée de l'examen de la formation EJ semble indiquer que les investissements dans la formation pour les programmes destinés aux enfants contribuent au renforcement de la capacité en matière de ressources humaines.

10.3. Résumé des principales constatations sur la prise en charge et les ressources humaines

Questions d'évaluation	
E4a.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à une hausse dans la prise en charge par les PN de la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé infantile?
E4b.	Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue au renforcement de la capacité des ressources humaines (soit par la formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

RÉSUMÉ DES PRINCIPALES CONSTATATIONS À LA QUESTION D'ÉVALUATION E4

Les principales constatations sont les suivantes :

- Au cours des cinq dernières années, il y a eu une participation accrue des Premières nations aux décisions concernant les programmes dans certaines collectivités.
- L'examen de la formation EJ a révélé que la formation pour renforcer la capacité en ressources humaines des programmes EJ cadre bien avec les besoins relevés. Bon nombre de répondants des collectivités interrogés ont indiqué qu'il n'y avait pas suffisamment de fonds pour la formation et que la communication et la planification concernant la formation pourraient être améliorées.
- L'examen de la formation EJ a révélé que les investissements dans la formation liée aux programmes destinés aux enfants contribuent au renforcement de la capacité des ressources humaines.

Section 11. AUTRES CONSTATATIONS

La présente section comprend de l'information sur deux sujets qui n'entrent pas dans la portée de l'évaluation, mais pour lesquelles le personnel des programmes de la DGSPNI a demandé des renseignements supplémentaires, à savoir, les modèles de financement et le temps de bénévolat. Les constatations concernant les objectifs de réussite sont également présentées.

Les conclusions et les recommandations sur ces deux sujets ne sont pas incluses dans le présent rapport puisque ces sujets n'entrent pas dans la portée et ne figurent pas dans le cadre de référence de l'évaluation.

11.1. Modèles de financement

La portée des prises de décisions des Premières nations est limitée par le niveau de financement disponible pour les programmes EJ et le modèle de financement mis en application dans les diverses collectivités. Les deux tiers du personnel de la DGSPNI sondé a dit que le modèle de financement avait une incidence sur les résultats des programmes EJ.

On a demandé au personnel de la DGSPNI si les choix de modèles de financement[97] étaient appropriés et s'ils avaient une incidence sur les résultats des programmes EJ. On leur a également demandé quels étaient les principaux facteurs qui contribuaient et ceux qui nuisaient à la capacité des Premières nations de conclure des ententes de financement souples :

- 47 p. 100 ont dit que les modèles étaient « très/tout à fait appropriés » et 47 p. 100 ont dit qu'ils étaient « assez » appropriés. 6 p. 100 ont dit qu'ils n'étaient pas appropriés du tout.
- 48 p. 100 ont dit que les modèles de financement avaient une incidence sur les résultats des programmes EJ, 18 p. 100 ont dit qu'ils avaient une certaine incidence et 4 p. 100 ont dit qu'ils n'en avaient « pas du tout ». (30 p. 100 ont répondu « je ne sais pas » et certains ont dit qu'il était trop tôt pour se prononcer sur les nouvelles ententes.)

[97] Les modèles de financement ont été définis comme suit : (i) fixe; (ii) transitoire; (iii) souple et (iv) de transfert souple.

Les facteurs relevés par environ la moitié du personnel de la DGSPNI comme pouvant contribuer à la capacité des Premières nations de conclure des ententes de transfert souples étaient :

- La capacité de la collectivité et du personnel à gérer le financement et du personnel formé à mettre le plan en œuvre;
- Faire en sorte que des plans de santé pour les collectivités soient élaborés et suivis;
- Soutien de la direction avec une bonne structure de gouvernement et gestion de bande.

Environ la moitié du personnel des collectivités a indiqué que les capacités limitées, l'absence de plans de santé pour les collectivités et le manque de soutien à la direction étaient les principaux obstacles à la capacité des Premières nations de conclure ces ententes. Les autres facteurs considérés par le personnel de la DGSPNI comme pouvant contribuer ou nuire à la conclusion d'ententes ont été : l'établissement d'équipes solides pour les groupes de programmes dans les régions de la DGSPNI pour aider les collectivités et ménager des discussions entre les collectivités et les régions de la DGSPNI, la coordination des services de santé provinciaux, la taille et l'emplacement des collectivités, le manque de lignes directrices, les contraintes financières et la gestion de tierces parties.

Plus de 90 p. 100 du personnel de la DGSPNI estime que les modèles de financement, dans l'ensemble, sont appropriés et les deux tiers estiment qu'ils ont une incidence sur les résultats des programmes EJ.

11.2. Bénévolat dans les collectivités

Le sondage des participants demandait à ces derniers s'ils prenaient part à des activités de bénévolat dans leurs collectivités et, si oui, à quelle fréquence. Voici ce que le sondage a révélé :

- Près de la moitié des participants aux programmes (47,1 p. 100) ont dit faire du bénévolat et 10,9 p. 100 de ceux-ci ont dit faire ce bénévolat dans le cadre des programmes EJ, 11,3 p. 100 dans le cadre d'autres programmes, 10,9 p. 100 à l'occasion d'événements sportifs ou récréatifs communautaires et 27,6 p. 100 au cours de d'autres événements communautaires.
- Par ailleurs, environ deux tiers des gens (67,5 p. 100) ont dit faire du bénévolat une à deux fois par mois, 21,7 p. 100 trois à cinq fois par mois et 10,8 p. 100 plus de cinq fois par mois.
- Ces réponses semblent indiquer qu'un bon nombre des participants aux programmes EJ prennent régulièrement part à des activités de bénévolat au sein de leurs collectivités.

11.3. Résumé des autres constatations

- Plus de 90 p. 100 du personnel de la DGSPNI estime que, dans l'ensemble, les modèles de financement sont appropriés et près des deux tiers estiment qu'ils ont une incidence sur les programmes EJ.
- L'information disponible révèle qu'un bon nombre des participants aux programmes EJ prennent régulièrement part à des activités de bénévolat au sein de leurs collectivités.

Section 12. CONSTATATIONS ET CONCLUSIONS

La présente section résume les constatations pour les questions d'évaluation sur la pertinence et l'efficacité, ainsi que les conclusions fondées sur ces constatations.

Afin d'interpréter les constatations qui ont été faites, il importe de noter les deux facteurs suivants concernant les questions d'évaluation. Premièrement, tel qu'il est mentionné à la section 1 du présent rapport, le but de l'évaluation du groupe EJ était d'évaluer la pertinence et l'efficacité du groupe EJ dans son ensemble, et non d'évaluer chacun des programmes du groupe individuellement. C'est pourquoi les constatations et conclusions qui suivent portent sur le groupe des programmes EJ dans son ensemble et ne devraient pas être interprétées comme des constatations sur les programmes EJ pris individuellement.

Deuxièmement, comme il est mentionné à la section 2 du présent rapport, la distribution du financement et la portée du groupe EJ varient d'une Première nation à l'autre, avec seulement 33,9 p. 100 des Premières nations recevant actuellement des fonds pour les quatre programmes EJ. Le financement total disponible pour les programmes EJ est insuffisant pour que tous les programmes soient offerts dans toutes les collectivités. Les données de l'évaluation comprennent un échantillon de collectivités de Premières nations pour lesquelles le nombre de programmes EJ offerts et le montant de financement reçu varient. De plus, le financement disponible au sein d'une collectivité donnée peut être insuffisant pour répondre à toutes les demandes de services dans cette collectivité.

Par conséquent, les constatations et conclusions suivantes sont basées sur l'efficacité du groupe EJ dans l'ensemble des 37 Premières nations sondées selon les niveaux de financement existants et ne devraient pas être interprétées comme des constatations sur l'efficacité du groupe EJ dans une collectivité de Première nation particulière.

12.1. Constatations et conclusions pour chaque question d'évaluation

Les constatations et conclusions sont présentées pour chacune des questions d'évaluation.

P1. Est-ce que le groupe EJ répond aux besoins clairement définis des jeunes et des enfants des PN en matière de santé?

Les besoins actuels des jeunes enfants des Premières nations en matière de santé présentent des disparités ou « écarts » variés et considérables, comparativement à ceux des autres enfants canadiens. La documentation existante et les documents de la DGSPNI à ce sujet font état de certains de ces écarts (comme dans les domaines de l'allaitement au sein et du tabagisme durant la grossesse), mais beaucoup d'autres n'ont pas été mesurés en raison d'un manque de données. Les besoins perçus en matière de santé varient selon l'âge des enfants, et comprennent d'autres problèmes non relevés dans la documentation. Des évaluations en profondeur des besoins devront être réalisées afin de mieux définir les priorités en matière de santé infantile dans le groupe EJ et pour les programmes offerts dans les collectivités.

Avec le temps, des améliorations dans les tendances relatives aux besoins de santé se manifestent dans certains indicateurs de la santé, surtout en ce qui concerne les taux d'allaitement au sein et les taux décroissants de mortalité infantile. Au niveau agrégé, une importante tendance se révèle dans le volume croissant des besoins de santé liés tout particulièrement au taux de croissance plus élevé de la population de Premières nations, comparativement à la population canadienne en général. Cependant, les taux de croissance varient d'une Première nation à l'autre. Certains types de besoins en matière de santé connaissent une croissance plus rapide, et de nouveaux types de besoins ont

également été relevés. De plus amples renseignements seront nécessaires pour déterminer l'étendue des changements dans les types de besoins de santé ainsi que les liens entre ces besoins et les activités du groupe EJ.

Il y a un lien clair entre bon nombre des principaux besoins des enfants en matière de santé et les activités du groupe des programmes EJ. Toutefois, il n'y a pas suffisamment de fonds pour assurer la prestation des quatre programmes EJ dans chacune des Premières nations, et les programmes et services EJ offerts varient d'une collectivité à l'autre. C'est pourquoi de nombreuses Premières nations ne bénéficient que d'une série incomplète de programmes pour répondre aux besoins essentiels des enfants en matière de santé. De plus, certains des besoins clés des enfants qui ont été relevés en matière de santé ne constituent pas un objectif majeur ni mineur du groupe EJ, et d'autres programmes peuvent y répondre. La DGSPNI offre d'autres programmes ou initiatives concernant certaines de ces questions, comme les blessures chez les enfants, et des programmes, autres que ceux de la DGSPNI, concernant la garde d'enfants et le développement de la petite enfance touchent un bon nombre de questions connexes et interdépendantes. De plus amples recherches devront être réalisées sur une vaste gamme de programmes afin d'évaluer la mesure dans laquelle les programmes et les activités non liées au groupe EJ répondent aux besoins des enfants en matière de santé et de développement, et pour déterminer l'importance des « lacunes » dans les programmes visant à répondre aux besoins en matière de santé.

Le groupe EJ réussit avec passablement d'efficacité à répondre aux besoins en matière de santé et répond mieux à certains besoins qu'à d'autres. Le groupe EJ, dans son ensemble, semble répondre le moins bien aux besoins dans les domaines de l'alimentation saine pour les enfants et des enfants vivant avec des besoins spéciaux.

Au niveau des collectivités, le groupe EJ semble répondre efficacement aux besoins en matière de santé selon 35 p. 100 de l'effectif de la DGSPNI et 70 p. 100 de l'effectif dans les collectivités, estime que certains des besoins de santé dans les collectivités sont mieux satisfaits par le groupe EJ que d'autres. Les soins prénataux, la préparation des enfants à l'école et les soins dentaires ont été les domaines les mieux satisfaits, alors que les langues des Premières nations, le bien-être mental des mères et les besoins spéciaux ont été cotés sous la moyenne. Parmi les personnes qui ont recours aux services du groupe EJ, on dénote un haut niveau de satisfaction à l'égard des services reçus.

Conclusion : On estime que le groupe EJ, dans son ensemble, répond à des besoins clairement définis en ce qui concerne la santé des jeunes enfants de Premières nations et de leurs familles. Toutefois, les programmes EJ ne répondent pas à tous ces besoins parce que les services ne sont pas offerts dans toutes les collectivités. Au niveau communautaire, certains types de besoins en matière de santé sont mieux satisfaits que d'autres. Ces constatations semblent indiquer qu'il y a d'importants besoins en matière de santé qui ne sont pas satisfaits, y compris les besoins spéciaux, et qu'une étude plus approfondie des programmes EJ et non EJ devrait être réalisée en vue de cerner les « lacunes » possibles dans les services.

P2. Dans quelle mesure le groupe EJ est-il lié à une priorité du gouvernement?

Depuis 2003, le principe de base du groupe EJ a été fondé sur l'investissement « en amont » en vue d'améliorer la santé des Premières nations et la reconnaissance de l'importance du développement de la petite enfance pour assurer la santé et le bien-être des enfants toute leur vie durant.

Depuis la fin des années 1990, les décisions et les budgets successifs du gouvernement ont favorisé l'expansion des politiques et des fonds disponibles en vue d'atteindre deux principaux objectifs : premièrement, offrir aux enfants des Premières nations vivant dans les réserves les mêmes services que ceux dont bénéficient les enfants vivant dans des régions géographiques similaires et, deuxièmement, prolonger et améliorer le continuum de services pour la santé et le bien-être des enfants de la période prénatale jusqu'à l'âge de 5 ans.

Le groupe EJ (en tant que groupe intégré d'activités) cadre précisément avec la Stratégie fédérale de 2002 sur le développement de la petite enfance pour les enfants des Premières nations et d'autres peuples autochtones et sa priorité de travailler vers une meilleure intégration des programmes et services fédéraux de développement de la petite enfance, ainsi qu'avec une décision du gouvernement en 2005 pour le renforcement de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants des Premières nations vivant dans les réserves.

Conclusion : Le groupe EJ est clairement lié aux priorités fédérales globales d'améliorer la santé et le bien-être des enfants de Premières nations vivant dans les réserves et est conforme à la politique fédérale de 1988 concernant le transfert des services de santé aux Premières nations pour qu'elles en assument la gestion.

P3. Dans quelle mesure le groupe est-il approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel?

Le groupe EJ est approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel pour répondre aux besoins des Premières nations en matière de santé. Les composantes individuelles de programme et le groupe EJ sont en harmonie avec l'objectif de la Politique sur la santé des Indiens et les rôles du fédéral en matière de santé publique et de promotion de la santé. Le gouvernement fédéral poursuit sa mise en œuvre d'un plan à long terme de transfert de la prestation et de l'administration des programmes de soins de santé aux Premières nations.

Le groupe EJ, qui fait partie des programmes communautaires de la DGSPNI, contribue au mandat global de la DGSPNI, qui consiste à aider les Premières nations à surmonter les obstacles en matière de santé et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens, en établissant des partenariats solides avec les Premières nations en vue d'améliorer le système de santé. La création du groupe intégré de programmes EJ depuis 2005 cadre avec les tendances à plus long terme vers un transfert accru des responsabilités de prestation et l'établissement d'accords tripartites pour la prestation des soins de santé aux Premières nations.

Conclusion : Le groupe EJ est approprié au gouvernement fédéral et à un rôle fédéral essentiel et il va de pair avec les tendances vers la prestation des soins de santé par les Premières nations.

E1. Est-ce que le regroupement de programmes pour les enfants, que ce soit 2, 3 ou 4, répond aux différents besoins en matière de santé? Si oui, comment?

Les programmes et les services EJ ont contribué à la hausse de la mise en pratique des saines habitudes de vie relevées à titre d'indicateurs, bien que des domaines nécessitant de plus amples améliorations aient été relevés. De plus amples recherches devraient être envisagées en vue de quantifier les lacunes dans la capacité à répondre à la demande ou à toucher les groupes cibles ou les populations admissibles, de quantifier les problèmes et les services requis pour les besoins spéciaux et d'analyser les variations au niveau de la mise en valeur et de la mise en pratique de saines habitudes de vie dans les divers secteurs et pour les enfants à différents âges.

Les taux de participation aux programmes EJ ont augmenté au cours des cinq dernières années. Toutefois, la capacité des programmes offerts dans les collectivités de contribuer à l'accroissement des taux de participation semble être limitée. L'accès aux programmes EJ s'est amélioré dans certaines collectivités au cours des cinq dernières années, ce qui permet aux femmes et aux enfants d'obtenir plus facilement les services dont ils ont besoin. Cependant, des obstacles subsistent en ce qui concerne l'accès, et le manque de services dans le domaine des besoins spéciaux a été reconnu comme une source particulière de préoccupation par le personnel de la DGSPNI et le personnel des collectivités.

Le groupe EJ réussit avec passablement d'efficacité à offrir des programmes de qualité. Les services sont très bien cotés par les participants aux programmes qui ont répondu aux sondages d'évaluation dans les collectivités sélectionnées. Le personnel chargé de la prestation est expérimenté et

un bon nombre possèdent des compétences liées aux programmes offerts, travaillent majoritairement à temps plein dans ces programmes et la majorité comptent plusieurs années d'expérience dans ces domaines. Par contre, le personnel en place dans les collectivités éprouve de la difficulté à fournir la quantité et la qualité de services nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé, notamment en raison des niveaux de dotation en personnel qui dépendent du financement disponible dans les collectivités.

Les programmes et services EJ ont contribué à une hausse de la sensibilisation aux saines habitudes de vie se manifestant dans tout un éventail d'indicateurs. Entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes EJ sondés ont indiqué avoir été beaucoup mieux informés grâce aux renseignements qu'ils ont reçus des programmes EJ. Les résultats ont été un peu plus élevés pour ce qui est d'accroître la sensibilisation aux soins maternels prénataux et à l'allaitement au sein qu'en ce qui concerne la sécurité alimentaire/l'alimentation et le développement de l'enfant.

La mise en pratique de saines habitudes de vie par les participants aux programmes EJ est à la hausse. L'évaluation a révélé qu'entre la moitié et les trois quarts des participants aux programmes sondés ont dit avoir adopté de saines habitudes pour de bon ou la majorité du temps, et entre 65 et 85 p. 100 du personnel dans les collectivités sondées a également constaté une hausse dans la mise en pratique de ces habitudes au sein des participants. Les participants aux programmes EJ sondés ont dit que les renseignements reçus des programmes EJ ont contribué dans une grande mesure à la mise en pratique accrue de saines habitudes de vie.

Les effets des programmes EJ ont été plus marqués dans les domaines de la santé maternelle que dans la plupart des domaines du développement de la petite enfance. Dans le cas de l'allaitement au sein, bien que les taux d'adoption aient été plus élevés, la majorité des mères n'ont pas continué pour toute la durée des six premiers mois. La lecture avec les enfants et l'usage des langues des Premières nations ont été reconnus comme des domaines nécessitant de plus amples améliorations, et le principal obstacle à l'amélioration de l'alimentation des enfants a été le manque de ressources financières adéquates pour couvrir les coûts élevés des aliments.

Conclusions : L'évaluation a révélé que le groupe EJ répond de façon efficace aux besoins des participants aux programmes en matière de santé en augmentant la participation, mais il est moins efficace pour offrir des programmes de qualité en raison des niveaux d'effectif disponibles pour en assurer la prestation. Les domaines qui pourraient être renforcés comprennent : l'accès aux services pour les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles, le soutien et l'information concernant l'alimentation de l'enfant et l'incorporation et la promotion des langues et de la culture des Premières nations dans les programmes EJ.

E2. Est-ce que les programmes destinés aux enfants travaillent ensemble aux niveaux national, régionaux et locaux pour atteindre les résultats prévus dans le modèle logique? Dans l'affirmative, comment?

Il y a un continuum de programmes au sein du groupe EJ pour répondre aux besoins en matière de santé des mères et des enfants de 0 à 6 ans au niveau du groupe en soi et dans certaines collectivités. Les réponses du personnel de la DGSPNI et des collectivités et des participants sondés semblent confirmer que le continuum s'était amélioré au cours des cinq dernières années. Toutefois, il n'y a pas suffisamment de fonds pour fournir un continuum de services dans toutes les collectivités et pour répondre à tous les besoins en matière de santé dans un bon nombre de collectivités.

Le continuum de programmes est appuyé par le réseautage et la collaboration à tous les niveaux de la DGSPNI et dans les collectivités. Toutes les preuves semblent indiquer que les réseaux d'entraide et la collaboration sont adéquats et qu'ils s'améliorent à tous les niveaux. Il y a un important niveau de collaboration au sein des quatre programmes EJ et entre les programmes EJ et non EJ dans les collectivités.

Conclusions : Le groupe EJ offre un continuum amélioré de programmes qui est appuyé par un important niveau de réseautage et de collaboration à tous les niveaux. Certains domaines nécessitant de plus amples améliorations ont été relevés, de même que des contraintes à l'accroissement de la collaboration.

E3. L'exécution du groupe des programmes EJ a-t-elle donné lieu à des résultats, positifs ou négatifs, imprévus?

Résultats imprévus relevés principalement par le personnel de la DGSPNI

Toute une gamme de résultats positifs et négatifs issus du groupe EJ ont été relevés. À partir des données disponibles, il n'est pas possible de déterminer si les résultats relevés sont circonscrits ou s'ils peuvent s'appliquer de façon générale à différentes régions, à d'autres collectivités et/ou à tous les programmes EJ.

La prestation des programmes EJ au niveau communautaire favorise les approches intégrées de planification des services ainsi qu'une prestation plus efficace. Les résultats positifs comprennent une meilleure sensibilisation des collectivités à leurs besoins et à leurs avantages en matière de santé et appuient l'utilisation d'une approche de groupe pour les programmes destinés aux enfants. Parallèlement, ces tendances font ressortir les contraintes qui existent sur le plan des ressources et du financement, de même que des lacunes dans les services et des besoins non satisfaits en matière de santé.

La participation aux programmes EJ produit une vaste gamme d'effets positifs pour les parents et les enfants qui vont au-delà de la mise en valeur des « habitudes de vie plus saines » en soi. Ceux-ci consistent en des résultats plus globaux des compétences parentales, au fonctionnement social et au bien-être en général des enfants et des familles qui ne sont pas, pour l'instant, définis dans le modèle logique du groupe EJ.

On estime que les programmes EJ favorisent l'inclusion des traditions et des cultures dans les activités, et, dans certains cas, qu'ils ont amélioré l'accès à certains services pour les femmes qui n'auraient peut-être pas eu droit aux services de programmes précédents. D'autre part, les interruptions dans les services (en raison de pénuries de personnel ou de délais de financement) ont des effets négatifs sur les clients en attente de soutien, surtout ceux qui doivent surmonter une situation de crise ou qui disposent de ressources limitées pour combler leurs besoins fondamentaux en matière de santé.

Certaines collectivités ont de la difficulté à combler leurs besoins en matière de santé avec les ressources existantes. Malgré un personnel à plein temps et un partage des ressources dans plusieurs cas, il est difficile pour certaines collectivités de combler leurs besoins en matière de santé malgré les programmes et les fonds qui sont mis à leur disposition. Il est possible que certaines collectivités ne comprennent pas le but essentiel auquel sont destinés les fonds qui leur sont affectés, et il semble que cette situation puisse donner lieu à des tensions au sein des collectivités.

Conclusions : Le groupe EJ produit des résultats positifs et négatifs qui ne sont pas identifiés actuellement dans le modèle logique et qui ont certaines répercussions pour le groupe EJ tel qu'il est conçu et offert en ce moment.

Résultats imprévus relevés principalement par le personnel des collectivités

Les principales constatations concernant les résultats **positifs** imprévus sont :

- On estime que la prestation des programmes EJ à l'intérieur d'un groupe au niveau des collectivités favorise les approches intégrées de planification des services et une prestation plus efficace des programmes;

- La participation aux programmes EJ produit une vaste gamme d'effets positifs pour les parents et les enfants qui vont au-delà de la mise en valeur de « habitudes de vie plus saines » en soi;
- On estime que les programmes EJ favorisent l'inclusion des traditions et des cultures dans les activités et que, dans certains cas, ils ont amélioré la portée de certains services aux femmes qui n'auraient peut-être pas eu droit à ces services dans le cadre de programmes précédents.

Les principales constatations concernant les résultats **négatifs** imprévus sont :

- Le personnel des collectivités craint que l'approche de groupe entraîne une demande accrue de services, qui ne pourra pas être satisfaite avec les niveaux de financement actuels;
- De nombreuses collectivités, et surtout les plus petites collectivités, ont besoin d'un soutien supplémentaire pour cerner les besoins en matière de santé, en établir l'ordre de priorité et répondre à ceux-ci, de même que des suggestions et des exemples sur la façon de s'y prendre pour y arriver;
- La DGSPNI n'offre pas de documentation structurée en matière de pratiques intégrées et d'orientation pour aider les collectivités à planifier et à offrir des services et du soutien en matière de santé.
- Les collectivités qui ne reçoivent pas de financement pour certains des programmes EJ ne reçoivent pas d'information au sujet de ces programmes et ne peuvent donc pas profiter de l'occasion pour intégrer certains de leurs éléments aux autres programmes qu'elles offrent.

Conclusions : L'évaluation a révélé qu'il serait nécessaire d'offrir un soutien supplémentaire sur la façon de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci au moyen de pratiques intégrées et structurées et de documents d'orientation. Qui plus est, l'évaluation a aussi révélé que le modèle logique du groupe EJ ne permettait pas de saisir les résultats liés à la compétence parentale, au fonctionnement social et au bien-être en général des enfants et des familles.

E4a.1 Y a-t-il eu une hausse dans la prise en charge de la prestation de programmes et de soutien de santé maternelle et infantile par les collectivités des PN?

Il y a eu une hausse dans la participation des Premières nations aux décisions concernant les programmes au cours des cinq dernières années dans certaines collectivités.

Conclusion : On peut s'attendre à ce que la participation accrue des Premières nations aux décisions concernant les programmes EJ contribue à leur prise en charge accrue des programmes et des mesures de soutien.

E4b. Est-ce que le regroupement des investissements dans les programmes destinés aux enfants contribue à un renforcement de la capacité des ressources humaines (soit en matière de formation) à offrir des programmes pour les enfants et les jeunes dans les collectivités de PN?

L'étude sur l'examen de la formation EJ a révélé que :

- La **formation** pour renforcer la capacité des ressources humaines des programmes EJ cadre bien avec les besoins relevés. Bon nombre des répondants des collectivités ont souligné qu'il n'y avait pas suffisamment de financement pour offrir la formation et que des améliorations pourraient être apportées au niveau de la communication et de la planification en matière de formation;
- **Capacité des ressources humaines** : les investissements dans la formation des programmes destinés aux enfants contribuent au renforcement de la capacité des ressources humaines.

Conclusion : L'examen de la formation EJ a révélé que la formation contribuait au renforcement de la capacité à assurer la prestation de programmes pour les jeunes.

12.2. Autres constatations

Modèles de financement

Plus de 90 p. 100 du personnel de la DGSPNI estime que, dans l'ensemble, les modèles de financement sont appropriés et près des deux tiers estiment qu'ils ont une incidence sur les résultats des programmes EJ.

Conclusion : On estime que les modèles de financement sont appropriés.

Bénévolat

Selon l'information disponible, de nombreux participants aux programmes EJ prendraient régulièrement part à des activités de bénévolat au sein de leurs collectivités.

Aucune conclusion n'est présentée.

Section 13. RECOMMANDATIONS

Le groupe EJ a réalisé d'importants progrès en vue d'améliorer le cadre de travail pour un continuum de services visant à promouvoir la croissance et le développement en santé des enfants. Les recommandations suivantes, tirées des constatations et conclusions de la présente évaluation, sont proposées dans le but de poursuivre l'élaboration de mesures en vue de répondre aux besoins des enfants des Premières nations en matière de santé.

Les recommandations présentées ci-dessous reposent sur des thèmes, et certaines d'entre elles comprennent des éléments tirés de plus d'une des conclusions présentées dans la section précédente.

13.1. Répondre aux besoins des enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé

L'évaluation a révélé que le groupe EJ, dans l'ensemble, répondait aux besoins relevés des jeunes enfants des Premières nations et de leurs familles en matière de santé. Les principales questions en matière de santé sur lesquelles la DEJ devra se pencher plus à fond comprennent : la promotion des langues des Premières nations, le soutien pour le bien-être mental des mères, le soutien et l'information concernant la l'alimentation et les services pour les enfants ayant des besoins spéciaux et leurs familles.

Les constatations ont également démontré qu'il serait important de surveiller les nouvelles tendances qui peuvent se manifester afin de s'assurer que les programmes demeurent pertinents et que les principales lacunes soient relevées.

Recommandation 1 :

- Que Santé Canada surveille les nouvelles tendances qui peuvent se manifester relativement aux besoins des enfants des Premières nations et Inuits et de leurs familles en matière de santé, y compris en ce qui concerne :
    - Les enfants avec des besoins spéciaux et leurs familles;
    - Le bien-être mental des mères;

- L'alimentation saine;
- Les langues et la culture des Premières nations.

13.2. Collaboration et réseautage

Bien que l'évaluation ait été limitée au groupe EJ, il a été reconnu que d'autres initiatives et programmes financés par la DGSPNI et d'autres ministères du gouvernement fédéral offrent des services connexes qui contribuent à l'amélioration de la santé maternelle et infantile.

Au niveau des collectivités, l'évaluation indique qu'un bon nombre de celles-ci sont en avance sur la DGSPNI parce qu'elles ont mis en application leur approche de regroupement des programmes avant la DGSPNI. Toutefois, leur approche vise la santé et le bien-être dans l'ensemble, et ne se limite pas au groupe EJ.

Ces collectivités assurent la prestation de leurs programmes et de leurs projets de santé et de bien-être au moyen d'une approche de groupe au niveau communautaire. Cette approche comprend des programmes de la DEJ, des programmes financés par d'autres divisions de la DGSPNI et des programmes financés par d'autres ministères et organismes gouvernementaux.

Recommandation 2 :

- Pour décrire plus précisément le continuum de programmes, fournir des renseignements pertinents sur les réalisations et les résultats des programmes et faciliter les évaluations et la production de rapports subséquents, la DGSPNI doit :
  - déterminer les liens avec d'autres domaines de programme;
  - examiner les exigences en matière de rapport et normaliser la production de rapports sur les activités de programmes;
  - cerner les lacunes dans les programmes;
  - déterminer comment une coordination accrue pourrait améliorer les résultats en matière de santé.

13.3. Planification des programmes et reddition de comptes

L'analyse des résultats pour les activités et les dépenses du groupe EJ s'est avérée ardue en raison du manque de données complètes et exactes sur les programmes EJ produites à partir de définitions communes pour la collecte et la communication des données. Plus particulièrement, aucune donnée n'a pu être obtenue sur des mesures de base comme le nombre de participants aux programmes et les services offerts par les différents programmes EJ aux niveaux national, régional et local. Le manque d'information de base cohérente sur le nombre de participants et les services offerts a nui à l'analyse des résultats sur la capacité du groupe EJ à répondre aux besoins des enfants en matière de santé.

Recommandations 3 et 4 :

- Des ressources et des directives devraient être élaborées et/ou mises à jour afin de permettre aux collectivités de déterminer et de classer par ordre de priorité les besoins en matière de santé et de répondre à ceux-ci;
- Le modèle logique du groupe EJ devrait être mis à jour de façon à ce que les résultats pour les enfants et leurs familles y soient clairement définis.

13.4. Formation et renforcement des capacités liées au groupe EJ

L'examen de la formation a révélé que, dans l'ensemble, la formation pour appuyer la capacité des ressources humaines au sein des programmes EJ cadrait bien avec les besoins relevés. Toutefois, la communication et la planification concernant la formation pourraient être améliorées.

Recommandations 5 et 6 :

- Une stratégie de formation et de renforcement des capacités devrait être élaborée en vue de répondre à certains besoins dans les domaines suivants : la planification et la communication, l'élaboration d'outils, l'élaboration d'une formation adaptée à la culture, normalisée et agréée avec des options innovatrices de prestation (formation en ligne et à distance) et le recrutement et le maintien en poste.
- Des outils pour surveiller l'efficacité de la formation et ses répercussions sur les travailleurs et les collectivités, ainsi que des mécanismes pour échanger des pratiques exemplaires, devraient être élaborés.

ANNEXE 1. GLOSSAIRE DES TERMES

Cette annexe présente et explique les termes qui ne sont pas d'usage courant ou dont la signification peut différer quelque peu de l'usage courant. Bon nombre des explications sont tirées du document intitulé *FNIHB Contribution Funding Framework: Overview*.

Les acronymes sont présentés à la section 1.7 de ce rapport.

Accord de contribution (AC) : Un accord officiel avec une Première nation ou une organisation des Premières nations qui spécifie les dispositions de financement et de reddition de comptes pour les programmes ou les services offerts.

Bénéficiaire : Une partie qui a conclu une entente de financement en vue de recevoir des fonds de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour la prestation de programmes et de services de santé.

Besoins en matière de santé : Les conditions nécessaires à la croissance et au développement en santé des enfants, que l'on peut mesurer au moyen d'indicateurs de la santé et du bien-être des enfants.

Collaboration : Le processus par lequel la DGSPNI travaille avec des partenaires clés comme l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), l'Assemblée des Premières Nations (APN) et d'autres partenaires fédéraux-provinciaux-territoriaux, les mettant à contribution dans les prises de décisions concernant la conception, l'élaboration et/ou la mise en œuvre de programmes afin qu'ils tiennent compte des perspectives autochtones.

Continuum : Un réseau coordonné de services et de mesures de soutien qui permet de répondre aux besoins multiples et changeants des enfants en matière de santé, de la période prénatale jusqu'à l'âge de six ans.

Critères d'évaluation : Les grands thèmes établis par la DGSPNI pour définir l'évaluation du groupe EJ, à savoir la pertinence et l'efficacité du groupe EJ.

Disparités : Les écarts entre les résultats de santé pour les enfants des Premières nations et ceux des autres enfants canadiens.

Disparités dans les besoins des enfants des Premières nations en matière de santé : Les disparités (écarts) en matière de santé entre les enfants des Premières nations et des autres enfants canadiens.

Distribution : Le pourcentage des Premières nations qui reçoivent des fonds pour les programmes et les services EJ et/ou qui offrent ces programmes et services dans leurs collectivités.

Effectivité : L'efficacité avec laquelle les programmes répondent aux besoins définis en matière de santé.

Groupe : Un groupe de programmes, de services et/ou d'activités qui ont en commun certains objectifs ou résultats escomptés.

Indicateurs du rendement : Mesures des réalisations et/ou des résultats des activités des programmes par rapport aux objectifs énoncés pour les programmes.

Modèles de financement :

- **Financement fixe :** Dans le modèle de financement fixe, les ressources doivent être utilisées tel qu'il est indiqué dans l'accord. Toutefois, en cas de besoin, les fonds peuvent être réaffectés aux différentes activités des composantes individuelles de programme avec l'approbation écrite du ministre.

- **Financement transitoire :** Dans le modèle de financement transitoire, les ressources doivent être utilisées tel qu'il est indiqué dans l'accord. Toutefois, en cas de besoin, les fonds peuvent être réaffectés à différentes composantes de programme, relevant d'une compétence particulière, pourvu que les programmes obligatoires soient offerts. Le plan de travail pluriannuel doit être mis à jour afin qu'il reflète les changements apportés. Le bénéficiaire peut, avec l'approbation du ministre, reporter les fonds à l'exercice suivant à condition de les réinvestir dans des programmes relevant de la même compétence.
- **Financement souple :** Dans le modèle de financement souple, le bénéficiaire doit offrir tous les programmes, y compris les programmes obligatoires, et est libre de concevoir ou d'intégrer des nouveaux programmes et d'affecter les ressources en fonction de ses propres priorités en matière de santé. Le bénéficiaire peut accumuler les surplus afin de les réinvestir dans des priorités approuvées en matière de santé (exemption de l'article 7.12.1 de la Politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert) et est responsable de tout déficit engagé. Un plan de santé complet qui servira de fondement pour la production de rapports doit être fourni.
- **Transfert souple :** Dans le modèle de financement de transfert souple, le bénéficiaire peut concevoir ou intégrer des nouveaux programmes et affecter les ressources en fonction de ses propres priorités en matière de santé, pourvu que les programmes obligatoires soient offerts. Les programmes qui ne sont pas obligatoires peuvent être restructurés. Dans ce modèle, les bénéficiaires ne sont pas tenus de produire un rapport pour tous les indicateurs énumérés dans la stratégie de reddition de comptes. Ils doivent plutôt fournir un rapport annuel à leurs membres et au ministre de la Santé sur les indicateurs qu'ils ont sélectionnés dans leur plan de santé pour démontrer la progression vers l'atteinte des résultats escomptés. Ce modèle permet aux bénéficiaires d'accumuler des surplus et d'être responsables de tout déficit engagé par suite de la prestation des programmes (exemption de l'article 7.12.1 de la Politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert). Un plan de santé complet qui servira de fondement pour la production des rapports doit être fourni.

Pertinence : La pertinence des programmes gouvernementaux.

Plan de santé : Un plan complet élaboré par le bénéficiaire et approuvé par le ministre qui explique comment le bénéficiaire prévoit concevoir, gérer et offrir des programmes de santé en fonction des besoins et des priorités des collectivités en matière de santé.

Plan de travail pluriannuel : Un plan pluriannuel qui présente les priorités du bénéficiaire en matière de santé et qui comprend des buts, des objectifs, des activités et des résultats mesurés pour chaque domaine des programmes et qui explique comment les ressources seront affectées pour respecter ces priorités.

Population admissible : La population qui répond aux critères pour recevoir des services dans le cadre de ces programmes.

Portée : La proportion de la population admissible qui reçoit certains des services offerts par les programmes.

Programmes obligatoires : Les programmes reconnus comme étant obligatoires pour assurer la santé et la sécurité publique (c.-à-d. contrôle des maladies transmissibles, hygiène du milieu et services de traitement).

Protocole d'entente (PE) : Entente officielle entre les Premières nations et d'autres organisations qui spécifient les modalités de la collaboration ou de la coordination des services à être fournis par les parties à l'entente.

Questions d'évaluation : Les questions définies par la DGSPNI pour l'évaluation du groupe EJ.

Réseautage : L'échange d'information entre des personnes, des groupes et des institutions qui peut se faire dans le cadre de processus officiels comme de relations de travail informelles.

Sous-question d'évaluation : Les sous-questions détaillées définies par la DGSPNI pour l'évaluation du groupe EJ.

Surplus : Les fonds résiduels, c'est-à-dire qui n'ont pas été utilisés par un bénéficiaire pour fournir la gamme de programmes et de services de santé prévue en vertu des modalités de l'entente de financement.

ANNEXE 2. MODÈLE LOGIQUE DU GROUPE EJ

Modèle logique Enfance et jeunesse

Composantes de programme

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)
Programme de lutte contre l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF);
Programme canadien de nutrition prénatale – Volet des Premières nations et des Inuits (PCNP-VPNI)
Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI)

Apports

ETP, F et E, fonds de contribution

Activités

- Collaborer avec les PN/I, les responsables et les organisations FPT
- Assurer le respect des priorités et la prestation des programmes et des mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile
- Prendre la charge, innover et incorporer des pratiques exemplaires éprouvées dans les programmes et les mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile
- Assurer l'éducation et la sensibilisation des PN/I quant aux priorités, aux programmes et aux mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile
- Renforcer les capacités des membres, des familles et des collectivités des PN/I

Réalisations

- Accords
- Projets conjoints
- Alliances stratégiques

- Projets/activités
- Visites à domicile
- Aiguillage
- Coordination des services

- Politiques/ procédures
- Lignes directrices / cadres de travail
- Rapports

- Éducation/ sensibilisation relativement au matériel et aux outils
- Campagnes de sensibilisation

- Matériel de formation adapté à la culture
- Séances de formation
- Travailleurs formés

Résultats immédiats

- Collaboration et réseautage accrus et améliorés

- Continuum de programmes et de mesures de soutien amélioré dans les collectivités des PN/I
- Participation accrue des membres, familles et collectivités des PN/I aux programmes et mesures de soutien
- Sensibilisation accrue aux saines habitudes de vie

Résultats intermédiaires

- Mise en pratique accrue de saines habitudes de vie
- Capacité accrue des collectivités des PN/I à prendre en charge la prestation des programmes et mesures de soutien en matière de santé maternelle et infantile
- Accès amélioré à des programmes et des mesures de soutien de qualité et bien coordonnés pour les membres, familles et collectivités des PN/I
- Accès accru à de l'information, des possibilités de perfectionnement professionnel et des conseils d'experts en matière de santé maternelle et infantile

Résultats finals

- Contribution à l'amélioration de l'état de santé des membres, familles et collectivités des PN/I grâce à des programmes et des mesures de soutien améliorés en matière de santé maternelle et infantile

ANNEXE 3 BIBLIOGRAPHIE

Adelson, N. « The Embodiment of Inequality: Health Disparities in Aboriginal Canada », *Canadian Journal of Public Health*, mars/avril 2005, 96, p.545-561.

Alberta Alcohol & Drug Abuse Commission (AADAC) 2004. « Estimating the rate of FASD and FAS in Canada », Women & Substance Abuse Information Series. (www.aadac.com/547 1224.asp)

Anderson, Dre Marcia, Dre Janet Smylie, Dre Ian Anderson, Raven Sinclair et Dre Suzanne Crengle. « First Nations, Métis, and Inuit Health Indicators in Canada. A Background Paper for the project "Action Oriented Indicators of Health and Health Systems Development for Indigenous Peoples in Australia, Canada, and New Zealand" », mars 2006.

Assemblée des Premières nations. « Déterminants de la santé », *Bulletin de santé*, numéro estival, Ottawa, 2007, p. 7-8.

Assemblée des Premières nations. Cadre de rapport sur la santé des Premières nations (CRSPN), Ottawa, mai 2006.

Ball, Jessica. « Programme de soins et de développement de la petite enfance, point d'ancrage et plaque tournante pour la prestation de services intersectoriels dans les communautés des Premières nations », *Variegations*, volume 1, 2003, p. 3-8.

Ball, Jessica. « Hook and Hub: Coordinating Programs to Support Indigenous Children's Early Learning and Development », recherche présentée à la Conférence des peuples indigènes sur l'éducation à la University of Waikato à Hamilton, Nouvelle-zélande, novembre-décembre 2005.

Campbell, A. « Type 2 Diabetes and Children in Aboriginal Communities: The Array of Factors That Shape Health and Access to Health Care » *Health Law Journal* 10:147-68, 2002.

Institut canadien de la santé infantile. *La santé des enfants du Canada : Un profil de l'ICSI*, 3e édition, Ch. 6 : Enfants et jeunes Autochtones, Ottawa, 2000.

Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA). *Réunir les approches pour suivre le développement des enfants : Combiner la méthode des indicateurs sociaux, les évaluations populationnelles, les enquêtes longitudinales et l'appariement des données*, compte rendu de l'atelier du Comité de suivi du Centre du savoir sur l'apprentissage chez les jeunes enfants présidé par Clyde Hertzman, Toronto, 18-19 septembre 2006.

Chandler, M. J. et C. Lalonde. « Cultural Continuity As An Hedge Against Suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry* 35 (2): 1991-219, 1988.

Chudley, Albert E., Julianne Conry, Jocelynn L. Cook, et. al. « Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Canadian Guidelines for Diagnosis », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172, 1er mars 2005

Dion Stout, Madeleine et Gregory D. Kipling. *Nouvelles priorités concernant la santé des enfants et des jeunes Inuits et des Premières nations*, document de travail, préparé pour la DGSPNI, Santé Canada, Ottawa, 30 novembre 1999.

Entente fédérale-provinciale-territoriale sur le développement de la petite enfance, *Comuniqué* sur le développement de la petite enfance pour la réunion des premiers ministres, communiqué, Ottawa, 11 septembre 2000. (www.socialunion.gc.ca/news/110900_e.html).

Loi fédérale sur l'imputabilité, 2006. Projet de loi C-2, paragraphe 262, sous-paragraphe 42, site Web du gouvernement du Canada à : http://www.faa-lfi.gc.ca/faa-lfi/faa-lfi-eng.pdf.

Centre des Premières nations. *PCAP : Propriété, Contrôle, Accès et Possession*, approuvé par le Comité de gouvernance sur l'information des Premières nations, Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone, 2007.

Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003, Résultats pour les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans les communautés de Premières nations, 2005.

Regional Health Survey. RHS Our Voice, Our Survey, Our Reality. Selected Results from FHS Phase 1 (2002/03), Assemblée des Premières nations, Ottawa, 2007.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves, Ottawa, 2009.

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada. Programme de soins de santé maternelle et infantile : Lignes directrices, Ottawa, 2008.

DGPNI. Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes, Ottawa, mars 2007.

Greenwood, Margo. « Children as Citizens of First Nations: Linking Indigenous Health to Early Childhood Development », *Paediatric Child Health*, vol. 10, n° 9, novembre 2005, p. 553-555.

Gouvernement du Canada. « Un leadership fort. Un Canada meilleur. », Discours du Trône, Ottawa. 16 octobre 2007.

Rapport du gouvernement du Canada. Le bien-être des jeunes enfants au Canada, Ressources humaines et développement social Canada, Agence de la santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, Canada, Ottawa, 2006.

Rapport du gouvernement du Canada. Le bien-être des jeunes enfants au Canada, Ressources humaines et développement social Canada, Agence de la santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, Canada, Ottawa, 2003.

Rapport du gouvernement du Canada. Le bien-être des jeunes enfants au Canada, Ressources humaines et développement social Canada, Agence de la santé publique du Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada, Canada, Ottawa, 2002.

Gyorfi-Dyke, Elisabeth. « Home Visiting Models and Evidence in Support of AHSOR Programming: A review of health research literature. Final Report » pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, Ottawa, 10 septembre 2008.

Santé Canada, DGSPNI, Division des enfants et de la jeunesse, Direction des programmes communautaires, Cadre d'évaluation du groupe Enfance et jeunesse, Ottawa, juin 2008.

Santé Canada. Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) Enfance et jeunesse (programmes communautaires), Ottawa, 30 décembre 2006.

Santé Canada. Rapport sur le rendement 2004-2005 à 2006-2007 du groupe Enfance et jeunesse de la DGSPNI, préparé par Allium Consulting Group Inc., Ottawa, 7 octobre 2008.

Santé Canada. The Health of First Nations Children Fact Sheets, Ottawa, 2008.

Santé Canada. Demande de propositions, Évaluation de la pertinence et de l'efficacité du groupe Enfance et jeunesse 2008-2009, Ottawa, 17 septembre 2008.

Santé Canada. Santé des Premières nations et des Inuits – Recueil des programmes, Ottawa, mars 2007.

Santé Canada. Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2006, Ottawa, décembre 2006.

Santé Canada. Modalités pour la responsabilité des programmes communautaires, Ottawa (approuvé le 21 mars 2005, mis à jour le 31 mai 2005 et le 3 février 2009), 2005.

Irwin, Lori G., A. Siddiqi & C. Hertzman. Early Childhood Development: A Powerful Equalizer. Final Report, juin 2007.

Kelly, Karen. « Retention vs. Social Promotion: Schools Search for Alternatives », *Harvard Education Letter*, janvier/février 1999.

Kettner, P., R. Moroney et L. Martin. *Designing and Managing Programs. An effectiveness based approach*, Second edition, Thousand Oaks, California: Sage, 1999.

Leitch, Dr. Kellie. *Vers de nouveaux sommest – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes*, Santé Canada, Ottawa, 2007.

Mahoney, Jill. « Why Children No Longer Flunk in School », *Globe & Mail*, 3 avril 2009.

Marmot, M et R. Wilkinson (éd.). *Social Determinants of Health*, 2nd Edition, Oxford: Oxford University Press, 2006.

McCain, Hon. Margaret Norrie, J.Fraser Mustard, et Dr Stuart Shanker. *Early Years Study 2. Putting Science Into Action*, mars 2007.

McKillip, Jack. *Needs Analysis Tools for Human Services and Education*, Applied Social Research Methods Series, Volume 10, SAGE Publications Inc., 1987.

National Aboriginal Health Organization. Présentation à l'audience du comité sénatorial, « Broader Determinants of Health in an Aboriginal Context », Ottawa, 2 mai 2007.

Bureau du vérificateur général du Canada. Chapitre 8 – Le rapport sur les indicateurs de la santé – Santé Canada – Rapport de décembre 2008 de la vérificatrice générale, Ottawa, 2008.

Poole, Nancy. « Levels, Patterns of Women's Substance Use, and Prevalence of FASD », document préparé pour la DGSPNI, Santé Canada, 2008.

Power, Elaine M. « Conceptualizing Food Security for Aboriginal People in Canada », Revue canadienne de santé publique, volume 99, no 2, mars-avril 2008, p. 95-97.

Power, Elaine M. *Food Security for First Nations and Inuit in Canada: Background Paper*, préparé pour la DGSPNI, Santé Canada, 30 mars 2007.

Raphael, Dennis. « Addressing the Social Determinants of Health in Canada: Bridging the Gap Between Research Findings and Public Policy », *Policy Options*, mars 2003, p. 25-40.

Raphael, D. (éd.). *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, 2e édition, Canadian Scholar's Press, 2004.

Reading, Jeffery L, Kmetic, Andrew, Gideon, Valerie (Drs). *First Nations Wholistic Policy and Planning Model. Discussion Paper for the World Health Organization Commission on Social Determinants of Health*, document de travail de l'APN, avril 2007.

Smylie, Janet (Dr) et Paul Adomako (éd.). *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, préparé pour la DGSPNI, Santé Canada. 2009.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *RPP 2005-2006 Santé Canada*, Analyse des activités de programmes par résultat stratégique, Ottawa, 2005.

Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. *RPP 2007-2008 Santé Canada*, Analyse des activités de programmes par résultat stratégique, Ottawa, 2007.

York, R. *Human Services Planning: Concepts, tools and methods*, Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1982.

ANNEXE 4. CRITÈRES DE SÉLECTION DES COLLECTIVITÉS À VISITER

Quatre critères ont été établis pour la sélection des collectivités :

- Critère n° 1 : *La collectivité n'est pas en situation de crise. Cela peut comprendre différents facteurs en commençant par le fait de se retrouver dans une gestion de tierce partie ou dans d'autres situations problématiques qui feraient de la collectivité un mauvais choix pour une visite sur place.* Les collectivités qui semblaient se trouver dans une *situation de crise* n'ont pas été sélectionnées.
- Critère n° 2 : Continuité. *L'équipe de projet de la collectivité est composée de représentants qui ont été en place depuis le début du projet afin qu'il y ait une bonne source de connaissances sur l'évolution du projet.* Les collectivités qui semblaient manquer de continuité n'ont pas été sélectionnées en raison de préoccupations concernant la disponibilité de renseignements utiles au sein de la collectivité.
- Critère n° 3 : Regroupement de programmes. *Déterminer quelles sont les collectivités qui font partie d'un projet de regroupement de programmes.* Une seule collectivité faisant partie d'un projet de regroupement sera visitée au cours des visites sur place.
- Critère n° 4 : *Le projet est en marche depuis ou avant le 1er avril 2007… ce qui veut dire qu'il y a au moins un dossier client PSSMI datant du 1er avril 2007 ou d'avant.* Seuls les projets mis en œuvre le ou avant le 1er avril 2007 feront l'objet d'une visite au cours des visites sur place.

La présente évaluation a été conçue en vue de recueillir les données de sondage des participants et du personnel chargé de la prestation des programmes dans 34 Premières nations. En fin de compte, des renseignements ont été reçus de la part de 37 collectivités. La portée prévue de 34 Premières nations a été définie dans la DP initiale diffusée par Santé Canada (2008), tout comme les critères d'échantillonnage. Le but était d'inclure des Premières nations de différentes tailles et de différents endroits à travers le Canada, ainsi que des exemples de collectivités qui offrent différentes combinaisons de programmes du groupe EJ.

La sélection finale des 34 collectivités devait être fondée sur ces trois critères généraux et inclure des collectivités substituts au cas où l'une des 34 collectivités initiales ne serait pas en mesure de participer. Le premier changement dans la sélection des collectivités à visiter s'est produit à la suite d'une décision de ne pas visiter des collectivités du Nord de l'Ontario et du Manitoba en raison d'une flambée du virus H1N1 dans un bon nombre de ces collectivités.

Le second changement dans la sélection des sites est survenu en Saskatchewan où il a été décidé que les visites sur place devaient être coordonnées avec les Conseils tribaux, puisque ceux-ci étaient les détenteurs des projets et que les collectivités devaient assurer la prestation des programmes EJ. Les visites sur place en Saskatchewan ont été menées à l'occasion de deux réunions de Conseils tribaux auxquelles les 18 collectivités que ceux-ci représentent avaient été invitées. Les questionnaires pour les participants et ceux pour le personnel des collectivités ont été distribués aux 18 collectivités représentées par les Conseils tribaux.

En fin de compte, des renseignements ont été reçus de la part de 37 collectivités; dont 13 étaient représentées par les deux Conseils tribaux et 24 étaient des collectivités qui géraient leurs programmes EJ sans le soutien d'un conseil tribal.

La sélection finale des 34 collectivités comprenait des collectivités dont la taille, l'emplacement et la structure de service variaient passablement. On peut donc être assuré que cette sélection constitue un échantillon composite de Premières nations à travers le Canada, bien qu'elle ne soit pas statistiquement représentative de l'ensemble des collectivités des Premières nations.

Les participants aux programmes dans les 37 collectivités pour les séances de groupe ont été sélectionnés par le personnel des collectivités. La collecte d'information au cours des 37 visites sur place a été réalisée à l'aide de questions et de cahiers de travail structurés plutôt qu'au moyen de groupes de discussions « ouvertes » ou de cercles d'échange. L'approche structurée a été choisie afin de recueillir de l'information sur l'efficacité du groupe EJ en ce qui concerne l'amélioration de la sensibilisation aux saines habitudes de vie et la mise en pratique de ces dernières. Bien que la majorité du personnel des 37 collectivités visitées aient eu l'occasion de remplir le questionnaire de sondage qui leur était destiné, la « sélection » des participants aux programmes a été fondée sur l'échantillonnage dirigé.

Le personnel des collectivités a invité des participants aux programmes à prendre part aux séances au cours desquelles les cahiers de travail devaient être remplis en groupe. Afin d'éviter les problèmes de lecture, d'écriture ou de langue qui auraient pu se présenter, les participants ont rempli les cahiers de travail dans le cadre de séances de groupe au cours desquelles ils pouvaient recevoir de l'aide. Afin d'inclure les mères qui travaillent (et qui n'auraient pas été disponibles durant le jour), d'autres participants aux programmes ont pu remplir le cahier de travail à leur propre convenance et le retourner aux évaluateurs par la poste.

Cette méthode de sélection des participants ne fournit pas un échantillon fiable et statistiquement représentatif pouvant être appliqué de façon générale à l'ensemble des participants aux programmes EJ au Canada. Toutefois, parce qu'il n'y a pas de liste universelle de participants aux programmes du groupe EJ, il est impossible de constituer un échantillon statistiquement représentatif de participants. Cette méthode de sondage a un élément en commun avec les sondages d'opinion, c'est-à-dire qu'elle fait appel à la mémoire du répondant, tout en évitant d'autres problèmes comme le biais de non-réponse et l'interprétation des données de sondage avec un faible taux de réponse