



Health Santé
Canada Canada

Programmes de Contrôle des maladies transmissibles

Évaluation du groupe

Rapport final

Approuvé par le
Comité exécutif sur les
finances, l'évaluation et la responsabilisation (CE-FÉR)

23 novembre 2010

Canada 

Table des matières

- **Plan d'action de gestion — Programmes de Contrôle des maladies transmissibles — Évaluation du groupe**
- **Programmes de Contrôle des maladies transmissibles — Évaluation du groupe — Rapport final**

**Programmes de Contrôle des maladies transmissibles (CMT) - Évaluation du groupe
Plan d'action de gestion**

Recommandations	Activités	Gestionnaire responsable	Échéancier
<p>Recommandation n° 1</p> <p>Favoriser, au premier rang des priorités, la mise en oeuvre d'une approche plus stratégique et mieux coordonnée lors de la conception et la mise sur pied des activités du groupe de programmes. Afin de profiter pleinement des avantages potentiels de l'approche de groupe, la DGSPNI devrait élaborer un plan stratégique qui définit clairement la vision nationale qui sous-tend le groupe de programmes, la structure des programmes, les priorités stratégiques à privilégier, les interactions entre les trois programmes et les activités connexes ainsi que la relation avec les autres ressources.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Afin de profiter davantage des avantages possibles de l'approche de groupe de programmes, la Division du contrôle des maladies transmissibles (DCMT) élaborera un plan de coordination qui définit clairement les objectifs nationaux du groupe CMT, la structure des programmes, les priorités principales pour aller de l'avant, l'interactions entre les trois programmes et les activités connexes, ainsi que la relation avec les autres ressources et organisations. Le plan tiendra également compte du fait que les nouveaux modèles de financement ont été mis en place en 2008-2009. La DCMT prend part à un processus de renouvellement des autorisations pour l'ensemble de la Direction générale et met à jour les modèles logiques du groupe CMT ainsi que la Stratégie de mesure du rendement et le modèle de rapport communautaire (MRC) afin de traiter des points liés à l'interaction entre les trois programmes et les activités connexes ainsi que la relation avec les autres ressources.. 	<p>Directeur, Division du contrôle des maladies transmissibles (DCMT), Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada (SC)</p>	<p>Mars 2011</p> <p>Décembre 2010</p>
<p>Recommandation n° 2</p> <p>Collaborer avec les gouvernements provinciaux, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le personnel régional et communautaire pour renforcer le système de surveillance. Pour ce faire, Santé Canada doit collaborer avec les gouvernements provinciaux et l'ASPC afin d'améliorer les ententes, les processus et les protocoles d'échange de renseignements. La DGSPNI doit également assurer une formation continue afin d'appuyer la mise en oeuvre des systèmes de surveillance et de la stratégie de mesure du rendement. Il y aura lieu d'examiner des options pour relier plus directement le financement au respect des exigences en matière de rapports et à l'atteinte des résultats escomptés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Les programmes de la DCMT participent déjà au projet pilote de déploiement de Panorama dans deux régions (C.-B. et Québec). La DCMT prend part au processus de renouvellement des autorisations de la Direction générale qui comprend la mise à jour de la Stratégie de mesure du rendement. Lorsqu'elle sera approuvée, une formation sur les nouvelles exigences en matière de rapports sera offerte. Un projet pilote pour l'un des secteurs du groupe CMT sera amorcé par la DCMT afin de se concentrer sur les lacunes en matière de données de surveillance dans les régions et de trouver une méthode pour corriger ces lacunes. 	<p>Directeur, DCMT, DSSPSP et Directeur, Direction de la planification et de la gestion des affaires (DPGA), DGSPNI, SC</p>	<p>En cours</p> <p>Mars 2011</p> <p>Avril 2012</p>

Recommandations	Activités	Gestionnaire responsable	Échéancier
<p>Recommandation n° 3</p> <p>Favoriser l'échange accru de renseignements, de ressources, de données de recherche et de pratiques exemplaires au sein et entre les programmes, les régions et les communautés. Il faudrait élaborer une stratégie portant sur l'ensemble du groupe de programmes afin de tirer profit des efforts actuels au moyen de stratégies comme l'examen des pratiques exemplaires et des pratiques prometteuses; la conception d'un site Web propre au groupe de programmes qui permettrait aux intéressés d'échanger des renseignements, des ressources, des données de recherche et des pratiques exemplaires; et inscrire les pratiques exemplaires et les pratiques prometteuses à l'ordre du jour des séances de formation et des conférences.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En collaboration avec les autres partenaires (les régions, les programmes et les communautés), la DCMT entreprendra une recension des écrits afin de comparer comment les autres administrations mettent en commun les renseignements, les ressources et les données de recherche. • En fonction de la recension des écrits, la DCMT, en collaboration avec les autres partenaires, élaborera des outils de communication (p. ex., un bulletin ou un site Web, un réseau social) qui seront utilisés pour l'échange de renseignements, de ressources, de données de recherche et de pratiques exemplaires recueillis lors des séances de formation, des ateliers et des conférences. 	<p>Directeur, DCMT, DSSPSP et Directeur, DPGA, DGSPNI, SC</p>	<p>Septembre 2011</p> <p>Mars 2012</p>
<p>Recommandation n° 4</p> <p>Élaborer une stratégie de formation officielle pour le groupe de programmes et en appuyer la mise en œuvre. Cette stratégie permettra de définir les objectifs et les priorités, de déterminer les possibilités, de concevoir et d'échanger les outils de formation communs, d'appuyer les options de prestation multiples (p. ex. séances nationales et régionales, séances de formation locales, mentorat, jumelage, ateliers en ligne, vidéoconférences, téléconférences, publications, mises à jour et webinars), et de faire en sorte que le groupe de programmes puisse mieux bénéficier des autres ressources actuelles en matière de formation et d'éducation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La DCMT établira le plan d'activités de formation nationale et régionale centralisée qui mettra à profit les initiatives en cours. 	<p>Directeur, DCMT, DSSPSP, DGSPNI et Directeurs régionaux de la SPNI, Direction générale des régions et des programmes (DGRP), SC</p>	<p>Mars 2012</p>
<p>Recommandation n° 5</p> <p>Collaborer avec d'autres intervenants au sein de Santé Canada afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le roulement de personnel et ses conséquences aux échelons national, régional et communautaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La DCMT analysera les entrevues de fin d'emploi afin d'étudier les tendances actuelles en matière de dotation et utilisera ensuite les résultats pour élaborer des solutions visant à réduire les taux de roulement élevés. • La DCMT consultera les autres partenaires au sein de Santé Canada, notamment le groupe des Ressources humaines (RH), pour déterminer des approches et des stratégies visant à réduire le roulement du personnel et son incidence aux échelons national et régional. 	<p>Directeur, DCMT, DSSPSP, DGSPNI et Directeurs régionaux de la SPNI, DGRP, SC</p> <p>Directeur, DCMT, DSSPSP, DGSPNI et Directeurs régionaux de la SPNI, DGRP, SC</p>	<p>Juin 2011</p> <p>Janvier 2012</p>

Recommandations	Activités	Gestionnaire responsable	Échéancier
<p>Recommandation n° 6</p> <p>Favoriser, au premier rang des priorités, une prise en charge accrue des activités du groupe de programmes par les communautés. Une prise en charge et un leadership vigoureux par les communautés rehaussent le profil des programmes et des enjeux, confèrent une plus grande crédibilité et importance aux messages, favorisent une participation accrue aux programmes et facilitent la promotion et la prestation des activités des programmes, y compris les programmes de sensibilisation et d'éducation.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La DGSPNI a déjà mis en place un processus de planification de la santé communautaire à l'intention des bénéficiaires. Ce processus d'inventaire des atouts vise à aider les bénéficiaires à recueillir et à enregistrer les renseignements servant à la planification de la santé communautaire et au développement communautaire de même qu'à l'évaluation des besoins des programmes et de la capacité pour offrir les programmes et de déterminer comment les lacunes peuvent être corrigées. Dans l'ensemble, le processus évalue le degré de préparation de la communauté à procéder à une planification globale de la santé. • La DCMT établira un plan d'activités de formation nationale et régionale centralisée qui mettra à profit les initiatives en cours et sera axée sur la sensibilisation aux programmes et à la capacité (en lien avec la recommandation n° 4). • La DCMT mettra sur pied des activités de sensibilisation et d'éducation visant à renforcer la capacité de gestion des services et des programmes de CMT dans les communautés. 	<p>Directeur, DCMT, DSSPSP et Directeur, DPGA, DGSPNI, SC</p> <p>Directeur, DCMT, DSSPSP, DGSPNI, SC</p> <p>Directeur, DCMT, DSSPSP, DGSPNI, SC</p>	<p>En cours</p> <p>Mars 2011</p> <p>Décembre 2011</p>



Health Canada
Santé Canada

PROGRAMMES DE CONTRÔLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Évaluation du groupe

Rapport final

Mai 2010

Canada 

D'après la recherche primaire de :

Ference Weicker & Company Ltd.
475, rue Georgia Ouest, bureau 550
Vancouver (C.-B.)
V6B 4M9

Table des matières

SOMMAIRE.....	v
I INTRODUCTION.....	1
Objectif de l'évaluation	1
Portée et période visée	2
Grandes lignes du rapport	2
II CONTEXTE	3
Approche de groupe adoptée par la DGSPNI.....	3
Modèle logique du groupe de programmes	5
Aperçu des programmes et des activités de CMT	8
Groupes visés.....	13
Structure d'exécution du groupe de programmes	14
Ressources	15
Financement par communauté	15
Modèles de financement	16
III MÉTHODES D'ÉVALUATION	22
Méthodes, conception et sources de données	22
Analyse et rapport des données	24
Questions relatives à la protection et au protocole	25
IV LA PERTINENCE.....	27
Nécessité des programmes faisant partie du groupe de programmes de CMT.....	27
Cohérence avec les priorités et le rôle du gouvernement fédéral	42
V LE RENDEMENT	47
Réseautage et collaboration	47
Surveillance	52
Prévention, contrôle et traitement.....	59
Prise en charge par la communauté et capacité de cette dernière.....	78
Impacts et effets imprévus	87
VI EFFICIENCE ET ÉCONOMIE.....	87
Facteurs ayant une incidence sur l'efficacité et l'économie	88
Occasions d'amélioration	100
VII CONCLUSIONS	101
Pertinence.....	101
Rendement	104
Efficacité et économie.....	110
VIII RECOMMANDATIONS	112

ACRONYMES

AC	Accord de contribution
AC	Administration centrale
AIAI	Association of Iroquois and Allied Indians
APN	Assemblée des Premières Nations
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BCG	Bacille Calmette-Guérin
C.-B.	Colombie-Britannique
CAAN	Canadian Aboriginal AIDS network
CATIE	Portail canadien d'information sur le VIH et l'hépatite C
CD	Chef de la direction
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
CMT	Contrôle des maladies transmissibles
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
ETP	Équivalent temps plein
FFPM	Forces, faiblesses, possibilités et menaces
FWCO	Ference, Weicker and Company
GC	Gouvernement du Canada
IPA	Infirmière pédiatrique agréée
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
ITL	Infection tuberculeuse latente
ITS	Infections transmissibles sexuellement
LGFP	<i>Loi sur la gestion des finances publiques</i>
MIMS	Manitoba Immunization Monitoring System
MPV	Maladies pouvant être prévenues par un vaccin
MRC	Modèle de rapport communautaire
NITHA	Northern Inter-Tribal Health Authority
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDH	Pathogènes à diffusion hématogène
PN	Premières nations
PNI	Premières nations et Inuits
RSC	Représentant en santé communautaire
SAKA	Saskatchewan Advisory Committee on AIDS and Blood Borne Pathogens
SCDCT	Système canadien de déclaration des cas de tuberculose
SCT	Secrétariat du Conseil du Trésor
SGCC	Système de gestion des contrats et des contributions
SIC	Stratégie d'immunisation ciblée
SIPMP	Système international sur les pneumocoques et les maladies pneumocociques
SIS	Système d'information sur la santé
SPNI	Santé des Premières nations et des Inuits
SVSM	Santé et Vie saine Manitoba
TCT	Test cutané à la tuberculine
TSOD	Traitement sous observation directe
UICTMR	Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires
UNBI	Union of New Brunswick Indians
UNSI	Union of Nova Scotia Indians
USSO	Utilisation de seringues sans ordonnance
VPH	Virus du papillome humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Liste des éléments à évaluer et des questions connexes
Tableau 2 : Stratégie d'immunisation ciblée – Objectifs et activités
Tableau 3 : Programme national de lutte contre la tuberculose de la DGSPN – Objectifs et activités
Tableau 4 : Stratégie d'élimination du VIH/sida, des ITS et du VHC – Objectifs et activités
Tableau 5 : Total des ressources financières – Groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles
Tableau 6 : Nombre total des accords de contribution
Tableau 7 : Groupes d'évaluation et méthodes d'échantillonnage
Tableau 8 : Caractère approprié du rôle que joue le gouvernement du Canada dans les programmes de type CMT
Tableau 9 : Types d'organismes avec lesquels le groupe de programmes collabore
Tableau 10 : Activités liées à la surveillance et dont il a été rendu compte
Tableau 11 : Opportunité, pertinence et exactitude perçues des données de surveillance selon les coordonnateurs régionaux
Tableau 12 : Taux de couverture vaccinale contre la varicelle et le pneumocoque entre 2004 et 2007
Tableau 13 : Stratégies efficaces dans le cadre de la promotion de l'immunisation
Tableau 14 : Groupes ciblés difficiles à joindre
Tableau 15 : Objectifs concernant l'échange de renseignements
Tableau 16 : Activités d'éducation et de sensibilisation les plus efficaces au sujet du VIH/sida
Tableau 17 : Perceptions du personnel de la santé communautaire au sujet des limites en communication concernant le VIH/sida
Tableau 18 : Activités efficaces ayant entraîné des changements de comportement en rapport avec le VIH/sida
Tableau 19 : Activités efficaces pour augmenter le dépistage, l'éducation et le soutien concernant le VIH/sida
Tableau 20 : Augmentation du degré de sensibilisation et de la connaissance de la tuberculose
Tableau 21 : Activités les plus efficaces pour promouvoir la participation de la communauté à la lutte contre la tuberculose
Tableau 22 : Obstacles à la participation aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose
Tableau 23 : Activités relatives au traitement de la tuberculose
Tableau 24 : Progrès accomplis sur le plan de la détection et du diagnostic de la tuberculose
Tableau 25 : Nouveaux cas de tuberculose active ou nécessitant un nouveau traitement
Tableau 26 : Activités efficaces pour réduire l'incidence de la tuberculose
Tableau 27 : Pourcentage de temps consacré aux programmes (immunisation, tuberculose et VIH/sida (n=247))
Tableau 28 : Renforcement des capacités – types d'activités de formation et d'autres mesures de soutien
Tableau 29 : Accords de contribution liés au CMT par modèle de financement
Tableau 30 : Perceptions de la souplesse des programmes ainsi que de la clarté des objectifs et des rôles et responsabilités
Tableau 31 : Perceptions du personnel de santé communautaire à l'égard du groupe de programmes de CMT
Tableau 32 : Contraintes : réponses des intervenants aux entretiens et aux sondages par type de paiement de transfert

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Modèle logique du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles
Figure 2 : Continuum de contrôle des bénéficiaires.
Figure 3 : Pourcentage des fonds alloués par type d'accord de contribution – 2009
Figure 4 : Nécessité du Programme d'immunisation du groupe CMT
Figure 5 : Nécessité du Programme VIH/sida du groupe CMT
Figure 6 : Nécessité du Programme de lutte contre la tuberculose du groupe CMT
Figure 7 : Changements perçus dans les priorités et les activités des programmes
Figure 8 : Perception du rôle du gouvernement fédéral par rapport au CMT
Figure 9 : Collaboration des coordonnateurs de programme avec d'autres organismes
Figure 10 : Changements perçus par les autres intervenants et les coordonnateurs nationaux sur le plan de l'interaction et de la collaboration
Figure 11 : Secteurs perçus dans lesquels il y a, selon les autres intervenants, des chevauchements entre les programmes du groupe de programmes de CMT et d'autres programmes
Figure 12 : Progrès accomplis pour améliorer la collecte et la déclaration des données de surveillance de l'immunisation – 2005-2006 à 2007-2008
Figure 13 : Progrès accomplis sur le plan de l'amélioration de la collecte et de la déclaration des données de surveillance concernant la tuberculose 2005-2006 à 2007-2008
Figure 14 : Opportunité, pertinence et exactitude perçues des données de surveillance selon le personnel national
Figure 15 : Progrès réalisés sur le plan de la sensibilisation à la tuberculose
Figure 16 : Progrès accomplis sur le plan de la participation aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose
Figure 17 : Progrès accomplis sur le plan de l'amélioration du traitement de la tuberculose active et latente
Figure 18 : Progrès accomplis sur le plan de la détection et du diagnostic de l'infection tuberculeuse
Figure 19 : Progrès accomplis sur le plan de la réduction de l'incidence de l'infection tuberculeuse
Figure 20 : Perception du personnel de la santé communautaire au sujet de la participation des communautés aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose
Figure 21 : Progrès perçus en vue d'améliorer les résultats de santé à long terme
Figure 22 : Connaissance des activités concernant le VIH/sida
Figure 23 : Nombre d'infirmières en santé communautaire et autres membres du personnel s'occupant de la prestation des services
Figure 24 : Nombre de séances de formation et de participants par programme 2005-2006 et 2007-2008
Figure 25 : Utilité des activités d'orientation ou de formation déclarées par le personnel de santé communautaire
Figure 26 : Dans quelle mesure les communautés ont pris en charge les problèmes de santé et les problèmes connexes
Figure 27 : Perceptions concernant les niveaux de ressources du groupe de programmes de CMT

SOMMAIRE

LE GROUPE DE PROGRAMMES DE CONTRÔLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES (CMT)

Le groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles a été créé en 2005, et il réunit trois secteurs de programmes existants :

- immunisation (maladies pouvant être prévenues par un vaccin et immunisation);
- tuberculose (maladies disséminées par voie aérienne et maladies respiratoires);
- VIH/sida (maladies transmissibles par le sang et infections transmissibles sexuellement).

Le groupe de programmes vise à améliorer la collaboration et le réseautage, à consolider les activités de surveillance, à améliorer la prévention, ainsi que le contrôle et le traitement des maladies transmissibles dans les communautés des Premières nations et des Inuits; il favorise également une amélioration de la prise en charge par la communauté et sa capacité à déceler, à signaler et à combattre les maladies transmissibles. Les populations des Premières nations qui vivent dans les réserves et les communautés inuites au sud du 60^e parallèle constituent les principaux groupes visés.

OBJET ET MÉTHODOLOGIE

La présente évaluation a pour objet d'examiner la pertinence et le rendement du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles, qui relève de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et ce, pour la période de 2005-2006 à 2007-2008; cependant, les données relatives à l'année 2008-2009 ont été incluses, là où elles étaient disponibles. Les résultats permettront d'orienter le renouvellement des programmes ainsi que les directives et les options futures en matière de politiques ou de programmes.

L'évaluation s'est déroulée en deux étapes. Lors de la première étape, un vaste examen de la documentation a été entrepris et des entretiens ont été menés en personne et au téléphone avec un vaste échantillon de 26 représentants participant au groupe de programmes de CMT, ainsi que d'autres membres du personnel de Santé Canada. Lors de la seconde étape, les principales mesures prises ont consisté à examiner la littérature existante, à interroger et à sonder près de 350 représentants associés au groupe de programmes (dont 15 représentants de niveau supérieur à l'administration centrale et dans les régions, 8 coordonnateurs actuels et anciens coordonnateurs de programmes nationaux, 21 coordonnateurs régionaux et gestionnaires de programmes de CMT, 247 infirmières en santé communautaire et directeurs des services de santé, 27 partenaires dans la prestation de services et 24 autres intervenants), de même qu'à examiner en détail des plans de travail régionaux, des rapports de rendement annuels et d'autres documents liés au groupe de programmes de CMT.

CONCLUSIONS PRINCIPALES

Pertinence

- **Les objectifs du groupe de programmes de CMT sont conformes aux priorités et aux résultats stratégiques de Santé Canada ainsi qu'aux priorités du gouvernement fédéral.** Il ressort du recensement des écrits que les objectifs du groupe de programmes sont alignés sur les priorités ministérielles de Santé Canada ainsi que sur le Discours du Trône prononcé en 2004, lequel soulignait les écarts qui existaient sur le plan de la santé entre les Autochtones et les autres Canadiens et mettait en lumière l'engagement du gouvernement fédéral à soutenir les services de santé destinés aux communautés autochtones.
- **Les activités du groupe de programmes de CMT sont compatibles avec le mandat du gouvernement fédéral, qui consiste à fournir des services de prévention des maladies et de promotion de la santé.** Les partenaires et autres intervenants (p. ex., représentants d'autres programmes) croient que le gouvernement du Canada a un rôle à jouer dans le développement et le financement du groupe de programmes de CMT.
- **Les programmes de CMT répondent à des besoins essentiels,** et leur nécessité peut être attribuée aux graves problèmes de santé auxquels sont confrontés les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits, à l'importance de l'appui du gouvernement pour ce qui est de lutter contre les maladies transmissibles dans les communautés des Premières nations, à l'importance d'exercer une surveillance efficace dans le cadre de la lutte contre les maladies, au faible degré de connaissance des Premières nations à propos des maladies transmissibles, au besoin de collaborer davantage en rapport avec les problèmes de santé, ainsi qu'au rendement perçu des programmes.

Rendement

- **Le groupe de programmes de CMT a réussi à accroître et à améliorer la collaboration et le réseautage.** La plupart des représentants nationaux et régionaux du groupe de programmes de CMT se rencontrent régulièrement et collaborent avec un large éventail d'organismes et de programmes qui poursuivent des objectifs semblables à ceux du groupe de programmes. L'amélioration de la collaboration et du réseautage a été avantageuse pour le groupe de programmes, car cela a permis de clarifier davantage les rôles des parties respectives, de veiller à ce que les problèmes et les besoins des Premières nations se reflètent dans la conception des stratégies et la prestation des services, d'améliorer la coordination relative aux activités de programme et de réduire les chevauchements, de faciliter l'échange de renseignements et de leçons apprises, de favoriser l'exécution d'interventions conjointes face à des situations clés (p. ex., planification en cas de pandémie), d'améliorer l'accès à des points de vue différents ainsi qu'à une expertise spécialisée et d'assurer l'exécution plus homogène des programmes et des services entre les divers organismes concernés. L'un des résultats obtenus est que l'on considère que les activités du groupe de programmes complètent plutôt qu'elles ne chevauchent les programmes des autres entités.

- **L'accès à des données de surveillance précises et en temps voulu demeure un défi important.** Cela est attribué à un manque d'accords d'échange de renseignements avec les gouvernements provinciaux ainsi qu'aux difficultés à identifier les membres des groupes visés au sein des systèmes existants. Au nombre des autres problèmes figurent l'utilisation de multiples systèmes de bases de données entre les régions, et au sein de ces dernières, le fait que l'on continue de dépendre de systèmes papier, ainsi que le roulement du personnel à l'échelon communautaire, régional et national. Les données de surveillance sont nécessaires pour planifier les programmes, élaborer les politiques et les stratégies ainsi que surveiller et évaluer l'exécution des programmes.
- **Des progrès marqués ont été réalisés dans la mise en œuvre des programmes de vaccination nouvellement recommandés. Toutefois, la démonstration de l'amélioration des taux de couverture des immunisations systématiques a posé un défi.** Les directeurs des services de santé communautaire ont déclaré que d'importants progrès ont été réalisés sur le plan de l'amélioration des taux de vaccination systématique, mais cela n'est pas confirmé par les données de rendement régionales. On croit que des stratégies telles que l'amélioration du profil d'immunisation, la mise en œuvre de programmes de rappel, l'offre de mesures incitatives et un meilleur réseautage ont été efficaces pour intensifier la couverture dans les diverses régions, mais les taux de couverture demeurent nettement inférieurs à l'objectif ultime de 95 %.
- **Les progrès visant à réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang et des infections transmissibles sexuellement ont été moins importants.** Si l'on tient compte des limites associées aux données (pour ce qui est des tests VIH positifs déclarés, le statut ethnique est signalé dans 30 % des cas environ), le nombre de tests VIH positifs déclarés au sein de la population autochtone ne s'est pas amélioré au cours des dernières années. Il est peut-être irréaliste de s'attendre à ce qu'il y ait eu des changements marqués au cours de la période de 2005-2008. Les informateurs clés ont attribué les progrès accomplis, quels qu'ils soient, aux activités d'éducation menées dans les communautés (p. ex., au sujet de pratiques sexuelles plus sécuritaires), ainsi qu'à des stratégies telles que la distribution de condoms, les documents promotionnels adaptés aux réalités culturelles et la publicité. Des progrès substantiels ont aussi été accomplis sur le plan des travaux réalisés avec d'autres organismes en vue d'intervenir de manière coordonnée et intégrée à l'échelon national et international à l'égard des maladies transmissibles par le sang et des infections transmissibles sexuellement.
- **Selon les données du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCCT), les taux d'incidence demeurent élevés et le fardeau associé à la tuberculose continue d'être disproportionné chez les peuples autochtones. Certains progrès ont été signalés en ce qui a trait à la sensibilisation à la tuberculose et à l'acquisition de connaissances sur cette maladie.** Environ 13 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont fait état de progrès importants, 35 % ont fait état de quelques progrès et 53 % ont indiqué qu'aucun progrès n'avait été accompli pour ce qui était d'encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose.

- **Le groupe de programmes de CMT a eu un impact marqué sur la capacité des communautés en favorisant un meilleur accès à la formation et aux autres ressources pour les infirmières en santé communautaire et d'autres intervenants dans les communautés.** Plus de 200 séances de perfectionnement des compétences ont été organisées entre 2005-2006 et 2007-2008, et plus de 10 000 personnes y ont participé. Soixante-seize pour cent des infirmières en santé communautaire et des directeurs des services de santé ont indiqué qu'ils avaient suivi une forme quelconque de formation ou de perfectionnement professionnel par l'entremise du groupe de programmes. La plupart ont trouvé fort utile la formation qu'ils ont suivie.
- **Les directeurs des services de santé, les infirmières en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont exprimé des opinions mitigées quant au niveau de prise en charge par les communautés des questions de santé liées aux maladies transmissibles et des programmes connexes.** Pour la majorité des répondants (directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs régionaux), 51 % ont dit qu'ils étaient passablement d'accord ou tout à fait d'accord et 33 % des répondants ont dit qu'ils étaient passablement en désaccord ou tout à fait en désaccord pour dire que la communauté avait pris en charge ses problèmes en matière de santé et les programmes de CMT. Les facteurs qui sont susceptibles d'influencer le niveau de prise en charge par la communauté comprennent les compétences du personnel des soins de santé local (y compris les habiletés en relations interpersonnelles), l'accent mis sur la participation de la communauté, le niveau de roulement du personnel, la mesure dans laquelle les dirigeants de la communauté soutiennent les programmes, ainsi que l'expérience antérieure de la communauté sur le plan des relations avec le gouvernement et de la lutte contre les maladies transmissibles.
- **Le groupe de programmes a permis une amélioration modeste des résultats à long terme en matière de santé.** On considère que les activités telles que les programmes d'éducation et de sensibilisation influencent de manière positive les taux d'immunisation relatifs à la fois aux vaccins nouveaux et à ceux qui sont administrés de manière systématique, améliorent la connaissance des maladies transmissibles, amoindrissent le degré de stigmatisation, réduisent les comportements à risque et sensibilisent mieux les jeunes et les adultes à la manière de se protéger contre les ITS et le VIH, et améliorent les mesures de dépistage, d'administration de tests et de soutien. Même si ces résultats ne se reflètent pas encore dans les données dont on dispose sur les taux d'infection, on anticipe que les programmes préparent la voie à une amélioration des taux. Les résultats de santé à long terme sont fonction de multiples facteurs, dont un grand nombre déborde le cadre du groupe de programmes.

Efficienc e et économie

- **L'engagement du personnel, l'établissement de relations étroites avec les autres groupes, la souplesse des programmes et les objectifs clairement définis, ainsi que les groupes et les activités ciblés ont contribué à assurer l'efficacité du groupe de programmes de CMT.** Les intervenants ont également indiqué que le degré élevé de collaboration et de coopération avec d'autres groupes, la détermination du personnel à exécuter et à améliorer les programmes à tous les niveaux ainsi que l'accent

accru que l'on met sur les résultats et sur l'obligation redditionnelle sont des éléments qui contribuent à l'efficience du groupe de programmes.

- **Les taux élevés de roulement du personnel aux trois échelons du groupe de programmes ont entraîné une hausse des coûts de formation et réduit l'efficience des opérations.** Le roulement peut avoir un impact négatif marqué sur l'efficience des opérations en perturbant l'exécution des programmes, ce qui mène à une perte de connaissances au niveau institutionnel et corporatif et qui intensifie le besoin d'offrir des activités de formation et d'orientation.
- **La mise en œuvre de l'approche intégrée n'en est qu'à ses débuts et à bien des égards elle n'a pas encore eu d'effet marqué sur la prestation des programmes aux échelons régional et communautaire.** Les trois secteurs de services et de programmes que comporte le groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (CMT) sont intégrés au niveau des communautés des PNI dans le but de faciliter : 1) l'application d'une approche exhaustive à l'égard de l'exécution des programmes, 2) l'exécution et l'administration simplifiées des programmes, et 3) une transparence accrue. Il reste d'importantes occasions d'adopter une approche plus holistique, de faciliter une plus grande collaboration et intégration des activités, d'échanger des renseignements et de l'expertise, de simplifier la production de rapports et l'administration, et de rehausser la visibilité des programmes.

RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations qui découlent de l'évaluation sont les suivantes :

- **Favoriser, au premier rang des priorités, la mise en œuvre d'une approche plus stratégique et mieux coordonnée lors de la conception et la mise sur pied des activités du groupe de programmes.** Afin de profiter pleinement des avantages potentiels de l'approche de groupe, la DGSPNI devrait élaborer un plan stratégique qui définit clairement la vision nationale qui sous-tend le groupe de programmes, la structure des programmes, les priorités stratégiques à privilégier, les interactions entre les trois programmes et les activités connexes, ainsi que la relation avec les autres ressources.
- **Collaborer avec les gouvernements provinciaux, l'ASPC et le personnel régional et communautaire pour renforcer le système de surveillance.** Pour ce faire, Santé Canada doit collaborer avec les gouvernements provinciaux et l'ASPC afin d'améliorer les ententes, les processus et les protocoles d'échange de renseignements. La DGSPNI doit également assurer une formation continue afin d'appuyer la mise en œuvre des systèmes de surveillance et de la stratégie de mesure du rendement. Il y aura lieu d'examiner des options pour relier plus directement le financement au respect des exigences en matière de rapports et à l'atteinte des résultats escomptés.
- **Favoriser l'échange accru de renseignements, de ressources, de données de recherche et de pratiques exemplaires au sein et entre les programmes, les régions et les communautés.** Il faudrait élaborer une stratégie portant sur l'ensemble du groupe de programmes afin de tirer profit des efforts actuels au moyen de stratégies comme l'examen des pratiques exemplaires et des pratiques prometteuses, la conception

d'un site Web propre au groupe de programmes qui permettrait aux intéressés d'échanger des renseignements, des ressources, des données de recherche et des pratiques exemplaires, et inscrire les pratiques exemplaires et les pratiques prometteuses à l'ordre du jour des séances de formation et des conférences.

- **Élaborer une stratégie de formation officielle pour le groupe de programmes et en appuyer la mise en œuvre.** Cette stratégie permettra de définir les objectifs et les priorités, de déterminer les possibilités, de concevoir et d'échanger des outils de formation communs, d'appuyer les options de prestation multiples (p. ex. séances nationales et régionales, séances de formation locales, mentorat, jumelage, ateliers en ligne, vidéoconférences, téléconférences, publications, mises à jour et webinaires), et de faire en sorte que le groupe de programmes puisse mieux bénéficier des autres ressources actuelles en matière de formation et d'éducation.
- **Collaborer avec d'autres intervenants au sein de Santé Canada afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le roulement de personnel et ses conséquences aux échelons national, régional et communautaire.**
- **Favoriser, au premier rang des priorités, une prise en charge accrue des activités du groupe de programmes par les communautés.** Une prise en charge et un leadership vigoureux par les communautés rehaussent le profil des programmes et des enjeux, confèrent une plus grande crédibilité et importance aux messages, favorisent une participation accrue aux programmes et facilitent la promotion et la prestation des activités des programmes, y compris les programmes de sensibilisation et d'éducation.

I INTRODUCTION

Objectif de l'évaluation

La présente évaluation a pour objectif de procéder à un examen et de formuler des recommandations au sujet de la pertinence et du rendement (l'efficacité, l'efficience et l'économie, selon la Politique sur l'évaluation de 2009 du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada) du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (CMT), qui relève de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et ce, conformément aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (LGFP). La LGFP exige que tous les ministères effectuent aux cinq ans une évaluation de leurs programmes permanents de subventions et de contributions.

La Division du contrôle des maladies transmissibles, qui fait partie de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), à Santé Canada, administre divers programmes de subventions et de contributions à l'échelon communautaire et régional; ces programmes, qui sont liés aux maladies transmissibles, portent sur des sujets tels que l'immunisation, le signalement des maladies à déclaration obligatoire, les projets de sensibilisation et d'éducation, ainsi que la surveillance épidémiologique. Le groupe de programmes de CMT est un élément important des activités de la Division et il est formé de trois secteurs d'exécution de programmes qui sont axés sur la détection, la prévention et le contrôle des maladies transmissibles dans les communautés des Premières nations et des Inuits :

- l'immunisation (maladies pouvant être prévenues par un vaccin et immunisation);
- la tuberculose (maladies disséminées par voie aérienne et maladies respiratoires);
- le VIH/sida (maladies transmissibles par le sang et infections transmissibles sexuellement).

Tableau 1 – Liste des éléments à évaluer et des questions connexes

Éléments à évaluer	Questions connexes
Pertinence	<ul style="list-style-type: none">- En quoi les activités et les résultats du groupe de programmes de CMT sont-ils conformes aux priorités du gouvernement fédéral?- En quoi le groupe de programmes de CMT est-il compatible avec les rôles et les responsabilités actuels du gouvernement fédéral?- De quelle façon le groupe de programmes de CMT répond-il clairement aux besoins de santé définis des PNI?
Rendement	<ul style="list-style-type: none">- De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il réussi à accroître et à améliorer la collaboration et le réseautage?- De quelle façon et dans quelle mesure les systèmes de surveillance liés au groupe de programmes de CMT génèrent-ils des renseignements pertinents et en temps opportun?- De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il contribué à améliorer la prévention, le contrôle et le traitement des maladies transmissibles dans les communautés des PNI?- De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il favorisé

Éléments à évaluer	Questions connexes
	la prise en charge par la communauté et sa capacité à déceler, à signaler et à combattre les maladies transmissibles? - De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il contribué à améliorer à long terme l'état de santé des PNI? - La mise en œuvre du groupe de programmes de CMT a-t-elle eu des répercussions involontaires (positives et négatives) et a-t-elle donné lieu à des résultats élargis?
Efficienc e et économie	- Quels sont les facteurs qui favorisent ou qui entravent l'efficacité du groupe de programmes de CMT? - De quelle façon et dans quelle mesure le type de paiement de transfert a-t-il influé sur les résultats attendus? - Quels sont les avantages de cette approche de groupe et les occasions d'amélioration?

L'évaluation servira de guide au renouvellement des programmes, ainsi qu'aux options et aux directives futures en matière de politiques ou de programmes. Elle fournira des renseignements qui serviront à informer Santé Canada de la mesure dans laquelle le groupe de programmes de CMT a bel et bien permis d'obtenir des résultats qui sont pertinents pour les Premières nations et les Inuits et qui concordent avec les priorités du gouvernement du Canada, ainsi que la mesure dans laquelle il satisfait à l'obligation de rendre des comptes au Parlement et aux Canadiens.

Portée et période visée

Le groupe de programmes de CMT a pour mandat de servir les Premières nations vivant dans des réserves et les communautés inuites situées au sud du 60^e parallèle et, dans ce contexte, seules ces communautés (vivant dans des réserves, en deçà du 60^e parallèle) sont visées par la présente évaluation. Cette dernière met l'accent sur les activités du groupe de programmes de CMT qui ont été mises en œuvre entre 2005-2006 et 2007-2008, ainsi que pendant les périodes de 2008-2009 au sujet desquelles on dispose de données, et ce, dans le cadre des trois secteurs de programmes : Immunisation, Tuberculose et VIH/sida.

L'évaluation a été menée entre les mois d'avril 2009 et avril 2010. La demande de propositions (DP) indiquait que la période d'évaluation s'étendait de l'année 2005-2006 à l'année 2007-2008 et, comme l'évaluation s'est déroulée entre les mois d'avril 2009 et 2010, des données relatives à l'année 2008-2009 ont été incluses, là où il était possible de le faire.

Grandes lignes du rapport

Les trois premières sections de ce rapport présentent le contexte dans lequel s'inscrit l'étude d'évaluation ainsi que la méthode qui a été suivie. Les sections IV à VI exposent les constatations de l'évaluation au sujet de la pertinence et du rendement du groupe de programmes. La section VII résume les conclusions principales de l'évaluation, et les recommandations sont présentées à la section VIII.

II CONTEXTE

Cette section fait un survol de l'approche adoptée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) et du modèle logique des programmes. De plus, elle décrit les groupes ciblés et résume ensuite les activités des trois secteurs qui font partie du groupe de programmes de CMT, la structure de mise en œuvre, de même que le financement.

Approche de groupe adoptée par la DGSPNI

Le 16 mars 1988, le Cabinet du gouvernement fédéral a donné son accord au cadre de la politique de transfert des services de santé, relativement au transfert de ressources aux Indiens pour les programmes de santé des Indiens mis en œuvre par le gouvernement fédéral au sud du 60° parallèle. L'objectif principal de cette mesure était de soutenir la gestion accrue, par les Premières nations et les Inuits, des programmes et des services de santé. L'année suivante, le Conseil du Trésor a approuvé les pouvoirs financiers et les fonds nécessaires pour soutenir les structures de planification préalable au transfert ainsi que la gestion de la santé des communautés, permettant ainsi les bénéficiaires d'aide financière d'envisager d'adopter de nouvelles formules à l'égard de la gestion de leurs programmes de santé.

La même année, le Programme de transfert a été lancé dans tout le pays. Ce programme était axé sur la planification en tant que mécanisme de coordination des programmes financés, et il octroyait des fonds additionnels pour la structure de gestion. Le Programme de transfert a été conçu comme une approche graduelle à l'égard du renforcement des capacités, axée sur la notion de l'autodétermination dans le domaine de la santé. Le processus de transfert consiste à confier graduellement le contrôle des ressources et la responsabilité des programmes et des services de santé communautaire aux communautés des Premières nations et des Inuits. Il inclut le transfert de connaissances, de capacités et de fonds de manière à ce que les communautés puissent gérer et administrer leurs ressources de santé en fonction des besoins et des priorités qui leur sont propres.

Chaque communauté qui concluait un accord de contribution en matière de transfert le faisait par choix et assumait la responsabilité des programmes de santé à son propre rythme, lequel était déterminé par ses propres circonstances et capacités. Parallèlement, les communautés qui décidaient de ne pas conclure un tel accord pouvaient continuer de recevoir directement leurs services de la DGSPNI ou conclure d'autres types d'accords de contribution en vue de l'exécution de programmes particuliers.

L'approche que la DGSPNI a suivie à l'égard du financement sous forme de contributions a évolué à la longue de façon à faciliter, pour les bénéficiaires, le processus d'autodétermination. Habituellement, les fonds étaient attribués pour des programmes et des services ayant des objectifs précis, axés sur les programmes. L'accent était mis sur les conditions dans lesquelles la

DGSPNI fournirait des fonds, et la relation entre la DGSPNI et un bénéficiaire était axée sur la surveillance et la conformité¹.

Au fil du temps, on a mis davantage l'accent sur les priorités et les objectifs que les communautés fixaient pour leurs programmes de santé. Le nouveau Cadre de financement des contributions est basé sur une méthode de planification de la santé graduelle par laquelle la DGSPNI et des communautés ou des bénéficiaires particuliers s'entendent sur une gamme de services qui répondent aux besoins particuliers des communautés ainsi que sur un mécanisme de financement qui cadre avec leurs capacités en matière de gestion financière et de programmes.

Afin d'assurer une meilleure intégration au sein des ministères fédéraux et entre ces derniers, la DGSPNI a établi une formule plus stratégique pour la gestion de ses pouvoirs en matière de programmes : le groupe de programmes. Selon cette formule, la DGSPNI groupe ensemble les programmes, les services ou les activités existants pour lesquels les groupes visés, les objectifs et les résultats attendus sont les mêmes. Un objectif général de cette formule est de contribuer à créer des programmes et des services de santé durables pour les communautés des PNI, ainsi que d'améliorer leur accès à leur système de santé et le contrôle qu'elles exercent sur ce dernier. Un objectif important de la formule du groupe de programmes consiste à bénéficier de meilleures occasions de collaboration, de coordination et d'intégration entre les secteurs de programmes.

Un autre but était d'améliorer les fonctions, les exigences et les pratiques en matière de planification, de surveillance, de production de rapports et d'évaluation, de façon à se concentrer davantage sur les résultats. Cela a consisté à rationaliser les demandes et à améliorer la crédibilité, la valeur et l'utilisation des renseignements obtenus sur le plan du rendement. Ces changements ont également étayé le recours à des pratiques intégrées en matière de planification communautaire, de production de rapports et de gestion des renseignements.

La souplesse intégrée aux nouvelles conditions de même que les nouveaux groupements de programmes garantissent que les programmes et les services sont davantage ciblés sur les besoins réels des bénéficiaires. Ces derniers peuvent aussi planifier et organiser leurs programmes et leurs services en fonction des résultats qu'ils souhaitent atteindre au sein de chaque groupe de programmes. Un autre avantage est que la souplesse que procure le financement sous forme de contribution est fondée sur la capacité des bénéficiaires à planifier et à gérer les programmes. La fréquence à laquelle il est nécessaire de fournir des renseignements pour le Modèle de rapport communautaire a aussi été réduite à un an.

Les trois secteurs de services et de programmes qui font partie du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (CMT) sont intégrés au niveau des communautés des PNI. Cette intégration vise à faciliter ce qui suit : 1) une approche exhaustive à l'égard de l'exécution des programmes, 2) une exécution et une administration simplifiées des programmes, et 3) une transparence accrue.

¹ Cadre de financement des contributions de la DGSPNI : Aperçu. Santé Canada, DGSPNI, Division de la planification et de la gestion des affaires, Modes de financement en matière de santé, avril 2007.

Modèle logique du groupe de programmes

Le modèle logique qui a été établi pour le groupe de programmes de CMT décrit les activités, les extrants et les résultats qui s'appliquent à la conception et à la gestion des programmes, ainsi qu'à la mise en œuvre de ces derniers. L'un des éléments de l'évaluation du groupe de programmes de CMT consiste à évaluer l'efficacité avec laquelle les activités menées ont donné lieu aux résultats attendus, lesquels sont prescrits dans le modèle logique du groupe de programmes de CMT².

Le modèle logique du groupe de programmes de CMT est fondé sur les éléments suivants :

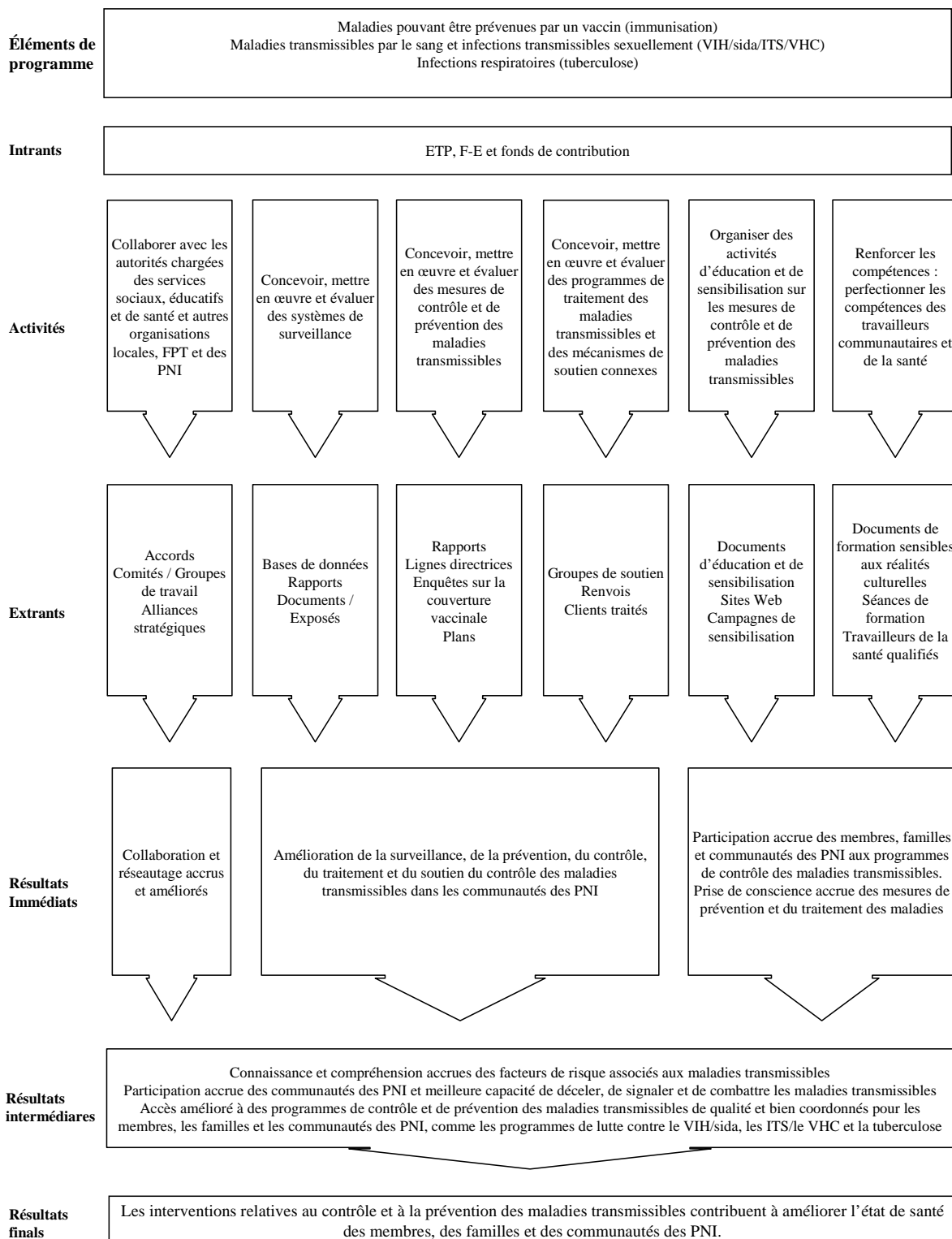
- il existe un important besoin de **collaboration** entre les professionnels de la santé non gouvernementaux et ceux des gouvernements fédéral, provinciaux et régionaux;
- il est indispensable d'exercer une **surveillance** permanente, systématique et opportune aux niveaux communautaire, régional et national si l'on veut contrôler et prévenir de manière efficace les maladies grâce à l'identification précoce d'épidémies potentielles et de tendances nouvelles;
- la conception et la mise en œuvre de mesures de **prévention et de contrôle**, compatibles avec les exigences des lois sur la santé des provinces en matière de lutte contre les maladies transmissibles, seront avantageuses pour les clients et les communautés des PNI grâce à une amélioration de la surveillance, de la prévention, du contrôle, du traitement et du soutien des mesures de contrôle des maladies transmissibles;
- les **programmes de traitement et les mécanismes de soutien connexes** sont également les précurseurs à court terme nécessaires d'une amélioration de la surveillance, de la prévention, du contrôle, du traitement et du soutien des mesures de lutte contre les maladies transmissibles dans les communautés des PNI;
- les ressources **d'éducation et de sensibilisation** holistiques adaptées aux réalités culturelles mènera à une participation accrue des membres, des familles et des communautés des PNI aux programmes de contrôle des maladies transmissibles, ainsi qu'à une prise de conscience accrue des mesures préventives et du traitement des maladies transmissibles;
- il est nécessaire de **renforcer les capacités des travailleurs de la santé des communautés des PNI** grâce aux documents et aux séances de formation adaptés aux réalités culturelles, qui, par ricochet, mèneront à une participation accrue des membres, des familles et des communautés des PNI aux programmes de contrôle des maladies transmissibles, ainsi qu'à une prise de conscience accrue des mesures préventives et du traitement des maladies transmissibles.

² Prévention des maladies transmissibles (Protection de la santé), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), Santé Canada, 2007.

Les extraits prévus pour chaque secteur d'activité sont fondés sur les éléments suivants :

- la collaboration : accords, comités/groupes de travail et alliances stratégiques;
- la surveillance : bases de données, rapports et documents/exposés;
- les mesures de prévention et de contrôle : rapports, lignes directrices, données sur la couverture vaccinale, enquêtes et plans;
- les programmes de traitement et les mécanismes de soutien connexes : groupes de soutien, renvois et clients traités;
- l'éducation et sensibilisation : documents, sites Web et campagnes de sensibilisation;
- le renforcement des capacités : matériel de formation adapté aux réalités culturelles, séances de formation et travailleurs de la santé qualifiés.

Figure 1 – Modèle logique du groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles



Dans l'immédiat, on s'attend à ce que les activités clés créent trois séries de résultats : (i) une amélioration de la collaboration et du réseautage entre les intervenants qui s'occupent du CMT; (ii) une amélioration de la surveillance, de la prévention, du contrôle, du traitement et du soutien du contrôle des maladies transmissibles dans les communautés des PNI; (iii) la participation accrue des membres, des familles et des communautés des PNI aux programmes de CMT ainsi qu'une prise de conscience accrue des mesures de prévention et du traitement des maladies transmissibles.

À moyen terme, les communautés des PNI devraient en retirer : (i) une connaissance et une compréhension accrues des facteurs de risque associés aux maladies transmissibles, (ii) une plus grande participation des communautés des PNI et une meilleure capacité à déceler, à signaler et à combattre les maladies transmissibles, (iii) un meilleur accès à des programmes de qualité et bien coordonnés de contrôle et de prévention des maladies transmissibles pour les membres, les familles et les communautés des PNI (p. ex., les programmes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose).

Comme résultat final, on s'attend à ce que les interventions relatives au contrôle et à la prévention des maladies transmissibles contribuent à l'amélioration de l'état de santé des membres, des familles et des communautés des PNI. Il est entendu que ce résultat à long terme est basé sur le fait que l'état de santé est également influencé par des facteurs socioéconomiques additionnels qui débordent du cadre de contrôle des maladies transmissibles³.

Aperçu des programmes et des activités de CMT

Malgré les améliorations apportées, l'état de santé des Premières nations demeure inférieur à celui des autres Canadiens. Même si l'espérance de vie des Canadiens en général (en 2005) était de 78,0 ans chez les hommes et de 82,7 ans chez les femmes, elle était inférieure de 7,6 années chez les Indiens inscrits (70,4 ans chez les hommes et 75,5 ans chez les femmes)⁴ et de 12 ans chez les Inuits (64,4 ans chez les hommes et 69,8 ans chez les femmes)⁵. Au sein des Premières nations, le taux de mortalité infantile diminue, mais il reste supérieur au taux canadien. Dans l'ensemble, au sein de la population des Premières nations et des Inuits, on relève :

- des taux élevés de maladies pouvant être prévenues par un vaccin et des taux d'immunisation inférieurs;
- des incidences supérieures de cas de tuberculose (éclosions sporadiques);
- des taux supérieurs de cas de VIH/sida.

³ Prévention des maladies transmissibles (Protection de la santé), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), Santé Canada, 2007.

⁴ <http://www4.rhdcc.gc.ca/3nd.3c.1t.4r@-fra.jsp?iid=3>

⁵ Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 (<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10463-fra.htm>).

Le groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (CMT) a été établi en 2005 pour aider à combler ces écarts sur le plan de l'état de santé, ainsi que pour réaliser une meilleure intégration au sein des ministères fédéraux et entre ces derniers et soutenir l'établissement de programmes de la DGSPNI communs et complémentaires. Le groupe de programmes de CMT inclut une approche à l'égard de la santé des PNI qui est fondée sur une perspective holistique intégrant les besoins spirituels, culturels, physiques et sociaux des membres, des familles et des communautés dans le cadre de la prestation des soins de santé⁶. Outre la justification selon laquelle il est nécessaire de recourir à une approche holistique, le groupe de programmes de CMT repose également sur la prémisse que la conclusion de partenariats avec des organisations et des communautés des PNI, ainsi qu'avec des organisations de santé des provinces et des territoires, prendront appui sur les capacités existantes et aideront à garantir l'efficacité des accords de financement dans le domaine de la santé. Sans le groupe de programmes de CMT, on ne mettrait pas nécessairement un tel accent sur la conclusion de partenariats ou sur le recours à une approche intégrée et holistique.

Le groupe de programmes de CMT a pour mandat d'aider les bénéficiaires admissibles des PNI à fournir des services et des programmes de contrôle des maladies transmissibles à l'échelon national, régional et communautaire. Le groupe de programmes de CMT comporte trois grands secteurs :

- les maladies pouvant être prévenues par un vaccin et l'immunisation (Stratégie d'immunisation ciblée);
- les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement (Stratégie d'élimination du VIH/sida, des ITS et du VHC);
- les maladies disséminées par voie aérienne et les maladies respiratoires (Stratégie d'élimination de la tuberculose).

Les caractéristiques et la raison d'être de chacun de ces trois programmes sont résumées ci-dessous.

Programme d'immunisation et de lutte contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin

Le Programme d'immunisation et de lutte contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin a pour mandat d'augmenter les taux de couverture vaccinale et de garantir l'accès aux vaccins nouvellement recommandés. Habituellement, la population des PN vivant dans une réserve accuse des taux d'immunisation estimatifs qui sont inférieurs de 20 % à ceux de la population en général ainsi que des taux supérieurs de maladies pouvant être prévenues par un vaccin, ce qui mène, dans certains cas, à plus d'hospitalisations que dans le cas de la population

⁶ Prévention des maladies transmissibles (Protection de la santé), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), Santé Canada, 2007.

en général (p. ex., les enfants autochtones âgés de moins d'un an sont hospitalisés 80 fois plus souvent pour la varicelle que les enfants non autochtones)⁷.

Le Programme d'immunisation et de lutte contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin a eu recours à la Stratégie d'immunisation ciblée (SIC), établie par la DGSPNI, comme ligne directrice afin de soutenir les activités exécutées à l'échelon national et régional pour l'immunisation des enfants des PN vivant dans des réserves. Les objectifs et les activités de base de la Stratégie d'immunisation ciblée sont résumés au tableau 2.

Tableau 2 – Stratégie d'immunisation ciblée – Objectifs et activités

Objectifs	Activités
Stratégie d'immunisation ciblée	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Accroître les taux de couverture de vaccinations systématiques au sein de la population ciblée, et atteindre le taux international et canadien de couverture, qui est de 95 %. 2. Offrir à la population ciblée des vaccins nouvellement recommandés (vaccin contre la varicelle, vaccin conjugué anti-pneumococcique, vaccin méningococcique C conjugué). 3. Accroître le nombre de données sur les taux de couverture vaccinale et d'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, les obstacles à l'immunisation et les pratiques exemplaires mises en œuvre, et favoriser une meilleure compréhension de ces facteurs. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collaboration <ul style="list-style-type: none"> • Collaboration, partenariats, réseaux et accords avec les intervenants fédéraux, provinciaux et territoriaux ainsi que des Premières nations et des Inuits à l'égard de l'établissement et de la mise en œuvre de la Stratégie en vue de fournir des services d'immunisation de grande qualité. 2. Favoriser la collecte et l'évaluation permanente de données de surveillance améliorées <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui favorisent et soutiennent l'établissement des stratégies techniques requises pour mettre en œuvre un système de surveillance. 3. Éducation en matière de santé publique <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui informent, enseignent et amènent à connaître les maladies pouvant être prévenues par un vaccin, ainsi que l'immunisation et l'établissement de stratégies et de pratiques exemplaires. 4. Capacité <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui améliorent et soutiennent le perfectionnement des connaissances et des compétences des travailleurs de la santé, ainsi que leurs compétences en matière d'immunisation.

La SIC avait pour but d'augmenter les taux de couverture pour les vaccins financés par les fonds publics ainsi que d'introduire de nouveaux vaccins (p. ex., vaccin contre la varicelle, vaccin anti-pneumococcique, vaccin méningococcique). Il convient de signaler que les gouvernements provinciaux déterminent, en fonction des recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation, le programme des vaccinations financées par les fonds publics pour leur province en particulier. Il y a de ce fait des différences dans les calendriers entre les provinces, et donc entre les régions de la DGSPNI. Pendant toute la durée de la Stratégie d'immunisation ciblée, un travail considérable a été entrepris à l'échelon national en vue de rehausser le degré de collaboration entre les diverses administrations sur le plan de l'immunisation⁸. La DGSPNI a participé de manière active à ce travail, et a siégé comme membre au Comité canadien d'immunisation, au Comité consultatif national de l'immunisation ainsi qu'au sein de divers sous-comités et groupes de travail.

⁷ Site Web de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php>.

⁸ Stratégie nationale d'immunisation, rapport final, disponible à l'adresse http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/nis-sni-03/pdf/nat_imm_strat_f.pdf.

Programme de lutte contre les maladies disséminées par voie aérienne et les maladies respiratoires

Le Programme de lutte contre les maladies disséminées par voie aérienne et les maladies respiratoires a pour mandat de réduire l'incidence de la tuberculose dans les communautés des Premières nations et des Inuits (conformément à l'objectif national, qui est de 3,6 cas pour 100 000 habitants d'ici 2015). Le Programme de lutte contre la tuberculose est exécuté par l'entremise des services de santé primaire à l'échelon des communautés. Les activités de détection principales consistent à repérer les cas de tuberculose active, en plus de rechercher les contacts et de procéder à un dépistage de la maladie chez les personnes qui ont eu des contacts documentés avec des personnes atteintes de tuberculose active. Les activités de surveillance comprennent la collecte, l'analyse et la diffusion de renseignements sur la tuberculose. Les activités de prévention et de contrôle de la tuberculose sont également financées au moyen de projets de recherche menés à l'échelle des communautés. Les programmes d'éducation en santé communautaire sont fondés sur la reconnaissance de la relation qui existe entre l'incidence de la tuberculose, l'alimentation et les conditions de logement. Dans le cadre de ce programme, l'accent est mis sur le renforcement des ressources de santé communautaire parmi les professionnels de la santé, les personnes chez qui l'on a diagnostiqué la tuberculose, ainsi que d'autres membres de la communauté. Les objectifs et les activités de base du Programme de lutte contre la tuberculose sont résumés au tableau 3.

Tableau 3 – Programme national de lutte contre la tuberculose de la DGSPN – Objectifs et activités

Objectifs	Activités
Programme national de lutte contre la tuberculose de la DGSPNI	
<ol style="list-style-type: none"> Réduire l'incidence de la tuberculose dans les communautés des Premières nations et des Inuits, à 3,6 cas pour 100 000 habitants d'ici 2015. Détecter et diagnostiquer la tuberculose chez les personnes exposées à des cas infectieux et prévenir la propagation de la maladie à d'autres membres de la communauté. Traiter les personnes atteintes de tuberculose active et latente, prévenir l'apparition d'une résistance aux médicaments et obtenir le contrôle permanent de la tuberculose dont souffrent ces personnes. Aider les travailleurs de la santé et les communautés à prévenir et à contrôler la tuberculose à l'échelon des communautés, en soutenant des activités de sensibilisation et en aidant à faire connaître la tuberculose. 	<ol style="list-style-type: none"> Collaboration <ul style="list-style-type: none"> Partenariats conclus avec les partenaires fédéraux, d'autres programmes de services de la DGSPNI, les autorités de santé des gouvernements provinciaux, ainsi que les autorités de santé des Premières nations et des Inuits. Améliorer l'accès aux mesures de soutien et de traitement concernant la tuberculose pour les communautés des Premières nations et des Inuits. Meilleures mesures de surveillance et recherches concernant la tuberculose <ul style="list-style-type: none"> Projets de recherche communautaires Améliorer les activités de surveillance, de recherche, de prévention, de traitement et de soutien concernant la lutte contre la tuberculose au sein des communautés des Premières nations et des Inuits. Concevoir, établir, mettre en œuvre, coordonner et évaluer un programme de lutte contre la tuberculose <ul style="list-style-type: none"> Éducation et formation de particuliers, comme des professionnels de la santé, des malades et des membres de la communauté. Aider à contrôler et à prévenir la tuberculose en facilitant l'élaboration et l'application de politiques opérationnelles concernant la tuberculose et d'activités qui favorisent l'évaluation des programmes. Éducation et sensibilisation de la communauté <ul style="list-style-type: none"> Établissement de documents d'éducation et de sensibilisation, de pair avec des campagnes d'éducation dans les communautés. Amélioration de la connaissance de la tuberculose, ainsi que rehausser

Objectifs	Activités
	<p>la participation des communautés des Premières nations et des Inuits à des activités connexes (cela consiste aussi à améliorer la capacité de fournir des services).</p> <p>5. Renforcement des capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activités de sensibilisation à la tuberculose et fournir des occasions de formation pertinentes. • Renforcer les capacités au sein des communautés des Premières nations et des Inuits et accroître la participation des professionnels de la santé ainsi que des dirigeants et des membres de la communauté aux programmes d'éducation préventive.

Programme de lutte contre les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement

Le Programme de lutte contre les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement (Stratégie d'élimination du VIH/sida, des ITS et du VHC) a pour mandat de fournir des services d'éducation, de prévention et de santé connexes aux Premières nations vivant dans des réserves ainsi qu'à quelques communautés inuites. L'objectif général est de travailler en partenariat avec les communautés des Premières nations et des Inuits situées au sud du 60° parallèle afin de prévenir la transmission du VIH/sida et de soutenir les soins dispensés aux personnes infectées par le VIH et le sida. Cela consiste à établir et à réaliser des interventions communautaires de sensibilisation, d'éducation et de prévention concernant le VIH/sida/les ITS et le VHC dans les communautés des Premières nations vivant dans des réserves. L'objectif et les activités de base du programme sont résumés au tableau 4.

Tableau 4 – Stratégie d'élimination du VIH/sida, des ITS et du VHC – Objectifs et activités

Objectifs	Activités
Stratégie d'élimination du VIH/sida, des ITS et du VHC	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Améliorer le degré de connaissance de l'épidémie au sein des Premières nations vivant dans des réserves grâce à l'amélioration des connaissances des communautés, l'amélioration de l'analyse des données de surveillance et l'amélioration de la transformation des connaissances en pratique. 2. Augmenter la disponibilité d'interventions relatives au VIH/sida, aux ITS et au VHC qui sont fondées sur des preuves et qui reposent sur une analyse des résultats de projets régionaux, des tendances relevées dans les données épidémiologiques, ainsi que dans les conclusions de recherche obtenues au moyen d'autres voies de financement dans le cadre de l'Initiative fédérale (IF) afin de lutter contre le VIH/sida, les ITS et le VHC au Canada. 3. Sensibiliser les communautés et atténuer au sein de ces dernières le caractère stigmatisant du VIH afin de promouvoir l'administration de tests, l'accès à des mesures de prévention, d'éducation et de soutien, ainsi que la création de milieux sociaux de soutien à l'intention des personnes vulnérables et de celles qui sont atteintes du VIH. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Collaboration <ul style="list-style-type: none"> • Partenariats conclus avec les partenaires fédéraux, d'autres programmes de services de la DGSPNI, les autorités de santé des gouvernements provinciaux, ainsi que les autorités de santé des Premières nations et des Inuits. • Améliorer l'accès aux soins et aux mesures de soutien pour les Premières nations et les Inuits aux prises avec le VIH/sida. 2. Développement et diffusion des connaissances <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui mènent à des programmes fondés sur des pratiques exemplaires et des analyses fondées sur des preuves. • Des sources de connaissance créées et diffusées. • Mener une meilleure analyse des données de surveillance concernant le VIH/sida. 3. Conception et mise en œuvre de programmes <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui facilitent l'élaboration et la mise en œuvre de politiques opérationnelles concernant le VIH/sida. • Des activités qui favorisent l'évaluation des programmes.

Objectifs	Activités
<p>4. Affermir les partenariats conclus au sein de la DGSPNI et des gouvernements provinciaux afin d'intensifier l'accès aux soins et aux mesures de soutien pour les Premières nations qui sont aux prises avec le VIH/sida.</p> <p>5. Rehausser le degré de collaboration des partenaires actuels et nouveaux à l'égard de l'obtention d'une intervention coordonnée et intégrée face au VIH/sida à l'échelon régional, national et international.</p>	<p>4. Éducation en matière de prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des activités qui facilitent l'élaboration d'activités de prévention primaire et secondaire à l'intention des Premières nations et des Inuits vulnérables au VIH/sida ou l'ayant contracté. <p>5. Renforcement des capacités</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des activités de sensibilisation au VIH/sida et fournir des occasions de formation pertinentes. • Développer les capacités au sein des communautés des Premières nations et de quelques communautés inuites. • Améliorer la participation des professionnels de la santé, ainsi que des dirigeants et des membres de la communauté aux programmes d'éducation préventive.

Groupes visés

En ce qui concerne le groupe de programmes de CMT, les principaux groupes visés sont les membres des Premières nations qui vivent dans des réserves ainsi que les communautés inuites situées au sud du 60^e parallèle. Le profil démographique de la population des PNI au Canada présente les caractéristiques suivantes :

- 623 780 Indiens inscrits (299 970 vivant dans des réserves et 323 810 vivant à l'extérieur des réserves, selon le recensement de 2006)⁹;
- 50 480 Inuits¹⁰;
- 615 communautés des Premières nations¹¹;
- 53 communautés inuites¹²;
- 50 % des membres des Premières nations sont âgés de moins de 24 ans¹¹;
- 56 % des Inuits sont âgés de moins de 24 ans¹¹;
- un pourcentage estimatif de 40 % des membres des Premières nations vivent dans des réserves¹³;
- 90 % des communautés des Premières nations comptent moins de 1 000 membres¹⁴;

⁹ Statistique Canada, Recensement 2006, Produits de données, Peuples autochtones.

¹⁰ Statistique Canada, Le Quotidien, 25 janvier 2008, Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080115/dq080115a-fra.htm>.

¹¹ Affaires indiennes et du Nord Canada : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/fn/index-fra.asp>.

¹² Exposé Power Point présenté par Eric Costen, directeur, Santé mentale et toxicomanies, Direction des programmes communautaires, Santé Canada, et intitulé Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, janvier 2009, diapositive n° 14.

¹³ Statistique Canada, 2008. Le Quotidien : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080115/dq080115a-fra.htm>.

¹⁴ Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, mars 2003.

La population autochtone s'est accrue plus rapidement que la population non autochtone, soit près de six fois plus vite que le taux de croissance des non-Autochtones entre 1996 et 2006, et le gain le plus rapide a été relevé chez ceux qui s'identifiaient comme Métis¹⁵.

Des taux d'instruction relativement faibles, des taux de rémunération faibles et des taux de chômage élevés sont des caractéristiques des groupes visés, et ces dernières sont également reconnues comme des déterminants d'un état de santé inférieur. Comparativement à la population canadienne en général, les Premières nations accusent des taux élevés de coqueluche (2,2 fois plus), de rubéole (7 fois plus) et de shigellose (2,1 fois plus) pour l'année 2000¹⁶. En 2004, le taux d'incidence de la tuberculose chez les Indiens inscrits (27,5 pour 100 000 habitants) était 5,5 fois supérieur au taux canadien (5,0 pour 100 000 habitants) et 30,6 fois supérieur au taux des non-Autochtones nés au Canada (0,9 pour 100 000 habitants)¹⁷. Les Autochtones sont également surreprésentés dans l'épidémie de VIH au Canada. Même si ces derniers ne forment qu'environ 3 % de la population du Canada, ils représentent de 5 % à 8 % des infections au VIH prévalentes. En 2005, la proportion d'infections au VIH que l'on attribuait aux utilisateurs de drogues injectables était de 53 % chez les Canadiens autochtones, ce qui est nettement supérieur au chiffre relevé dans l'ensemble de la population canadienne (14 %) ¹⁸.

Structure d'exécution du groupe de programmes

Les trois secteurs du groupe de programmes de CMT recourent trois grands niveaux : national, régional et communautaire. Le niveau national (AC) se concentre sur la coordination et les travaux faits en collaboration avec les organisations et les régions nationales des Premières nations, et il dirige également le travail d'élaboration de politiques stratégiques et de planification de programmes de prévention, de promotion et de traitement. Plus précisément, l'AC est chargée des aspects suivants :

- la conception du cadre de programme;
- l'attribution de fonds aux programmes nationaux;
- la création et la poursuite des mesures de coordination et de communication relatives aux programmes nationaux;
- la surveillance des programmes nationaux, ainsi que l'analyse des données, l'établissement de rapports et les mesures d'évaluation connexes;
- les conseils ou de directives sur l'exécution des programmes;

¹⁵ Statistique Canada, Le Quotidien, 25 janvier 2008, Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006 : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/080115/dq080115a->

¹⁶ Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada, mars 2003.

¹⁷ Agence de la santé publique du Canada, La tuberculose au Canada, 2004, Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse - La tuberculose parmi les peuples autochtones du Canada, de 2000 à 2004, Prévention et contrôle de la tuberculose, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2007.

¹⁸ Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA, Agence de la santé publique du Canada, 2007, page 49 : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf.

- le travail fait en partenariat avec les PNI à l'échelon national, afin de garantir l'exécution efficace des programmes de contrôle des maladies transmissibles¹⁹.

Le niveau régional facilite l'exécution des programmes au sein des communautés grâce à la gestion et à la surveillance des accords de contribution par lesquels les bénéficiaires reçoivent des fonds sous forme de paiement de transfert en vue de mettre en œuvre et d'exécuter des programmes et des services dans les communautés. Les bureaux régionaux jouent également un rôle consultatif à l'égard des activités relatives aux programmes.

Les bénéficiaires des accords de contribution comprennent des communautés et des associations des PNI, des associations bénévoles et non gouvernementales, des établissements d'enseignement et des hôpitaux du Canada, des gouvernements, des organismes et des autorités de santé à l'échelon local, municipal, provincial et territorial.

Ressources

Cette section fait un survol de l'ensemble des ressources attribuées par le groupe de programmes de CMT, d'après les données tirées de rapports sur le rendement applicables aux années 2005-2006 à 2008-2009.

Tableau 5 – Total des ressources financières – Groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles

Ressources financières – Groupe de programmes de contrôle des maladies transmissibles (rapport final), en millions de dollars				
	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Stratégie d'immunisation ciblée	5,7	8,2	8,2	8,2
Stratégie VIH/sida	4,4	5,1	5,6	6,4
Programme national de lutte contre la tuberculose de la DGSPNI	3,7	5,0	5,6	8,7
Total du groupe	13,8 \$	18,3 \$	19,4 \$	23,3 \$

Financement par communauté

Cette section donne un aperçu des fonds octroyés par communauté, y compris le nombre total d'AC, le nombre de communautés recevant des fonds et bénéficiant d'AC multiples, ainsi que le nombre d'AC par modèle de financement.

¹⁹ Prévention des maladies transmissibles (Protection de la santé), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), Santé Canada, 2007.

Comme l'illustre le tableau 6, la plupart des AC avaient trait au secteur des programmes de lutte contre le VIH/sida. Dans l'ensemble, le nombre d'AC a augmenté de 359 en 2005-2006 à 429 en 2008-2009. Il convient de signaler qu'il n'existe pas de définition officielle d'une communauté. Les chiffres ne représentent pas nécessairement des communautés résidentielles, des bandes ou des conseils tribaux distincts. Certains accords fournissent des services à de multiples communautés.

Tableau 6 – Nombre total des accords de contribution²⁰

Secteur de programme	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Maladies pouvant être prévenues par un vaccin (MPV) – Immunisation	45	69	83	70
Maladies disséminées par voie aérienne – Tuberculose	21	24	30	35
Maladies transmissibles par le sang et infections transmissibles sexuellement – VIH/sida	293	313	319	324
TOTAL DU GROUPE DE PROGRAMMES DE CMT	359	406	432	429

Des accords de contribution ont été signés entre 2005-2006 et 2008-2009 avec un large éventail de types d'organismes différents, dont des communautés (p. ex., des bandes), des associations, des établissements d'enseignement et des organismes provinciaux.

Modèles de financement

La DGSPNI fournit aux communautés des services de CMT et des mesures de soutien connexes dans le cadre d'accords de contribution. Ces services ne sont pas fournis directement par la DGSPNI; cette dernière est plutôt un organe de financement de services et de mesures de soutien. Les catégories suivantes de bénéficiaires sont admissibles à une aide financière en vertu du Cadre de financement des contributions :

- les bandes, les districts, les conseils tribaux et les associations de Premières nations;
- les associations d'Inuits et les conseils de petites communautés;
- les organismes de Premières nations et d'Inuits, y compris des sociétés à but non lucratif;
- des associations et des organismes bénévoles et non gouvernementaux, y compris des sociétés à but non lucratif et commerciales (organismes à but lucratif, au cas par cas);
- des établissements d'enseignement et des hôpitaux;

²⁰ Données sur les accords de contribution fournies par Santé Canada.

- des organismes et des gouvernements locaux, municipaux, provinciaux et territoriaux;
- des particuliers (il a été proposé que ce ne soit qu'à des fins de recherche).

Avant l'introduction des nouveaux modèles de financement en 2005, la DGSPNI disposait de trois types d'accords de contribution consolidés – accord général, accord intégré et accord de contribution de transfert – dotés chacun de ses propres pouvoirs en matière de programme. Dans le cas de ces accords, un bénéficiaire ne doit en choisir qu'un seul et ce choix détermine les modalités financières qu'il est tenu de suivre pour tous les programmes et services qu'il fournit dans le cadre de cet accord.

Lorsque le Conseil du Trésor a approuvé de nouvelles autorisations au titre des programmes de la DGSPNI en 2005, cette dernière a introduit quatre nouveaux modèles de financement²¹ : modèle de financement fixe, modèle de financement transitoire, modèle de financement flexible et modèle de financement transfert flexible. Un ou plusieurs de ces modèles de financement peuvent être regroupés en un seul accord de financement conclu avec chaque bénéficiaire. Cette caractéristique permet de structurer les modalités de financement en vue de répondre aux exigences en matière de finances et d'établissement des rapports de groupes de programmes différents, et elle comporte en soi la souplesse requise pour tenir compte des niveaux particuliers de capacité de gestion d'un bénéficiaire, ainsi que des variations de cette capacité au cours de la durée d'un accord. Le modèle de financement utilisé pour soutenir l'exécution d'un programme particulier est évalué séparément pour chaque bénéficiaire. Le modèle de financement utilisé pour un programme dans l'accord que conclut un bénéficiaire est fondé sur le rendement antérieur de ce dernier en rapport avec le programme en question, de même que sur la capacité démontrée lors du processus de planification des services de santé.

Les quatre modèles de financement varient en fonction des éléments suivants :

- le type de régime requis;
- l'étendue de la participation de la DGSPNI à l'administration et à la gestion des programmes;
- la possibilité de déplacer des fonds au sein des autorisations relatives aux programmes et entre ces autorisations;
- la possibilité d'utiliser des fonds excédentaires ou de reporter des fonds non dépensés d'une année financière à la suivante;
- la durée de l'accord;
- les exigences en matière d'établissement de rapports sur les finances et les activités.

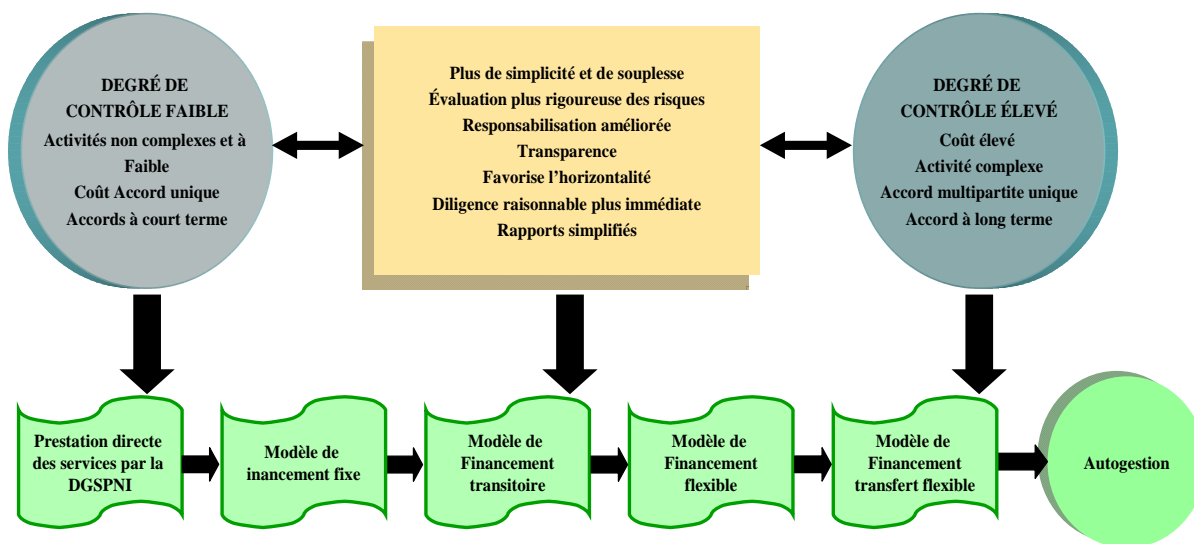
En se fondant sur les nouveaux modèles de financement, le groupe de programmes de CMT a adopté une approche assez souple vis-à-vis l'exécution des activités relatives aux programmes. Les bureaux régionaux ont la latitude décisionnelle nécessaire pour adapter l'exécution des programmes aux conditions régionales et locales. C'est donc dire que les niveaux de contrôle, de souplesse, d'exigences en matière de rapport et d'obligation redditionnelle varient d'une région à

²¹ Prévention des maladies transmissibles (Protection de la santé), Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR), Santé Canada, 2007.

l'autre. Les discussions et les consultations qui ont lieu entre la DGSPNI et l'organisation ou la communauté des PNI admissibles jouent un rôle fondamental pour ce qui est de décider la méthode d'exécution des programmes qui correspond le mieux aux besoins de la communauté.

Les modèles de financement sont conçus pour être mis en place graduellement au moyen d'une approche axée sur le renforcement des capacités, suivant la mesure dans laquelle la communauté est disposée à assumer des niveaux croissants de responsabilité. La figure 2 illustre le continuum de contrôle dont dispose un bénéficiaire par l'entremise des divers niveaux et mécanismes de financement²².

Figure 2 – Continuum de contrôle des bénéficiaires



Source : Cadre de financement des contributions : Aperçu, 2007, page. 7

Dans le modèle de financement fixe, le bénéficiaire doit utiliser les fonds de la manière décrite dans l'accord de contribution. Il y a peu de souplesse sur le plan de la réorientation des fonds. Le modèle de financement transitoire permet de réaffecter des fonds entre les autorisations, ainsi que de transférer des montants inutilisés à l'année financière suivante avec l'accord du Ministère. Le modèle de financement flexible permet aux bénéficiaires de concevoir de nouveaux programmes et de réorienter des fonds vers les autres programmes, à la condition que les éléments de programme obligatoires qui sont établis par l'accord de contribution aient été exécutés. Le modèle de financement transfert flexible procure au bénéficiaire une latitude complète à l'égard des décisions relatives à l'exécution des programmes²³.

²² Cadre de financement des contributions de la DGSPNI : Aperçu, Santé Canada, DGSPNI, Division de la planification et de la gestion des affaires, Modes de financement en matière de santé, avril 2007.

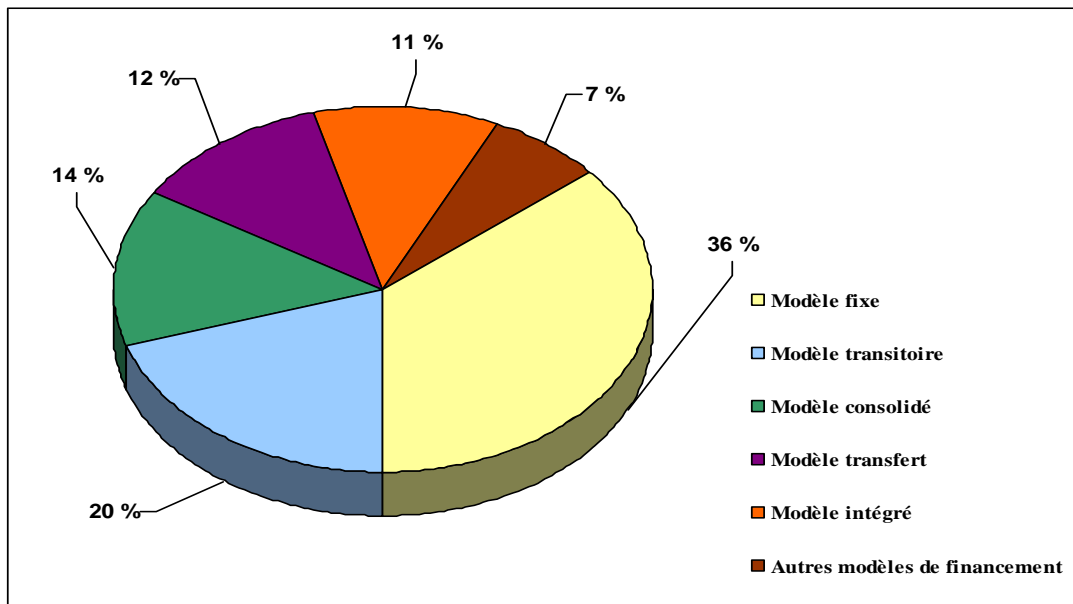
²³ Cadre d'évaluation du groupe de programmes de contrôles des maladies transmissibles, Santé Canada, 2008.

Il incombe au bénéficiaire de veiller à ce que les programmes soient exécutés d'une manière conforme aux conditions de l'accord de contribution²⁴. L'administration centrale et les bureaux régionaux de la DGSPNI assument toutefois, de pair avec les communautés des PNI, la responsabilité de concevoir les programmes du groupe de programmes de CMT, de surveiller ces programmes et d'en rendre compte.

Le modèle de financement fixe a été le principal mécanisme que la DGSPNI a utilisé pour attribuer des ressources dans les communautés. Comparativement à toutes les autres régions, les bureaux de la DGSPNI au Québec et du Manitoba ont utilisé plus souvent le modèle de financement fixe, tandis que les bureaux des régions de la Saskatchewan et du Pacifique ont en général utilisé les modèles de financement transitoire et flexible ainsi que le modèle de financement transfert flexible plus souvent que le modèle de financement fixe.

Pour 2009, la figure 3 indique que le nombre le plus élevé d'AC a été lié au modèle de financement « fixe » (154 sur 429), suivi du modèle « intégré », du modèle « consolidé », du modèle « transfert » et du modèle « transitoire ». À la figure 3, le modèle consolidé d'un accord de contribution (ce qui fait référence aux AC signés avant 2005), comme il a été mentionné plus tôt, se subdivise en trois types (général, intégré et transfert) et, à titre d'accords de contribution, ils s'étalent parfois sur un certain nombre d'années; une combinaison de modèles d'AC anciens et récents est présentée dans la figure 3.

Figure 3 – Pourcentage des fonds alloués par type d'accord de contribution – 2009



²⁴ CGRR du groupe de programmes de CMT, Santé Canada, 2007.

Les modalités de financement visées par les accords de contribution sont déterminées en fonction des bénéficiaires et elles varient d'après des critères liés aux capacités démontrées en matière de planification, de gestion et d'exécution de programmes, de gestion financière et d'administration. Les fonds fournis pour la mise en œuvre du Programme de santé incluent à la fois des fonds destinés au programme et des fonds destinés à la gestion. Pour le financement des programmes, une modalité de financement peut utiliser plus d'un modèle de financement, suivant les programmes de santé inclus et la façon dont le bénéficiaire a géré chacun. Par exemple, le modèle de financement flexible pouvait être appliqué à la plupart des programmes, mais le modèle de financement fixe pouvait être destiné à un programme précis au cours duquel le bénéficiaire avait eu de la difficulté à satisfaire aux exigences du programme; il est possible aussi que les conditions de ce dernier n'offrent pas de latitude. Si le bénéficiaire ne faisait pas état d'une nette amélioration de la gestion de ce programme au cours du processus de planification des services de santé, alors le modèle fixe s'appliquait pendant une certaine période, ce qui donnait au bénéficiaire le temps de renforcer ses capacités afin de gérer le programme avec succès.

De ce fait, le bénéficiaire aurait une latitude restreinte quant à l'attribution des fonds prévus pour ce programme. Les modèles de financement transitoire, flexible et transfert flexible offrent plus de latitude pour attribuer des fonds. Cette souplesse s'accompagne d'une responsabilité accrue à l'égard de la gestion et de l'exécution des programmes et des services. Pendant le processus de planification, le bénéficiaire devrait avoir une idée de ce qui sera nécessaire pour gérer efficacement les programmes et les services et la quantité de responsabilités additionnelles qu'il est capable d'assumer. Le bureau régional discute des modèles de financement avec le bénéficiaire et recommande la modalité de financement qui convient le mieux. Indépendamment du degré de souplesse et de contrôle que prévoit l'accord, le bénéficiaire est tenu de répondre à diverses exigences concernant les activités et les rapports relatifs aux programmes et demeure redevable envers ses membres et ses bailleurs de fonds. Tous les bénéficiaires sont tenus de remplir, dans le cadre de leurs exigences en matière de rapports, le modèle de rapport communautaire (MRC) qui fait partie de leur accord, ainsi que de produire des rapports financiers. Les bénéficiaires sont censés examiner le succès avec lequel ils gèrent les services de santé et en rendre compte, ainsi que de déterminer tout changement sur le plan de l'état de santé.

Pour ce faire, tous les bénéficiaires qui sont soumis à un modèle de financement flexible et à un modèle de financement transfert flexible sont tenus d'effectuer des évaluations aux cinq ans. La planification des services de santé se poursuit lors de la phase de mise en œuvre et d'évaluation. Le bénéficiaire d'une aide financière dans le cadre d'un accord de contribution consolidé revoit et met à jour régulièrement son plan de santé et en discute avec ses membres et la région. Les mises à jour sont fondées sur les conclusions des examens annuels et des évaluations quinquennales du bénéficiaire, et elles reflètent les changements qui sont survenus sur le plan des questions de santé prioritaires, des activités relatives aux programmes, du budget, ainsi que de la gestion et de l'administration. De plus, les bénéficiaires qui sont dotés d'un programme de santé tiennent à jour d'autres aspects de leur programme, y compris les plans de formation et d'évaluation, de même que certains plans et certaines politiques qui doivent être mis à jour en fonction des changements apportés à la législation fédérale ou provinciale et à la situation du bénéficiaire. Les bénéficiaires qui sont dotés de plans de programme pluriannuels ou de plans de

travail pluriannuels doivent aussi mettre à jour leurs plans au moins une fois par année, de pair avec leur examen annuel.

L'obligation de rendre compte des résultats des programmes est liée aux modèles de financement des AC, et cela se fait au moyen du MRC et des rapports d'activité régionaux. Avant l'introduction du MRC en 2008-2009, le groupe de programmes de CMT se servait de rapports d'activité régionaux pour rendre compte du rendement de ses programmes.

Le rapport d'activité régional est un outil de gestion qui est envoyé chaque année aux coordonnateurs régionaux du CMT, et il sert à mesurer les programmes, à les surveiller, à les évaluer et à en rendre compte à des fins décisionnelles. Tous les trois ans, les données recueillies au moyen d'un rapport d'activité régional sont regroupées dans un rapport sur le rendement et soumises au SCT afin de répondre à l'engagement du CMT à l'égard de l'établissement de rapports sur le rendement.

Introduit pour la période de rapport de 2008-2009, le modèle de rapport communautaire (MRC) est un document annuel que les bénéficiaires d'un accord de contribution doivent obligatoirement produire. Le MRC a pour but de consolider les exigences en matière de production de rapports et de réduire le fardeau de déclaration qui est actuellement imposé aux bénéficiaires, en éliminant les rapports sur les programmes individuels et en réduisant la fréquence de production. Le MRC structure le rapport par groupes de programme et non pas par programmes distincts.

Le MRC permet aux bénéficiaires d'identifier facilement toutes les informations qu'il est nécessaire de recueillir, d'après les programmes qu'ils exécutent. Cette mesure stabilisera la production de rapports à la longue et limitera le nombre de demandes ponctuelles de Santé Canada. Le modèle pourrait aussi un jour être adapté de façon à ce que les bénéficiaires puissent présenter leurs rapports par voie électronique. Le modèle de rapport comporte tous les indicateurs nécessaires pour rendre compte du rendement, par opposition à plusieurs rapports concernant des programmes individuels qui comportent des indicateurs de programmes différents. Il incombe au bénéficiaire de produire des rapports et d'assumer ses responsabilités d'une manière conforme aux conditions de l'accord de contribution. Le bénéficiaire peut remplir le MRC pour une seule communauté ou pour de multiples communautés.

En mai 2010, le groupe de programmes de CMT procède à un renouvellement de ses autorisations. Dans le cadre de ce processus, ce groupe révisé le MRC et les rapports d'activité régionaux de façon à alléger le fardeau de production de rapports que supportent les communautés ainsi qu'à simplifier les deux documents pour éliminer les questions en double et s'assurer que les rapports sont efficaces et opportuns.

III MÉTHODES D'ÉVALUATION

Cette section décrit la conception de l'évaluation et les méthodes qui ont été suivies.

Méthodes, conception et sources de données

Méthodes et procédures

Une approche multi-méthodologique, intégrant des méthodes de nature qualitative et quantitative, a été utilisée pour atteindre les objectifs de l'évaluation. Les renseignements ont été recueillis dans le cadre d'un sondage en ligne, d'entretiens menés avec des intervenants clés, d'examen de données et de dossiers administratifs, d'un examen de données financières et d'un examen d'autres données propres aux programmes (p. ex., des rapports annuels et trimestriels, des trousseaux pédagogiques, des protocoles, les procès-verbaux de conférences téléphoniques, etc.).

Sondages et entretiens auprès d'informateurs clés

La collecte des données d'évaluation a été menée en deux étapes :

- la première étape a consisté en des entretiens semi-structurés de collecte de renseignements, visant à éclairer la conception de l'évaluation et les questions d'évaluation. Les participants aux entretiens ont été désignés par l'AC et choisis en fonction de leur expertise en matière de programmes ou de groupes de programmes. Les renseignements recueillis ont servi à mettre au point le cadre d'évaluation;
- la seconde étape des entretiens et des sondages menés auprès d'informateurs clés a permis de recueillir des données propres aux programmes et au groupe de programmes de CMT, relativement à la pertinence et au rendement du groupe. Les informateurs clés ont été choisis en fonction de leurs rôles et de leurs responsabilités en matière de CMT ainsi que parmi des intervenants externes, comme des organisations des Premières nations et des Inuits. La participation aux entretiens ou au sondage était volontaire. Le tableau 7 présente une ventilation des informateurs clés.

Tableau 7 – Groupes d'évaluation et méthodes d'échantillonnage

Groupe d'informateurs clés	Répondants clés Nombre d'échantillon	Méthode
Personnel principal (administration centrale et régions)	15	Le personnel interrogé comprenait des directeurs, des conseillers, des consultants et des conseillers médicaux régionaux (n = 15). Les participants ont reçu un questionnaire avant l'entretien, ce qui leur a laissé un temps suffisant pour se préparer. Sept (7) entretiens ont eu lieu en personne et huit (8) au téléphone.
Coordonnateurs nationaux des programmes et personnel connexe	8	Les informateurs clés incluait tous les coordonnateurs des programmes nationaux qui ont convenu de participer (n = 8). Des entretiens ont été menés auprès de représentants du Programme d'immunisation et de représentants des programmes de lutte contre le VIH/sida, les ITS et le VHC ainsi que du programme de lutte contre la tuberculose. Tous les entretiens ont été menés au téléphone, et les représentants ont reçu au préalable un questionnaire, ce qui leur a donné un temps suffisant pour se préparer.
Coordonnateurs régionaux et gestionnaires régionaux du CMT	21	Tous les coordonnateurs et gestionnaires régionaux ont été invités à participer (n = 27). Tous les entretiens ont été menés au téléphone, et les participants ont reçu au préalable un questionnaire, ce qui leur a donné un temps suffisant pour se préparer.
Personnel de la santé communautaire	247	<p>Tous les membres du personnel de la santé communautaire présents dans les communautés des Premières nations et des Inuits qui recevaient des fonds de la DGSPNI ont été invités à participer au sondage et aux entretiens.</p> <p>Description du groupe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communautés des Premières nations et des Inuits financées par la DGSPNI : n = 595 • Directeurs/gestionnaires de la santé : n = 311 (temps plein : 268; temps partiel : 43) • Infirmières en santé communautaire : n = 215,5 (temps plein : 156; temps partiel : 59,5) • Infirmières autorisées : 364 et infirmières auxiliaires autorisées : 103,5 • Représentants de la santé communautaire : 345,5 (temps plein : 299; temps partiel : 46,5) <p>Répondants aux entretiens/sondage</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communautés des Premières nations et des Inuits financées par la DGSPNI : n = 180 • Directeurs/gestionnaires de la santé : n = 32 • Infirmières en santé communautaire : n = 178 • Représentants de la santé communautaire : n = 37 • Téléphone : 45 %; en ligne : 55 % <p>Les participants ont reçu un questionnaire avant l'entretien, ce qui leur a donné un temps suffisant pour se préparer.</p>
Autres intervenants	24	Les intervenants (n = 26) ont été désignés par des informateurs clés du CMT ou par le CGRR du groupe de programmes de CMT. Parmi ces entretiens, quatre (4) ont eu lieu en personne et vingt (20) au téléphone. Le groupe était composé de : ministères de la santé/autorités de santé régionales, associations, coalitions et organisations autochtones, et rôles divers, comme : chefs de la direction, directeurs, gestionnaires, coordonnateurs, conseillers et éducateurs. Tous les intervenants ont reçu un questionnaire avant l'entretien, ce qui leur a donné un temps suffisant pour se préparer.
Partenaires dans l'exécution des projets et la prestation des services	27	Le groupe était formé d'organismes retenus à contrat par la DGSPNI pour fournir un éventail de services, dont l'exécution de programmes, des activités de sensibilisation, des projets spécialisés (p. ex., travail de développement, ateliers, conférences, formation) et l'interprétation des politiques. Les organismes ont été désignés à partir d'une liste d'accords de contribution (n = 31). Les participants étaient issus de toutes les régions et représentaient des organismes tels que des associations de santé, des conseils tribaux, des centres et des autorités de santé communautaire, de même que des organismes nationaux. Tous les entretiens ont été faits au téléphone et les participants ont reçu un questionnaire au préalable, ce qui leur a donné un temps suffisant pour se préparer.

Examen de la documentation et recensement des écrits

Examen de la documentation

Cet examen a porté sur les documents suivants : plans de travail, rapports d'activité, propositions, discours du Trône, notes d'information, annonces budgétaires, politiques de santé, cadres de programme, rapports sur l'état de santé des PNI, données relatives aux programmes, accords de contribution, renseignements financiers, attributions, rapports de surveillance, etc. Les renseignements découlant de cet examen ont été synthétisés selon les enjeux d'évaluation ainsi que par les questions d'évaluation.

Recensement des écrits

Le recensement des écrits a porté sur les éléments suivants : statistiques gouvernementales, rapports de surveillance et de recherche liés aux maladies transmissibles; cela nous a permis de relever des changements récents dans l'état de santé des PNI, la prévalence des maladies transmissibles dans les communautés des PNI, ainsi que les programmes semblables entrepris par d'autres autorités gouvernementales. Les renseignements découlant du recensement des écrits ont été synthétisés selon les enjeux d'évaluation à évaluer ainsi que par les questions d'évaluation.

Analyse et rapport des données

Les données propres aux programmes qui découlaient de l'examen des dossiers et des documents ont été analysées et cumulées au niveau du groupe. L'examen de la documentation et le recensement des écrits ont été analysés analysée selon les enjeux d'évaluation et par les questions d'évaluation. Les résultats ont été synthétisés et inclus sous la question d'évaluation appropriée.

Les données financières et les données relatives aux accords de contribution ont été extraites du SGCC et du SAP. Les données ont été analysées par région, par type d'accord, par année financière, par activité et par programme.

À noter : aucune pondération n'a été appliquée au moment d'analyser les données. Les renseignements financiers n'ont pas été rajustés en fonction de l'inflation.

Les données de chacune des méthodes d'évaluation ont été résumées afin de traiter de chacun des enjeux ou des questions d'évaluation. Toutes les sources de résultats ont été soumises à une triangulation de façon à corroborer les conclusions et les constatations.

Les données figurant dans un grand nombre de tableaux et des figures ont été obtenues en réponse à une question ouverte et les réponses à la question se chevauchaient; cela explique que, dans certains cas, plus de 100 % de réponses ont été consignées. En outre, pour un grand nombre de données (principalement affichées dans les tableaux), les réponses les plus fréquentes ont été inscrites mais il y a eu de nombreuses autres réponses moins fréquentes parce que la question initiale posée aux informateurs était ouverte et que, à cause de cela, les réponses portaient sur un

grand nombre d'activités différentes. Toutes les données exprimées sous forme de pourcentage ont été arrondies aux chiffres significatifs.

Questions relatives à la protection et au protocole

Tous les renseignements recueillis dans le cadre de cette évaluation étaient assujettis à la fois à la *Loi sur l'accès à l'information* et à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Les exigences et les conditions prescrites dans ces deux lois ont été suivies de manière stricte, et les informateurs et les autres intervenants ont été informés du caractère confidentiel de notre communication. Un énoncé de consentement éclairé, décrivant le caractère confidentiel et la nature volontaire de la participation, a été inclus dans l'introduction de l'ensemble des questionnaires, des lettres ou des autres types de communication avec tous les intervenants que l'on a contactés dans le cadre de l'évaluation.

Limites

La DGSPNI fournit aux communautés des services et des mesures de soutien en matière de CMT dans le cadre d'accords de contribution. Elle ne fournit pas directement les services; elle s'occupe plutôt de financer les services et les mesures de soutien.

Les quatre modèles de financement établis en 2005 pour les accords de contribution étaient les suivants : fixe, transitoire, flexible et transfert flexible. Le modèle « fixe » est celui qui procure au bénéficiaire le minimum de souplesse, et le modèle « transfert flexible » est celui qui offre le maximum de souplesse. Une entente de financement conclue avec un bénéficiaire peut inclure un ou plusieurs de ses modèles, suivant les programmes financés et la capacité démontrée par le bénéficiaire d'en assurer la gestion.

Les modèles de financement utilisés dans un accord dépendent des programmes visés par cet accord, ainsi que de la capacité démontrée par le bénéficiaire de gérer chacun d'eux. Le programme de santé est le programme le plus exhaustif, et il s'agit de l'exigence de planification pour le modèle de financement « flexible » et « le modèle « transfert flexible ». Les modèles de financement les plus récents ont été mis en œuvre au cours de l'AF 2008-2009, ce qui signifie que n'importe quel nouvel accord de contribution signé pendant ou après l'AF 2008-2009 concorderait avec le nouveau Cadre de financement des contributions (septembre 2007).

À l'exception des programmes obligatoires, la plupart des exigences en matière de production de rapports de la DGSPNI sont maintenant fondées sur des groupes de programmes et d'activités connexes (appelés « groupes de programmes »), plutôt que sur des programmes distincts. Un certain nombre de programmes et d'activités connexes forment chaque « groupe de programmes. De nombreux bénéficiaires structurent déjà leurs programmes en fonction de ces groupes de façon à simplifier les rapports qu'ils doivent produire. Pour la plupart des programmes, les exigences en matière de production de rapport de la DGSPNI sont fondées sur des indicateurs qui ont été établis pour ces groupes, plutôt que sur des programmes distincts. L'exigence minimale en matière de production de rapport comporte la collecte de données et la présentation

de rapports basés sur un modèle uniformisé. Le MRC a été implanté graduellement à compter de l'année 2008-2009, et il est obligatoire pour les nouveaux accords de contribution. Les données concernant l'année 2008-2009 qui figurent dans le MRC ont été recueillies, mais les résultats n'avaient pas été diffusés à l'époque où l'évaluation a été menée et, de ce fait, les données dont on a disposé pour l'évaluation sont restreintes; en outre, il est prématuré d'évaluer l'effet des modèles de financement les plus récents et de la formule du groupe de programmes, car ces modèles de financement et les données se limitent à une période d'un an. Les communautés n'ont pas toutes adopté les modèles de financement les plus récents car certains accords de contribution s'étalent sur plusieurs années et ont donc été signés à l'époque où les anciens modèles de financement étaient en vigueur. Les nouveaux modèles de financement seront mis en œuvre au moment où un nouvel accord sera signé. Le MRC simplifie également l'établissement des rapports et, de ce fait, ne rend peut-être pas compte des détails concernant les divers programmes.

La restructuration de Santé Canada a elle aussi eu une incidence sur la collecte de données. L'AC de la DGSPNI attribue les fonds aux régions. Ces dernières sont chargées des accords de contribution et relèvent de la Direction générale des régions et des programmes (DGRP) et non de l'AC de la DGSPNI. Cette situation peut avoir les effets suivants : problèmes d'incohérences, d'opportunité et de qualité des données, ou risques que l'on ne rende pas compte des données dont l'AC de la DGSPNI a besoin. Le but du MRC est d'avoir des données uniformes, mais la nature de cet outil (qui est principalement axé sur les extrants et comprend des questions « ouvertes ») n'offre pas forcément l'étendue et le degré de détails des données qui sont nécessaires pour rendre compte des résultats. De plus, les prochains rapports de rendement sur le renouvellement des autorisations sont en voie d'élaboration et le MRC sera changé pour tenir compte de la nouvelle structure.

Les Premières nations et les Inuits s'efforcent d'améliorer le niveau de santé dans leurs communautés en gérant leurs propres programmes de prévention, de promotion de la santé et de traitement. L'approche que suit la DGSPNI à l'égard de la santé des Premières nations et des Inuits est reconnaissable par l'importance qu'elle accorde à une perspective holistique, qui inclut non seulement de vastes déterminants sociaux et économiques de la santé, mais aussi des distinctions culturelles qui jouent un rôle important pour préserver la santé au niveau de l'individu, de la famille et de la communauté. Un élément qui fait partie intégrante de cette approche est le fait de permettre aux Premières nations et aux Inuits de jouer un rôle concret dans la planification et la prestation de leurs services de santé²⁵. Les programmes, sauf s'ils sont obligatoires, sont fondés sur les besoins des communautés. Ces dernières diffèrent, non seulement sur le plan de leurs besoins, mais aussi sur celui de la culture, de la langue, des coutumes, de l'éloignement, des capacités, du degré et de l'étendue des besoins, etc. Compte tenu du caractère singulier des programmes de la DGSPNI et des services qui sont fournis, du groupe visé et de l'absence d'un groupe de comparaison véritable, il est difficile d'évaluer des solutions de rechange ou de comparer la combinaison de programmes. De ce fait, la plupart des renseignements liés aux résultats entourant le changement de connaissances et de comportements

²⁵ Cadre de financement des contributions de la DGSPNI.

sont fondés sur des perceptions, et on ne peut pas évaluer les décisions concernant la combinaison la plus efficace de programmes.

IV LA PERTINENCE

Le Secrétariat du Conseil du Trésor (SCT) a récemment élaboré une politique d'évaluation révisée du GC²⁶, qui est entrée en vigueur en 2009 et dans laquelle il définit comme suit la « pertinence » : « mesure dans laquelle un programme répond à un besoin manifeste, convient au gouvernement fédéral et satisfait aux attentes des Canadiens ».

Nécessité des programmes faisant partie du groupe de programmes de CMT

Les principales constatations concernant la nécessité du groupe sont les suivantes:

1. La littérature existante fait clairement état de la nécessité d'établir des programmes axés sur la prévention des maladies transmissibles et sur l'amélioration de l'état de santé général au sein des communautés des PNI.

Le recensement des écrits concernant la santé des PNI a permis de conclure ce qui suit :

- **Il y a des différences marquées sur le plan de l'état de santé et des résultats en matière de santé entre les PNI et la population non autochtone du Canada.** Malgré certaines améliorations, l'état de santé des peuples autochtones demeure inférieur par rapport à celui des autres Canadiens. [TRADUCTION] « La situation est celle d'une population qui présente un niveau disproportionné de maladies, de mortalité, de blessures, de toxicomanies et de violence familiale. Pour dire les choses simplement, les peuples autochtones obtiennent des résultats nettement inférieurs à l'égard de la quasi-totalité des mesures de la santé et du bien-être lorsqu'on les compare à la population canadienne en général »²⁷. L'espérance de vie des Canadiens (en 2005) en général était de 78,0 ans chez les hommes et de 82,7 ans chez les femmes, mais en comptait jusqu'à 7,6 ans de moins chez les Indiens inscrits (70,4 ans chez les hommes et 75,5 ans chez les femmes)⁴ et plus de 12 ans de moins chez les Inuits (64,4 ans chez les hommes et 69,8 ans chez les femmes)⁵. Comme le souligne un rapport publié par Statistique Canada : « [...] de 1991 à 2001, même si l'espérance de vie du Canada dans son ensemble a augmenté d'environ deux ans, elle n'a pas augmenté dans les régions où vivent les Inuits (et pourrait même avoir diminué d'un an environ), ce qui a contribué à

²⁶ <http://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=12309>

²⁷ Lemchik-Favel, L. and Jock, R. Aboriginal Health Systems in Canada: Nine Case Studies, Journal of Aboriginal Health, Janvier 2004, pages 28-51, page 31.

élargir l'écart »²⁸. Le taux de mortalité infantile chez les Premières nations diminue, mais il demeure quand même supérieur au taux canadien. Au Canada, les taux de suicide chez les jeunes Autochtones sont cinq à sept fois plus élevés que ceux que l'on relève au sein de la jeunesse canadienne en général : 126 suicides pour 100 000 jeunes hommes des PN âgés de 15 à 24 ans, comparativement à 24 pour 100 000 jeunes hommes canadiens dans l'ensemble, et 35 pour 100 000 jeunes filles des PN, comparativement à 5 pour 100 000 chez les jeunes filles canadiennes. Les taux de suicide chez les Inuits sont onze fois supérieurs à la moyenne nationale²⁹.

- **L'incidence des maladies transmissibles au sein de la population des PNI du Canada est nettement supérieure à celle de la population canadienne dans son ensemble.** Comme l'illustre la littérature en général, au sein de la population des Premières nations et des Inuits on relève des taux élevés de maladies pouvant être prévenues par un vaccin, des incidences supérieures de la tuberculose (éclosions sporadiques) et des taux supérieurs de cas de VIH/sida³⁰.
- **Immunisation.** Au Canada, les Premières nations et les Inuits accusent des taux de maladies transmissibles supérieurs ainsi que des taux de couverture vaccinale systématique inférieurs par rapport à la population en général. Selon un sondage mené en 2005 par Santé Canada sur les rappels aux parents, les taux de couverture relatifs aux vaccinations systématiques des enfants âgés de deux ans étaient inférieurs chez les enfants des Premières nations à l'égard de tous les antigènes. Comparativement à la population canadienne en général, les Premières nations présentaient des taux élevés de coqueluche (2,2 fois plus élevés), de rubéole (7 fois plus élevés) et de shigellose (2,1 fois plus élevés) pour l'année 2000³¹.
- **Tuberculose.** Comparativement à la population canadienne en général, en 2008 l'incidence de la tuberculose est 5,9 fois plus élevée chez les Autochtones nés au Canada (un taux de 28,2 pour 100 000)³². Les éclosions sporadiques de tuberculose sont encore fréquentes au sein des communautés des Premières nations, surtout dans les endroits éloignés où les ressources du personnel des soins de santé sont insuffisantes. De récents articles de presse mettent en lumière les taux de tuberculose chez les Premières nations et les Inuits. Les constatations relevées indiquent ce qui suit :

²⁸ Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada, 1989 à 2003 (résumé et conclusion) : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2008001/article/10463-fra.pdf>.

²⁹ United Nations, 2010, « State of the World's Indigenous Peoples » : http://indigenouspeoplesissues.com/attachments/3561_StateWorldsIndigenousPeoples2010.pdf.

³⁰ Santé Canada – Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats_profil-fra.php.

³¹ Santé Canada – Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/stats_profil-fra.php.

³² Agence de la santé publique du Canada – La tuberculose au Canada, 2008, pré diffusion : <http://www.phac-aspc.gc.ca/tbpc-latb/pubs/tbcan08pre/index-fra.php>.

[TRADUCTION] *Le taux de tuberculose chez les Inuits est 185 fois supérieur à celui des non-Autochtones nés au Canada et, chez les Premières nations, le taux est 31 fois plus élevé. Cela reflète peut-être non seulement les caractéristiques médicales et sociales d'individus pauvres, mais aussi les caractéristiques des logements et des voisinages qui favorisent la dissémination par voie aérienne de la tuberculose, comme le surpeuplement et une mauvaise aération*³³.

- **VIH/sida.** Dans l'épidémie de VIH qui sévit au Canada, les Autochtones sont surreprésentés. Même si ces derniers ne comptent que pour 3,8 % environ de la population du Canada, ils représentent 8 % des infections au VIH. La proportion des nouveaux cas d'infection au VIH qui, en 2008, était imputée aux utilisateurs de drogues injectables était de 66 % chez les Canadiens autochtones, ce qui est nettement supérieur au pourcentage relevé auprès de l'ensemble des Canadiens (17 %) ³⁴. En outre, comparativement aux cas de VIH et de sida relevés au sein de la population non autochtone, les femmes représentent une part comparativement supérieure de l'épidémie de VIH chez les Autochtones. Elles représentent près de la moitié (48,1 %) des tests VIH positifs signalés chez les Autochtones, comparativement à 20,7 % chez les non-Autochtones ³⁵.

Il y a un certain nombre de facteurs qui contribuent aux niveaux supérieurs de maladies transmissibles au sein des communautés des PNI. Il ressort du recensement des écrits qu'il existe plusieurs facteurs sous-jacents qui contribuent aux taux supérieurs de maladies transmissibles au sein des communautés des PNI. Voici un résumé des constatations relevées :

- **Immunisation.** Selon une étude menée en 2005 sur les enfants des Premières nations âgés de deux ans et vivant dans des réserves et concernant leur couverture vaccinale, il existe une certaine connaissance, mais non universelle toutefois, des vaccins et des maladies qu'ils préviennent. Au sein des communautés des PNI, il y a proportionnellement moins de dispensateurs de soins qui possèdent le carnet de vaccination de leur enfant (comparativement à la population en général) ³⁶. Une autre étude canadienne menée en 2003 a fait enquête sur ce que les parents des Premières nations croyaient au sujet de la vaccination des enfants. Les constatations ont révélé que même si la plupart des participants étaient intéressés à faire vacciner leurs enfants, une certaine proportion des mères mettait en doute l'efficacité des vaccins pour prévenir les maladies. Au sein de ce groupe, les éléments dissuasifs comprenaient les suivants : expérience de vaccination traumatisante, effets secondaires et séquelles de vaccins,

³³ Assemblée des Premières Nations – Secrétariat à la santé et au développement social, « Housing as a Social Determinant of Health Increases Risks for Tuberculosis Infection in First Nations and Inuit Peoples Fact Sheet, 2010 ».

³⁴ Sommaire – Estimations de la prévalence et de l'incidence du VIH au Canada, 2008 : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/pdf/estimat08-fra.pdf>.

³⁵ Agence de la santé publique du Canada – Actualités en épidémiologie sur le VIH/SIDA : http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/epi/pdf/epi2007_f.pdf.

³⁶ Immunization Coverage Survey of Two-Year-Old First Nation Children On-reserve, prepared for: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada, Environics Research Group, Mars 2005.

interactions négatives avec des professionnels de la santé, et obstacles tels que des contraintes de temps et des maladies infantiles³⁷. Les perceptions des mères des Premières nations au sujet de la vaccination des enfants ont aussi fait l'objet d'une enquête dans le cadre d'une étude menée en Ontario. Il a été conclu qu'il y avait quatre facteurs clés qui avaient une influence négative sur l'acceptation de la vaccination : les obstacles sur le plan des connaissances, l'influence d'autres personnes, les obstacles liés aux vaccins (p. ex., complications et effets secondaires liés à la vaccination) et les occasions manquées³⁸.

Les facteurs aggravant le risque de maladies transmissibles, comme un logement surpeuplé, une hygiène inadéquate, de même que la consommation de tabac et d'alcool, sont relevés à des taux nettement supérieurs au sein des communautés autochtones³⁹.

- **Tuberculose.** Les difficultés de la lutte contre la tuberculose sont aggravées par le surpeuplement des logements, la consommation abusive d'alcool ou de drogue et les déplacements dans la réserve et à l'extérieur ainsi qu'entre les communautés et les zones urbaines. « Les retards dans le diagnostic des cas de tuberculose infectieuse, l'encombrement des lieux d'habitation et d'autres facteurs de risque du passage de l'état d'infection à celui de maladie, notamment les toxicomanies et le VIH, constituent des facteurs qui renforcent le cycle continu de la maladie⁴⁰. »

Une étude a relevé une association marquée entre la densité des logements, l'isolement, les niveaux de revenu et la tuberculose. Les logements surpeuplés présentent le risque d'intensifier l'exposition de personnes sensibles à des cas de tuberculose, et l'isolement et le manque d'accès aux services de fournisseurs de soins de santé peuvent aggraver le risque d'un retard dans le diagnostic de la tuberculose⁴¹.

D'autres difficultés que l'on rencontre dans la lutte contre la tuberculose sont liées au diagnostic et aux données d'évaluation :

- chez les enfants, la tuberculose est difficile à diagnostiquer parce qu'il peut être difficile, voire impossible d'obtenir un prélèvement d'expectoration;
- certains enfants reçoivent le vaccin Bacille Calmette-Guérin (BCG), qui produit un test cutané à la tuberculine (TCT) positif à cause du vaccin lui-même plutôt qu'à cause d'un diagnostic d'infection tuberculeuse (cela s'applique dans le nord de la Saskatchewan, le nord de l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta);

³⁷ Tarrant, Marie. (2003), Exploring childhood immunization uptake with First Nations mothers in north-western Ontario, Canada, *Journal of Advanced Nursing*, Volume 41, Issue 1, pp 63-72.

³⁸ Tarrant M, Gregory D. Mothers' perceptions of childhood immunizations in First Nations communities of the Sioux Lookout Zone, *Canadian Journal of Public Health*. 2001 Jan-Fév; 92(1):42-5.

³⁹ Santé Canada. Rapport d'étape régional sur la vaccination, 2006-2007, Division du contrôle des maladies transmissibles, 2008.

⁴⁰ Legal, Y. 2004-2005, Rapport national d'étape sur les activités 2004-2005 : Contrôle et prévention de la tuberculose chez les Premières nations et les Inuits du Canada / Rédigé par Yvette Legal pour la Division du contrôle des maladies transmissibles (DCMT), Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSPSP), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), 2006.

⁴¹ Clark, M., Riben, P. and Nowgesic, E., The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nations communities, *International Journal of Epidemiology*, 2002, 31: 940-945.

- des difficultés à déterminer la taille de la population exacte. Les chiffres des recensements normalisés de la population des PN font, de façon caractéristique, un dénombrement incomplet des enfants vivant dans les réserves⁴².
- **VIH/sida.** Les Autochtones courent un risque accru de contracter une infection au VIH, et ce, pour plusieurs raisons. La pauvreté, la consommation abusive d'alcool ou de drogue (y compris les drogues injectables), les maladies transmissibles sexuellement ainsi que l'accès restreint aux services de santé, sont tous des facteurs qui aggravent la vulnérabilité⁴³. D'autres chercheurs ont également souligné les effets historiques de la colonisation et des pensionnats indiens au Canada en tant que facteurs contributifs⁴⁴.

Les caractéristiques uniques suivantes doivent être prises en compte pour ce sous-groupe⁴⁵ :

- les Autochtones sont représentés de manière disproportionnelle au sein des groupes à risque élevé, comme les consommateurs de drogues injectables dans les grandes villes et les détenus en milieu carcéral;
- la prévalence que représente le fait d'avoir trois partenaires différents ou plus au cours d'une période de douze mois est plus élevée chez les adultes des Premières nations sexuellement actifs (13 %) que chez les adultes sexuellement actifs au sein de la population canadienne en général (5,6 %)⁴⁶;
- les Autochtones sont généralement infectés à un âge plus jeune que chez les non-Autochtones;
- la consommation de drogues injectables est le mode de transmission le plus courant;
- le degré élevé de déplacements des Autochtones entre les grandes villes et les régions rurales ou les réserves est susceptible d'emmener la maladie jusqu'aux communautés même les plus éloignées.

Selon une enquête sur les attitudes menée en 2006, les participants autochtones étaient passablement au courant du VIH/sida et étaient en mesure d'indiquer correctement comment le VIH/sida est transmis, la gravité de la maladie et l'absence de remèdes. Cependant, il y avait un certain nombre de lacunes dans les connaissances, y compris la croyance d'environ la moitié des participants selon laquelle le VIH/sida peut être diagnostiqué au moyen d'un examen physique, et la présomption, chez une personne sur cinq, qu'un autodiagnostic est possible⁴⁷.

⁴² Tuberculosis in First Nations Peoples – Epidemiology & Projections, préparé pour la DGSPNI, Santé Canada. 2003.

⁴³ Santé Canada – Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, VIH et sida, disponible à l'adresse <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/diseases-maladies/aids-sida/index-fra.php>.

⁴⁴ Hill, Donna. HIV/AIDS/STIS/Hep C Among Canada's First Nations People: A Look at Disproportionate Risk Factors as Compared to the Rest of Canada, *The Canadian Journal of Native Studies*, XXIII, 2(2003): 349-359.

⁴⁵ Goss Gilroy Inc., Évaluation formative du Programme VIH/SIDA de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – Rapport final, Santé Canada. 2004.

⁴⁶ Santé Canada, Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003, 2009, page 28.

⁴⁷ Les Associés de recherche EKOS. (2006), Sondage de 2006 sur les attitudes des Autochtones touchant le VIH/sida, rapport final, Agence de la santé publique du Canada.

- **Les programmes d'éducation préventifs qui intègrent la culture et les conditions socioéconomiques des Autochtones sont les plus efficaces pour lutter contre les maladies transmissibles au sein des communautés des PNI.** Il ressort du recensement des écrits que les initiatives préventives complexes qui tiennent compte de la culture et des conditions des Autochtones sont celles qui peuvent être les plus efficaces pour lutter contre le problème. Les auteurs d'une étude récente, qui a nuancé l'objectif consistant à éliminer la tuberculose chez les Autochtones du Canada, ont souligné ce qui suit : [TRADUCTION] « L'objectif qui consiste à éliminer la tuberculose chez les Autochtones au Canada est réalisable, mais il ne sera atteint que si l'on investit de façon continue dans des programmes conçus pour lutter contre la transmission de la maladie. Les cas de réactivation peuvent survenir pendant un certain nombre d'années à venir, faisant de l'élimination rapide un but difficile à atteindre »⁴⁸. Une autre étude a souligné que les plans de traitement de la tuberculose doivent prendre en considération les conditions socioéconomiques et les caractéristiques culturelles des Autochtones, surtout les modèles de guérison et la langue. Les activités de prévention doivent aussi prendre en compte les conditions des communautés, comme les taux de suicide, qui excèdent le taux de tuberculose⁴⁹. L'importance d'aborder les activités de prévention du VIH sous un angle holistique et intégré au sein des communautés autochtones a été soulignée dans un document stratégique national :

Au sein des communautés autochtones, les initiatives de prévention du VIH doivent cibler les femmes et les hommes homosexuels tout autant que les problèmes sous-jacents de pauvreté, de chômage, de stigmates, d'abus d'alcool et d'autres drogues, ainsi que l'estime de soi. Pour être efficaces, les approches seront dirigées par les autochtones et imprégnées de la culture et de la guérison autochtones ainsi que de l'interrelation entre le corps, l'esprit et l'âme. Elles seront également intégrées à d'autres problèmes de santé importants chez les autochtones, tels que le diabète, le tabagisme et l'alcoolisme, et encourageront les gens à s'aimer et à se soigner. Le leadership, l'innovation et un engagement à long terme seront essentiels⁵⁰.

2. Les groupes d'informateurs clés perçoivent que les programmes sont très nécessaires

Les résultats des entretiens menés avec les informateurs clés permettent de tirer les conclusions suivantes :

⁴⁸ Clark, Michael and Cameron, D.W. (2009), Tuberculosis Elimination in the Canadian First Nations Population: Assessment by a State-Transfer, Compartmental Epidemic Model, International Journal of Infectious Diseases, Volume 13, Issue 2, pages 220-226.

⁴⁹ Hoepfner VH, Marciniuk DD. La tuberculose chez les aborigènes du Canada. *Revue canadienne de pneumologie*. 2000 Mar-Avr; 7(2):141.

⁵⁰ Renforcement des liens – Renforcement des communautés, Une stratégie autochtone sur le VIH/sida à l'intention des Premières nations, des Inuits et des Métis, Agence de la santé publique du Canada, 2003, page 7.

- **Tous les informateurs clés font état de niveaux de besoins élevés à l'égard du groupe de programmes de CMT dans les communautés des PNI.** Cependant, les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire étaient un peu moins susceptibles d'indiquer qu'il existe un besoin important à l'égard des types de mesures de soutien qui sont fournies dans le cadre du groupe.
- **Selon les informateurs clés⁵¹, l'incidence élevée des maladies transmissibles, les faibles taux d'immunisation, le manque de ressources et de systèmes de surveillance intégrée pour surveiller l'incidence, ainsi que les faibles niveaux de connaissance des maladies transmissibles font partie des facteurs qui contribuent à la nécessité des programmes de CMT.** Les informateurs clés ont fait état du besoin important que représentent les programmes dans les communautés des PNI, et ce, à cause de divers facteurs, dont les suivants⁵² :
 - les problèmes de santé importants auxquels sont confrontés les Autochtones vivant dans des réserves. En particulier, les informateurs clés ont signalé l'incidence élevée des maladies et des infections ainsi que les faibles taux de vaccination;
 - la situation des communautés des Premières nations vis-à-vis les déterminants sociaux de la santé. Des facteurs tels que l'isolement des communautés, les faibles taux d'alphabétisation, le surpeuplement et une population hautement mobile exigent un programme ciblé si l'on veut s'attaquer au problème lié aux maladies transmissibles;
 - l'importance de l'appui du gouvernement fédéral à l'égard de la lutte contre les maladies transmissibles au sein des communautés des Premières nations et inuites. Les informateurs clés ont signalé que le gouvernement fédéral est en mesure de fournir les ressources, l'aide financière, les services de dotation en personnel et de coordination, de même que des travailleurs chevronnés qui peuvent entretenir des rapports avec des communautés différentes et s'adapter à ces dernières, de façon appropriée sur le plan culturel. Les Premières nations et les Inuits bénéficient des directives et des mesures de soutien claires que fournit un organisme de coordination fédéral, surtout au sein d'un système de soins de santé stratifié comme il existe au Canada. Sans cet appui, nombreux sont ceux qui n'auraient pas accès au même niveau de soins et de services, il n'y aurait pas d'activités de sensibilisation, et de nombreux autres enfants et aînés ne seraient pas vaccinés;
 - l'importance d'exercer une surveillance efficace pour lutter contre les maladies. Le fait d'avoir en place des systèmes de détection précoce aide à réduire le lourd fardeau des maladies transmissibles et la vulnérabilité aux maladies auxquels font face les communautés des Premières nations et des Inuits;

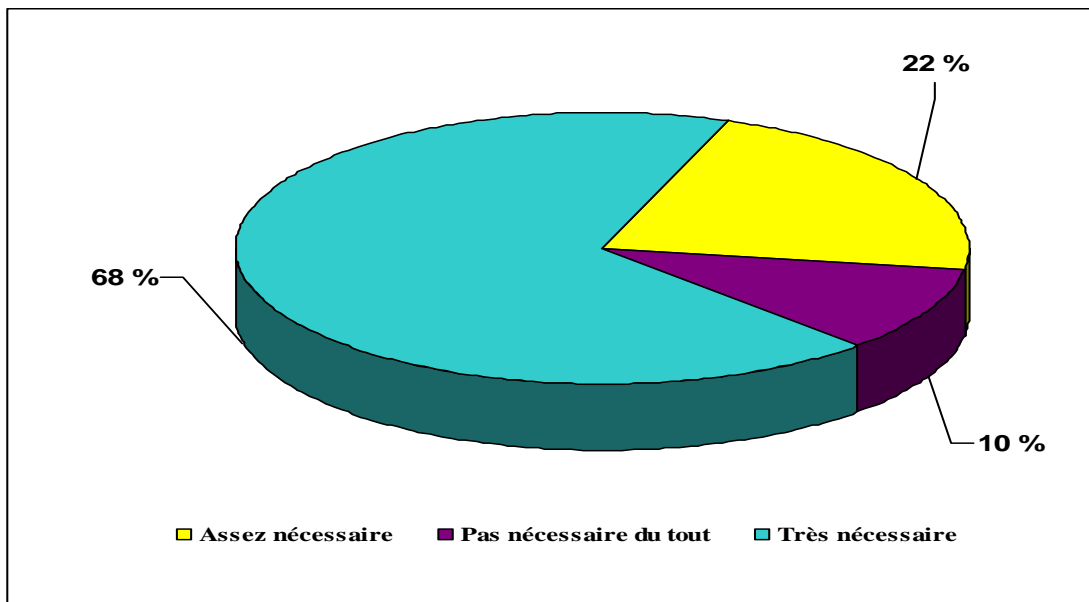
⁵¹ À l'exclusion des directeurs des services de santé et des infirmières en santé communautaire (voir le tableau 8).

⁵² Les personnes interrogées pouvaient donner plus qu'une réponse.

- les niveaux inférieurs de connaissance des Premières nations et des Inuits au sujet des maladies transmissibles. La création de campagnes de sensibilisation efficaces et appropriées sur le plan culturel peut avoir une incidence sur les connaissances relatives aux problèmes qui surviennent dans les réserves;
- l'importance de la collaboration. Une collaboration accrue contribue au maintien d'une population en bonne santé et le fait de recourir à un groupe de programmes a pour effet d'améliorer l'état de santé de la population. Il est nécessaire que les communautés des Premières nations et des Inuits coordonnent les programmes, surveillent ces derniers et en rendent compte;
- l'efficacité démontrée des programmes. Les informateurs clés ont signalé que, depuis le début des programmes, des progrès ont été accomplis dans certaines communautés à l'égard de la diminution des taux de prévalence. Certaines communautés ont fait état de réductions marquées des niveaux de maladie, ainsi que des taux de vaccination chez les enfants pouvant atteindre 98 %. D'autres informateurs clés ont considéré que le programme était généralement efficace pour aider à mieux définir les problèmes de santé relatifs aux maladies transmissibles et de s'y attaquer, ainsi que pour rehausser le degré de confiance auprès des communautés.

➤ **Le besoin perçu en matière de programmes d'immunisation et de lutte contre le VIH/sida est plus marqué que le besoin en programmes de lutte contre la tuberculose**, comme l'ont indiqué les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire.

Figure 4 – Nécessité du Programme d'immunisation du groupe CMT



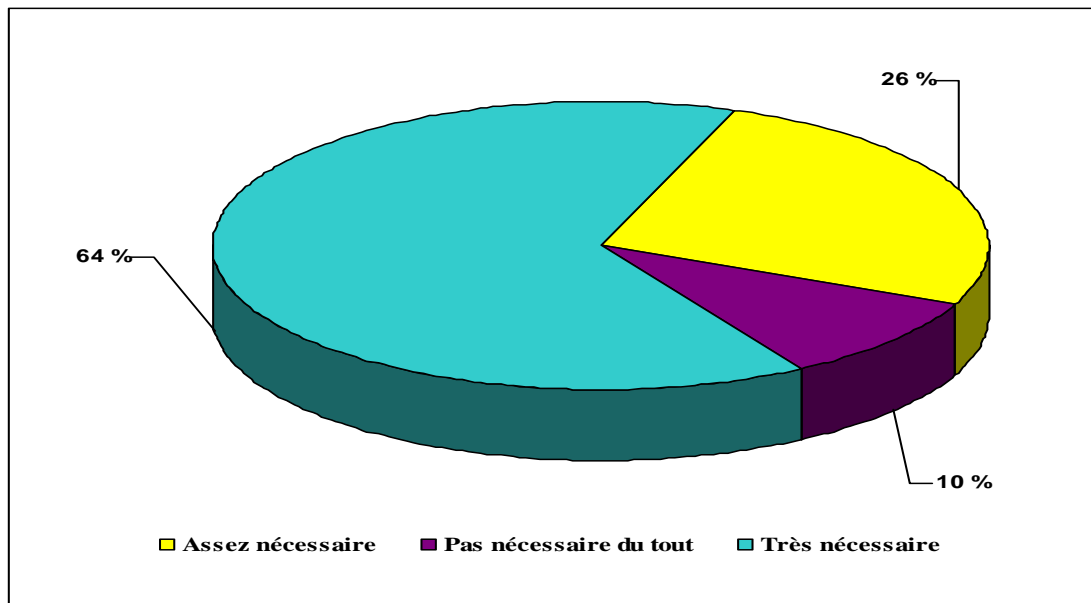
Comme on le voit dans la figure 4, la majorité (90 %) des répondants (directeurs des services de santé et infirmières en santé communautaire) ont signalé que le Programme d'immunisation était très, sinon assez nécessaire.

- **La grande nécessité du Programme d'immunisation peut être attribuée à un éventail de facteurs, comme de faibles taux de vaccination et les caractéristiques socioéconomiques des communautés des PNI, le besoin de disposer de systèmes de surveillance efficaces, de même que les besoins en matière de formation permanente du personnel et de renforcement des capacités.** Les directeurs des services de santé, les infirmières en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont fait état d'un éventail de facteurs, entre autres choses, qui déterminent la nécessité du Programme d'immunisation dans les communautés des PNI, notamment :
- l'importance de la vaccination, qui est un outil essentiel pour éviter les maladies et qui est recommandée par les gouvernements⁵³;
 - les caractéristiques particulières des communautés des Premières nations et des Inuits qui les rendent plus vulnérables aux maladies. Les intervenants croient que les mesures de soutien fournies par le Programme d'immunisation répondent à un besoin important, car ces communautés ont des taux de naissance élevés, sont isolées, vivent dans des habitations surpeuplées et ont un accès plus restreint aux services médicaux;
 - l'importance de consolider la surveillance. Il a été signalé, en particulier, que le système électronique de base de données de surveillance est une ressource importante. Les intervenants ont dit qu'il est nécessaire d'élargir l'accès aux systèmes électroniques de données des provinces, un système plus intégré qui permet aux utilisateurs d'avoir accès à des données dans d'autres provinces, et un système plus convivial;
 - le niveau élevé de roulement du personnel contribue au besoin de dispenser une formation de façon continue. L'appui offert dans le cadre du groupe de programmes de CMT est nécessaire pour former rapidement de nouveaux employés sur les protocoles d'immunisation au sein de la communauté;
 - l'importance d'avoir accès à des renseignements à jour, pertinents et appropriés. Le personnel des soins de santé a besoin de façon permanente d'avoir accès à des renseignements sur les changements apportés aux protocoles d'immunisation ainsi que sur les nouveaux vaccins, de même que sur la formation relative à l'immunisation. Quelques intervenants communautaires ont fait particulièrement état de l'importance de deux éléments : une formation sur la manière de communiquer avec les communautés autochtones, ainsi que l'accès à des ressources appropriées sur le plan culturel;

⁵³ Il est important de signaler que certaines provinces (Ontario et Nouveau-Brunswick) exigent que les enfants soient vaccinés avant qu'ils entrent à l'école. Cependant, leurs parents peuvent s'y opposer pour des raisons d'objection de conscience, auquel cas leurs enfants sont dispensés de cette exigence.

- le soutien assuré dans le cadre du groupe de programmes complète d'autres ressources et permet aux intervenants communautaires de mieux s'acquitter de leurs responsabilités en matière de production de rapports, d'administration, de sensibilisation et d'immunisation. Cependant, quelques répondants ont indiqué que les centres de soins de santé ont besoin de mesures incitatives pour attirer les familles à eux, d'un moyen de transport permettant aux malades d'avoir accès aux services, ainsi que d'un soutien accru de la part du personnel pour ce qui est de fournir des services confidentiels.

Figure 5 – Nécessité du Programme VIH/sida du groupe CMT



Comme l'illustre la figure 5, la majorité (90 %) des répondants (directeurs des services de santé et infirmières en santé communautaire) ont signalé que le programme de lutte contre le VIH/sida était très, sinon assez nécessaire.

- **Le manque de connaissance et de sensibilisation au sujet du VIH/sida dans les communautés des PNI, des facteurs de risque élevés comme la consommation de drogue et les taux d'ITS, de même que les ressources limitées, sont des facteurs qui contribuent à la grande nécessité du programme de lutte contre le VIH/sida.**

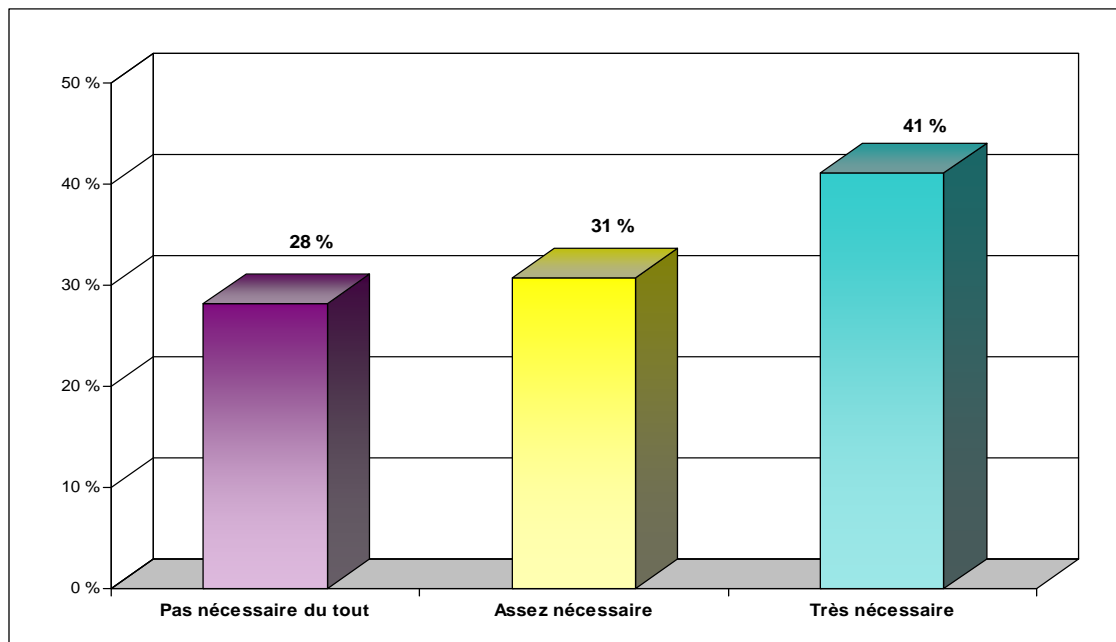
Certains directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs régionaux attribuent la nécessité du programme de lutte contre le VIH/sida (les personnes interrogées pouvaient donner plus d'une réponse) aux éléments suivants :

- l'importance de sensibiliser davantage les communautés au VIH/sida. Quelques intervenants ont fait état d'un besoin important d'éducation au sein de la communauté quant aux modes de transmission du VIH/sida et aux mesures que les personnes peuvent prendre pour se protéger;

- quelques intervenants ont mentionné un risque élevé d'infections et de transmission à cause de la consommation de drogue, des taux d'ITS élevés ainsi que l'isolement des communautés;
- un autre facteur évoqué est le fait que les infirmières doivent avoir accès à des renseignements à jour, pertinents et appropriés. Les infirmières ont besoin de renseignements sur les nouveaux traitements ou les nouvelles méthodes de diagnostic concernant le VIH/sida, ainsi que d'une formation sur la manière d'organiser une campagne de sensibilisation;
- quelques répondants ont mentionné que l'aide financière et le soutien assurés par l'entremise du groupe de programmes de CMT permettent d'offrir un programme de lutte contre le VIH/sida qui est plus vaste et ciblé qu'il ne le serait sans cela, mais que les infirmières en santé communautaire n'ont pas toujours le temps de mener les activités de sensibilisation et d'éducation. Le programme de CMT est nécessaire pour aider à sensibiliser davantage les communautés au problème du VIH/sida.

Des opinions différentes ont été formulées au sujet du niveau de soutien qui est assuré directement aux communautés dans le cadre du programme. Dix pour cent des répondants (principalement de la Saskatchewan, de l'Ontario, du Manitoba et de l'Alberta) ont fait remarquer que le niveau actuel des mesures d'appui concernant le VIH/sida est suffisant et qu'il doit être maintenu.

Figure 6 – Nécessité du Programme de lutte contre la tuberculose du groupe CMT



Selon la figure 6, la majorité des répondants (directeurs des services de santé et infirmières en santé communautaire), soit 72 %, ont indiqué que le Programme de lutte contre la tuberculose était très, sinon assez nécessaire.

- **En moyenne, la nécessité du Programme de lutte contre la tuberculose est considérée comme moins importante à cause des faibles taux d'incidence dans certaines communautés et de la participation d'organismes provinciaux dans la prestation de services liés à la tuberculose.** En général, les directeurs des services de santé, les infirmières en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont considéré que les mesures de soutien concernant la tuberculose étaient moins nécessaires à cause du faible taux d'incidence dans les communautés ou parce que d'autres organismes provinciaux s'acquittent de ce rôle. La Division du CMT reconnaît que certaines communautés, surtout au Manitoba et en Saskatchewan, ont une incidence élevée de tuberculose et ont besoin de mesures de soutien pour faire face à cet important défi. Quelques répondants ont fait état d'une série de facteurs qui étayaient la nécessité du Programme de lutte contre la tuberculose :
 - il est nécessaire de rappeler à la population la façon de relever les symptômes de tuberculose et les moyens de se protéger contre une infection;
 - 5 % des répondants ont fait état de problèmes de ressources, relativement aux personnes qui exécutent leurs fonctions habituelles en plus de mener des activités de sensibilisation et d'éducation au sujet de la tuberculose;
 - même si l'incidence est faible, il existe toujours des risques qui requièrent une vigilance constante. Plus précisément, quelques intervenants ont indiqué qu'il est toujours nécessaire de mener des activités d'éducation au sein de la communauté, parce que de nombreux habitants ne pensent plus à la maladie étant donné qu'il n'y a plus de prévalence dans les communautés;
 - les infirmières ont besoin d'avoir accès, de façon permanente, à des renseignements à jour, pertinents et appropriés au sujet de la tuberculose;
 - les ressources, les manuels, les vidéos et les brochures que produit le groupe de programmes de CMT sont un outil utile pour informer la population des problèmes liés à la tuberculose.

- **Les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont exprimé des points de vue différents à savoir si la nécessité des programmes a changé au cours des dernières années;** cette nécessité reflète dans une large mesure les conditions locales. Les répondants qui considèrent que le besoin existe toujours ont indiqué ce qui suit :
 - la demande en services augmente à mesure que les communautés des Premières nations prennent conscience des questions qui entourent les maladies transmissibles;
 - le besoin d'un programme de lutte contre le VIH/sida a augmenté car les taux d'incidence ont augmenté eux aussi. Cependant, le taux d'incidence élevé peut être attribuable à une connaissance accrue du VIH/sida ainsi qu'à une augmentation du nombre de tests de dépistage;
 - le personnel infirmier a fait état d'une augmentation de la charge de travail et des responsabilités ainsi que d'un besoin accru de mesures de soutien, comme des mesures d'immunisation, à cause de l'introduction de nouveaux vaccins;
 - des questions telles que l'augmentation de la consommation de drogue, les taux de naissance et la population en général ont été indiquées comme des éléments

susceptibles de faire augmenter le besoin en terme de mesures de soutien que prévoit le groupe de programmes;

- la nécessité de disposer de données de surveillance uniformes augmente, en rapport surtout avec le suivi de la mobilité des résidents et l'élaboration de systèmes électroniques.

Quelques infirmières en santé communautaire et directeurs des services de santé ont aussi laissé entendre que la nature du besoin a changé, et ils ont mis davantage l'accent sur le fait de veiller à ce que le groupe de programmes de CMT (et les programmes de santé en général) conviennent davantage aux réalités culturelles. Par exemple, on met aujourd'hui davantage l'accent sur l'établissement et la distribution de documents, de ressources et de renseignements adaptés à ces réalités.

3. Selon les informateurs clés, le groupe de programmes de cmt fait déjà des progrès pour ce qui est de répondre aux besoins relevés lors des entretiens et dans la littérature.

Même si le succès du Programme d'immunisation est assez marquant, en ce sens que les taux d'immunisation ont augmenté, les taux de VIH/sida et de tuberculose sont encore élevés dans certaines communautés, les informateurs clés ont indiqué que la stigmatisation du VIH/sida existe toujours, et les degrés de connaissance et d'éducation concernant le VIH/sida et la tuberculose sont faibles.

Les personnes interrogées (n = 95) ont indiqué que le groupe de programmes de CMT obtient des résultats particulièrement bons sur les plans suivants⁵⁴ :

- faire mieux connaître les programmes du groupe ainsi que les problèmes entourant les maladies transmissibles;
- affermir les mesures de prévention, qui se traduisent par une augmentation des taux de couverture vaccinale, une incidence inférieure des éclosions de maladie et une augmentation des activités d'éducation concernant le VIH/sida;
- améliorer la communication, la collaboration et l'échange de renseignements parmi un éventail d'organismes, comme la DGSPNI, le groupe de programmes de CMT et d'autres intervenants à Santé Canada. Les représentants ont signalé que le nombre de partenariats augmente et que les mesures de soutien fournies par l'entremise du groupe (p. ex., liaison, promotion et soutien) ont contribué à intensifier l'échange de renseignements;
- augmenter la disponibilité de ressources éducatives adaptées aux réalités culturelles;

⁵⁴ Les personnes interrogées pouvaient fournir plus qu'une réponse. Il est donc possible que le nombre des réponses soit supérieur au nombre total d'informateurs clés interrogés.

- améliorer l'appui fourni aux communautés des Premières nations et s'assurer que les problèmes de ces dernières sont aujourd'hui inscrits au programme des régions;
- améliorer les systèmes de surveillance et de production de rapports.

Cependant, quelques répondants ont indiqué que le groupe de programmes obtient un peu moins de succès pour ce qui est de répondre aux besoins de la population ciblée, et ils ont lié ce fait aux facteurs suivants⁵⁵ :

- ne pas avoir d'objectifs suffisamment clairs, ni un point de convergence explicite. Les intervenants ont indiqué que les efforts faits dans l'avenir au sujet du VIH/sida, des ITS et du VHC devraient être axés plutôt sur la prévention, la réduction de préjudices et de la stigmatisation, ainsi que l'exécution de tests additionnels afin de s'assurer que les taux d'infection ne continuent pas d'augmenter;
- les intervenants ont signalé que les montants de l'aide financière limitent sérieusement ce qu'ils peuvent faire sur le plan de la dotation en personnel de leurs programmes et sur celui de la formation du personnel de santé. En outre, l'aide financière existante devrait être mieux attribuée afin de garantir qu'elle est orientée vers les communautés qui en ont besoin et que les montants attribués sont suffisants pour couvrir plus que les éclosions de maladie;
- le fait de ne pas suivre une approche holistique à l'égard des maladies transmissibles. Les intervenants ont signalé que l'approche actuelle est axée sur des secteurs de programme particuliers et ne tient pas compte d'autres maladies (p. ex., les maladies d'origine hydrique, les ITS) et qu'il est nécessaire de traiter des déterminants sociaux de la santé, notamment en ce qui concerne la tuberculose. Les intervenants ont également signalé que la question des déterminants sociaux de la santé devrait faire l'objet d'une plus grande collaboration. Le groupe de programmes vient tout juste d'être opérationnalisé au cours des deux dernières années, de sorte que le degré d'intégration n'a peut-être pas atteint un niveau optimal;
- les intervenants ont fait remarquer qu'il y a un manque de données de surveillance uniformes et de qualité et qu'il est nécessaire de faire davantage de progrès pour s'assurer que les données recueillies sont analysées et utilisées de façon à combattre les maladies dans les communautés;
- le groupe de programmes a été touché par des taux élevés de roulement du personnel, ce qui peut mettre en difficulté la prestation des soins de santé dans les réserves et restreint l'efficacité des programmes. Quelques intervenants ont signalé qu'il faut plus de soutien pour les soins infirmiers;

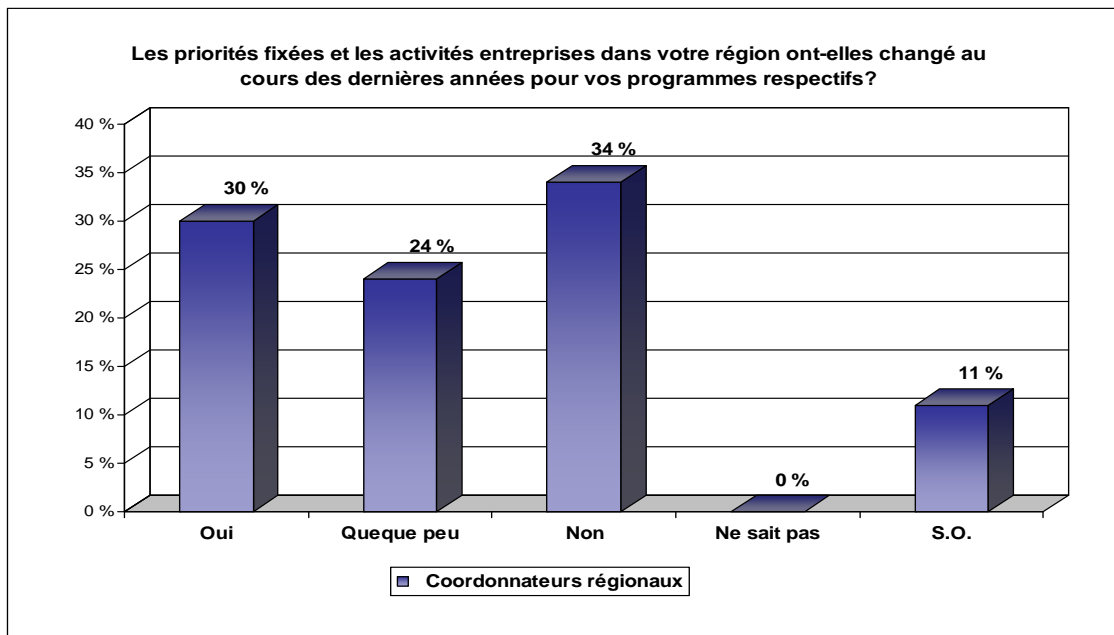
⁵⁵ Les personnes interrogées pouvaient fournir plus qu'une réponse. Il est donc possible que le nombre des réponses soit supérieur au nombre total d'informateurs clés interrogés.

- il existe divers niveaux d'administration dans le cadre de l'exécution du groupe de programmes et ces niveaux peuvent être aggravés par un manque de communication et de clarté quant aux rôles que jouent les différents gouvernements.

4. Les changements régionaux apportés aux priorités et aux activités des programmes contribuent à la pertinence continue du groupe.

Cinquante-quatre pour cent des coordonnateurs régionaux ont indiqué que les priorités et les activités régionales qui s'appliquent à leur programme respectif ont changé au cours des dernières années (voir la figure 7). Les régions ont fait état d'une souplesse accrue depuis que l'on a opérationnalisé le groupe de programmes ces dernières années.

Figure 7 – Changements perçus dans les priorités et les activités des programmes



Plus précisément, les coordonnateurs nationaux et régionaux ont indiqué ce qui suit :

- les priorités et les activités du groupe de programmes évoluent constamment dans les régions en vue de répondre aux circonstances régionales et aux besoins de la population;
- la portée des programmes s'est généralement élargie à la longue. Par exemple, des renseignements sur les PDH/ITS ont été intégrés aux programmes existants en matière d'habitudes de vie saines;
- le fait de mettre davantage l'accent sur la collaboration avec les partenaires régionaux et nationaux (p. ex., l'APN, l'ITK) et de prendre des mesures pour améliorer l'exactitude des données de surveillance a été signalé;

- les coordonnateurs ont indiqué que les changements relevés aux niveaux nationaux et régionaux sont habituellement fondés sur des faits démontrés, qui reflètent les données de surveillance et d'autres données sur la santé, les résultats de recherche et les commentaires des régions et des communautés.

Les coordonnateurs régionaux ont le plus souvent indiqué que les priorités régionales actuelles de leur programme étaient la formation et le perfectionnement du personnel ainsi que l'éducation de la communauté au sujet des maladies transmissibles. Certaines des priorités relevées ont été les suivantes :

- former et perfectionner le personnel des soins de santé, les administrateurs et les dirigeants autochtones en vue d'améliorer les services de traitement, de soutien et d'éducation dans la communauté et veiller à ce que le personnel ait les ressources et l'appui dont il a besoin;
- sensibiliser davantage la communauté et fournir des informations sur les maladies transmissibles de façon à amoindrir la stigmatisation de maladies particulières et de promouvoir des habitudes de vie saines;
- améliorer l'acceptation du programme au sein de la population visée (p. ex., couverture vaccinale, tests de dépistage du VIH) et mettre en œuvre de nouveaux programmes;
- nouer des partenariats et collaborer avec des organismes connexes;
- recueillir des données de surveillance efficaces qu'il est possible d'utiliser lors de l'établissement de stratégies de programmes et améliorer d'autres procédures telles que la recherche de contacts ou la préservation de la chaîne du froid;
- prévenir les maladies et en limiter l'incidence, et favoriser l'obtention de plus de ressources pour les communautés.

Cohérence avec les priorités et le rôle du gouvernement fédéral

Les principales constatations de l'évaluation au sujet de l'alignement du groupe de programmes sur les priorités et le rôle de Santé Canada et du gouvernement fédéral sont les suivantes.

1. Les objectifs du groupe de programmes de CMT sont conformes aux priorités de Santé Canada ainsi qu'aux résultats et aux priorités stratégiques du gouvernement fédéral.

Plus précisément, le recensement des écrits démontre que les objectifs du groupe de programmes sont alignés sur les éléments suivants :

- Deux des priorités ministérielles déclarées de Santé Canada : « aider à améliorer l'état de santé de la population canadienne » et « réduire les risques pour la santé de la population canadienne ». L'édition 2008-2009 (ainsi que celles de 2007-2008 et de 2006-2007) du Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada mettent en lumière ces deux secteurs, parmi quatre priorités ministérielles. En outre, le résultat final du groupe de programmes de CMT : « aider à améliorer l'état de santé des individus, des familles et des communautés des PNI » cadre avec ces deux priorités ministérielles.
- Le résultat stratégique de Santé Canada : « De meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l'état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens ». L'édition 2008-2009 (ainsi que les éditions antérieures de 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008) du Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada ont inclus ce secteur dans l'un des quatre résultats stratégiques du Ministère pour l'année financière de 2008-2009. Le rapport fait état de l'engagement du gouvernement à améliorer les résultats de santé pour les PNI et à réduire les inégalités sur le plan de la santé entre les PNI et les autres Canadiens. Santé Canada a alloué la somme d'environ 2,1 milliards de dollars en 2008-2009 et de 2,2 milliards de dollars en 2010-2011 en vue de mettre en œuvre les programmes et les politiques qui permettront d'atteindre ce résultat stratégique.
- Le Discours du Trône de 2004 a souligné les différences qui existent sur le plan de la santé entre les Autochtones et les autres Canadiens :

Nous avons fait des progrès, mais ils sont éclipsés par la forte incidence du syndrome d'alcoolisation fœtale et par le taux élevé de suicide chez les adolescents dans les communautés autochtones. Ce sont là les conséquences intolérables des immenses écarts qui séparent tant d'Autochtones des autres Canadiens – des écarts inacceptables en matière de réussite scolaire, d'emploi, de conditions de vie élémentaires comme le logement et l'eau salubre, et d'incidence de maladies chroniques comme le diabète.

Ce discours en particulier a mis en lumière la détermination du gouvernement fédéral à soutenir les services de santé destinés aux communautés autochtones en indiquant ce qui suit : « *Le gouvernement et les dirigeants autochtones ont convenu d'objectifs mesurables qui permettront d'atténuer les écarts ainsi que leurs conséquences* »⁵⁶. De plus, le gouvernement fédéral a souligné le besoin de s'engager à « *mieux adapter les services de santé à leurs besoins [ceux des Autochtones]* ». Les objectifs et les résultats finals du groupe de programmes de CMT concordent avec ces déclarations.

⁵⁶ Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-huitième législature du Canada. Journaux de la Chambre des communes : 2004.10.05, vol. 140.

2. Le mandat principal du gouvernement fédéral consiste à donner accès aux services de santé et à nouer un partenariat avec les communautés des PNI, ainsi qu'à combler les écarts en matière d'état de santé chez les Autochtones, ce qui concorde avec les objectifs du groupe de programmes de CMT.

Les services de santé destinés aux Autochtones ont été transférés du ministère des Affaires indiennes à Santé Canada en 1945. Près de vingt ans plus tard (1962), Santé Canada a commencé à fournir des services de santé directs aux Premières nations vivant dans des réserves ainsi qu'aux communautés inuites du Nord. En 1979, le gouvernement du Canada a adopté la Politique sur la santé des Indiens, qui a souligné le mandat qu'avait le gouvernement fédéral de fournir des services de santé aux PNI. L'objectif déclaré de la Politique sur la santé des Indiens que le gouvernement fédéral a adoptée le 19 septembre 1979, est le suivant : « *améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes* ». Plusieurs années après cela (au milieu des années 1980), les communautés des Premières nations et des Inuits ont commencé à contrôler plus de services de santé, et leur capacité de gouvernance a continué d'augmenter depuis lors. Près de 80 % des communautés des Premières nations et des Inuits prennent part au processus de transfert⁵⁷.

Le mandat principal de la DGSPNI consiste à⁵⁸ :

- faire en sorte que les services de santé soient disponibles et que les communautés des Premières nations et des Inuits y aient accès;
- aider les Premières nations et les Inuits à s'occuper des réduire les obstacles en matière de santé et des menaces de maladie, et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens qui vivent dans des endroits semblables;
- établir des partenariats solides avec les Premières nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé.

La DGSPNI gère également un éventail de programmes liés à la santé communautaire (p. ex., maladies chroniques et transmissibles, hygiène du milieu, urgences de santé liées aux maladies transmissibles) et elle entreprend également des activités de surveillance sanitaire, d'analyse des données, de recherche et d'évaluation en vue de soutenir l'élaboration de politiques, de priorités et de décisions basées sur des faits en vue d'investissements liés à la santé. La DGSPNI assure ou soutient l'exécution de programmes de santé communautaire dans les réserves ainsi que dans les communautés inuites⁵⁹. En outre, elle prend part à la prestation de services de médicaments, de soins dentaires et de soins auxiliaires aux Premières nations et aux Inuits, indépendamment du lieu de résidence. Des services de soins primaires sont également fournis dans les réserves situées dans les régions éloignées où l'on ne dispose pas facilement de services provinciaux⁵⁸.

⁵⁷ Indian and Northern Affairs Canada – Fact Sheet: First Nations and Inuit Health in Canada : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/fnihb-eng.asp>.

⁵⁸ <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-eng.php>

⁵⁹ Fact Sheet: First Nations and Inuit health in Canada, <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/fnihb-eng.asp>.

3. Selon les informateurs clés, l'élaboration et le financement de ces types de programmes sont un rôle qui convient au gouvernement du Canada.

Les partenaires et autres intervenants (p. ex., représentants d'autres programmes) ont convenu que l'élaboration et le financement de ces types de programmes constituent un rôle qui convient au gouvernement du Canada. Comme l'illustre le tableau 8, 59 % des partenaires et des autres intervenants ont mentionné qu'il incombe au gouvernement canadien de fournir des services de santé à tous les citoyens, y compris les PNI, et 29 % ont indiqué que, de plus, le gouvernement devrait jouer un rôle important dans le renforcement des capacités des communautés des PNI à fournir leurs propres services de soins de santé.

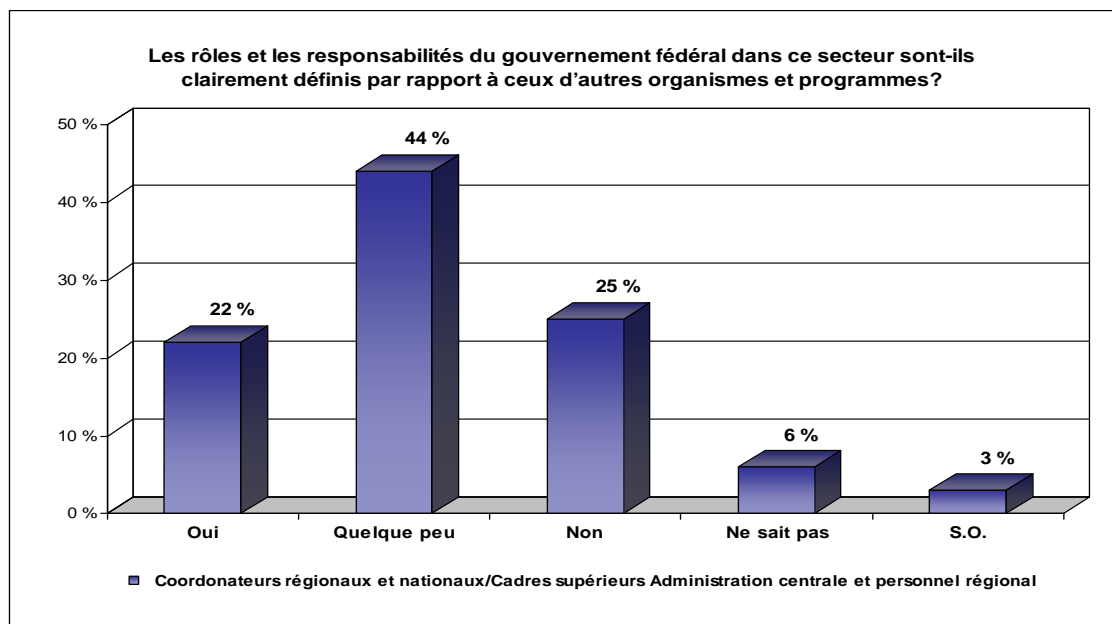
Tableau 8 – Caractère approprié du rôle que joue le gouvernement du Canada dans les programmes de type CMT

Réponses	%
Le gouvernement a-t-il l'obligation et la responsabilité de soutenir l'état de santé de tous les Canadiens, y compris les PNI?	59 %
Le rôle du gouvernement devrait-il inclure le financement des services de soins de santé et le renforcement des capacités des communautés des PNI à concevoir et à établir leurs propres programmes?	29 %
Ne sait pas / pas de réponse	12 %
Total (n = 51)	100 %

4. La plupart des représentants de la DGSPNI conviennent que les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral sont du moins quelque peu clairement définis par rapport à d'autres programmes et organismes.

Environ les deux tiers des coordonnateurs nationaux et régionaux, membres du personnel principal de l'administration centrale et membres du personnel des régions ont indiqué que les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral sont clairement définis par rapport à ceux d'autres programmes et organismes, et le quart de ces répondants ont indiqué que ces rôles et ces responsabilités ne sont pas clairement définis (voir la figure 8).

Figure 8 – Perception du rôle du gouvernement fédéral par rapport au CMT



Les représentants de la DGSPNI ont indiqué que le rôle du gouvernement fédéral à l'égard des secteurs du groupe de programmes de CMT est le suivant :

- assurer le leadership (p. ex., fournir des lignes directrices et des politiques, exposer les rôles et les responsabilités) et la coordination (p. ex., intégration des activités à l'échelon communautaire, régional et national);
- travailler avec les partenaires en vue de coordonner les activités de divers paliers de gouvernement et veiller à ce que l'on assume les responsabilités du gouvernement fédéral envers les habitants des réserves;
- répondre aux besoins en matière de soins de santé (y compris les soins directs) des communautés, en tenant compte de leur niveau de besoin. Cela est particulièrement important lors d'une éclosion de maladie, qu'il incombe au gouvernement de gérer et de surveiller;
- fournir une aide financière et évaluer le succès et/ou l'effet de cette aide;
- échanger des renseignements. Le gouvernement fédéral devrait résumer et échanger des renseignements (p. ex., pratiques exemplaires) et s'assurer que ces renseignements sont transmis aux communautés des Premières nations et des Inuits;
- contribuer aux mesures de prévention des maladies qui sont prises dans les réserves.

Les répondants qui n'étaient pas d'accord pour dire que les rôles sont clairement définis ont traité principalement du risque de chevauchement entre les divers groupes fournisseurs de services. Cependant, ils ont bel et bien indiqué qu'il y a un risque de chevauchement entre divers fournisseurs de services et de mesures de soutien.

V LE RENDEMENT

Cette section résume les progrès que le groupe de programmes de CMT a accomplis sur les plans suivants :

- collaborer et créer des réseaux avec d'autres organismes;
- améliorer les mesures de surveillance, de prévention, de contrôle, de traitement et de soutien liées au contrôle des maladies transmissibles dans les communautés des PNI;
- améliorer la participation des membres, des familles et des communautés des PNI aux programmes de contrôle des maladies transmissibles;
- améliorer la sensibilisation aux mesures de prévention et de traitement des maladies transmissibles;
- améliorer les connaissances et la compréhension des facteurs de risque associés aux maladies transmissibles;
- améliorer la prise en charge de la communauté et sa capacité de déceler les maladies transmissibles, d'en rendre compte et de lutter contre elles;
- améliorer l'accès à des programmes de prévention et de contrôle des maladies transmissibles qui sont de bonne qualité et bien coordonnés pour les membres, les familles et les communautés des PNI;
- contribuer à atteindre le résultat à long terme que constitue l'amélioration de l'état de santé des PNI;
- les conséquences imprévues (positives ou négatives).

Réseautage et collaboration

Les principales constatations concernant les activités de réseautage et de collaboration du groupe de programmes, vis-à-vis d'autres organismes et programmes, sont les suivantes.

- 1. Selon les rapports sur le rendement et les plans de travail annuels, chaque représentant de programme et de région a établi des partenariats et des alliances avec d'autres divisions du gouvernement fédéral, des organismes provinciaux et régionaux, des communautés, des associations et d'autres entités.**

Selon les Rapports sur le rendement annuels, la participation de membres du personnel du groupe de programmes à divers comités et groupes de travail a augmenté au cours de la période de trois ans, passant de 58 en 2005-2006 à 69 en 2006-2007 et à 79 en 2007-2008. Plus de 600 ententes de réseautage et de collaboration ont été consignées dans les rapports d'activités au cours de la période de trois ans⁶⁰.

Les organismes signalés par chaque programme et chaque région (y compris l'échelon national et les six bureaux régionaux) ont été catégorisés par type d'organisme pour l'année 2007-2008. Le nombre des régions ayant signalé au moins un organisme de chaque type est présenté au tableau 9. Comme il est indiqué, les régions étaient les plus susceptibles de faire état de relations avec des comités ou des groupes de travail nationaux et régionaux.

Tableau 9 – Types d'organismes avec lesquels le groupe de programmes collabore

Type d'organisme	Nombre de régions pour 2007-2008		
	Immunisation	Tuberculose	VIH/sida
Ministères/organismes du gouvernement fédéral	5	2	5
Organismes de gouvernements provinciaux	6	5	5
Organismes à but non lucratif	0	1	3
Groupes de travail nationaux et régionaux	7	5	8
Établissements d'enseignement	0	4	1
Groupes/associations des Premières nations	4	4	5
Organismes internationaux	0	2	0
Autres (c.-à-d., syndicats; services de gouvernement régionaux)	1	0	1

Source : Analyse des rapports sur le rendement annuels présentés par chaque région.

Des exemples fréquents d'organismes avec lesquels les programmes collaborent comprennent des comités et des groupes de travail nationaux et régionaux comme le Groupe de travail sur le virus du papillome humain (VPH), le sous-comité de l'éducation sur la tuberculose et le « *Canadian Aids Information Exchange* »; les organismes de gouvernement provinciaux, et surtout les autorités de santé des provinces; des organismes et ministères du gouvernement fédéral comme l'Agence de la santé publique du Canada et le Programme de santé des Premières nations et des Inuits; des groupes/associations des Premières nations, comme les Conseils tribaux des Premières nations et les autorités de santé des Premières nations; des établissements d'enseignement, surtout des universités, des organismes à but non lucratif comme l'Association pulmonaire du Canada, la Fondation canadienne du foie, ainsi que des organismes locaux comme le « *Sexuality Education Resource Centre ou le Labrador Friendship Center* ». Parmi les organismes internationaux figurent l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies respiratoires, et d'autres agents de collaboration non classés comprenaient des syndicats et des gouvernements régionaux. Les efforts de collaboration ont été axés sur un éventail de sujets,

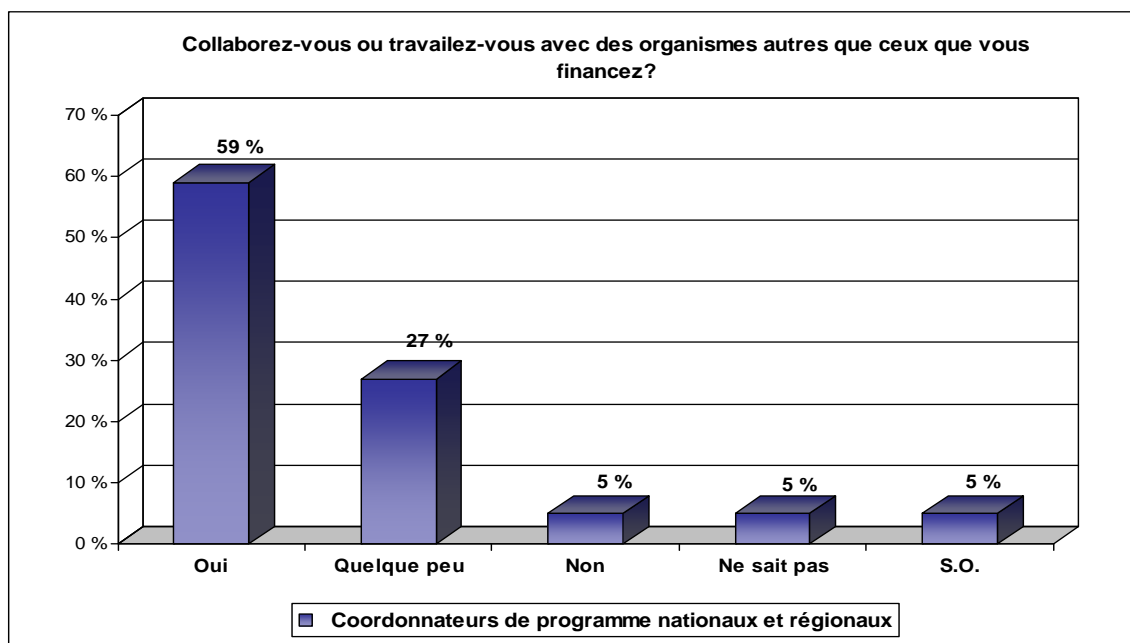
⁶⁰ Groupe de programmes Contrôle des maladies transmissibles, FNIHB, Santé Canada, Rapport sur le rendement, 2005-2006 à 2007-2008, 7 décembre 2009.

comme les soins, le traitement et le soutien des malades, de même que l'éducation et la prévention.

2. Les entretiens menés avec les coordonnateurs nationaux et régionaux ainsi que les représentants des autres programmes confirment que le groupe de programmes de CMT établit des réseaux et collabore régulièrement avec d'autres organismes et que le niveau de réseautage et de collaboration a augmenté ou, du moins, est resté le même au cours des dernières années.

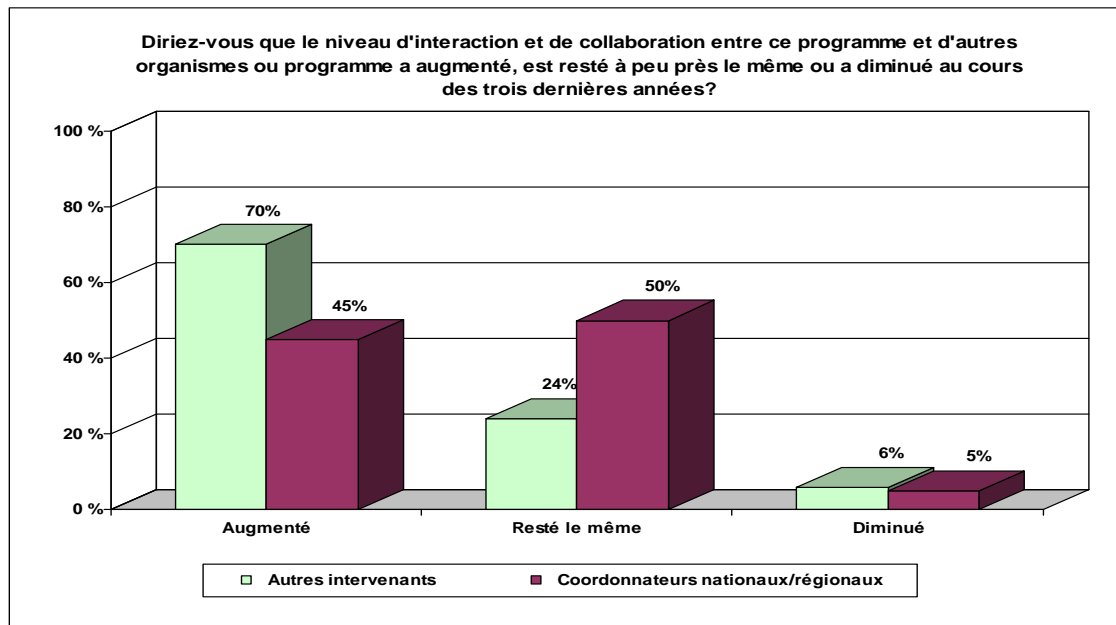
Parmi les coordonnateurs de programme régionaux et nationaux qui ont été interrogés, 86 % ont indiqué qu'ils collaborent ou travaillent avec d'autres organismes que ceux qu'ils financent, tandis que 5 % ont indiqué qu'ils ne le faisaient pas (voir la figure 9; tous les pourcentages ont été arrondis à un chiffre significatif).

Figure 9 – Collaboration des coordonnateurs de programme avec d'autres organismes



Comme l'indique la figure 10, 70% des autres intervenants et 45 % des coordonnateurs nationaux et régionaux ont indiqué que le degré d'interaction et de collaboration a augmenté, ou augmenté de façon importante, tandis que 50 % des coordonnateurs nationaux et régionaux et 24 % des autres intervenants ont déclaré que le niveau d'interaction et de collaboration était resté le même au cours des trois dernières années (2005-2006 à 2007-2008).

Figure 10 – Changements perçus par les autres intervenants et les coordonnateurs nationaux sur le plan de l’interaction et de la collaboration



Certains des facteurs clés qui ont été propices à une collaboration accrue comprennent la reconnaissance grandissante des possibilités de collaboration, et de l'importance de cette dernière, par toutes les parties, l'attention accrue que l'on accorde aux problèmes de santé avec lesquels les Premières nations et les Inuits sont aux prises, l'adoption d'approches plus axées sur la clientèle, la capacité de prendre appui sur des relations existantes (tant personnelles qu'organisationnelles), les changements d'ordre structurel (p. ex., consolidation d'autorités de santé régionales) et l'amélioration des techniques de communication (p. ex., usage accru d'Internet). Certains des facteurs qui peuvent contribuer à restreindre le niveau d'interaction et de collaboration comprennent le roulement du personnel (il est nécessaire de rétablir les relations), l'insuffisance du personnel à l'échelon national ou régional (p. ex., postes vacants) et les priorités contradictoires (p. ex., ne pas avoir le temps de rencontrer d'autres parties).

3. La collaboration et le réseautage sont avantageux, tant pour le groupe de programmes de CMT que pour d'autres organismes

Le contrôle des maladies transmissibles est un enjeu complexe dans lequel intervient un large éventail d'organismes. Un examen des activités de réseautage et de collaboration, de pair avec les commentaires fournis par les coordonnateurs de programme et d'autres intervenants du groupe de programmes, fait ressortir les avantages que présente cette activité pour le groupe de programmes, dont les suivants :

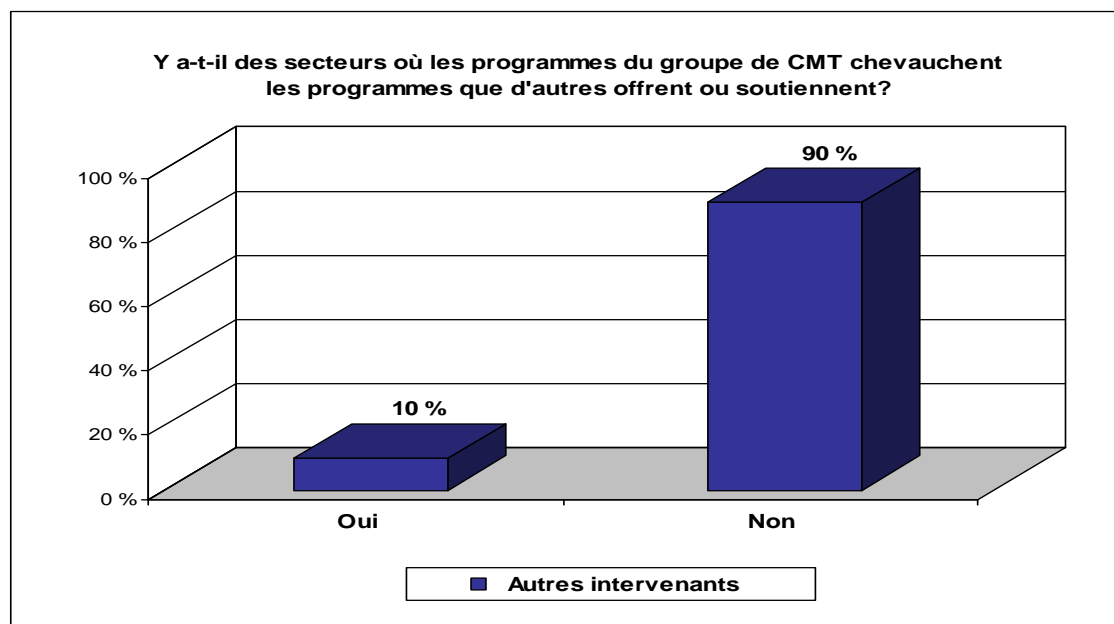
- clarifier davantage les rôles des parties respectives. La nature ou le rôle du milieu opérationnel peut varier considérablement d'une province à une autre;
- veiller à ce que les besoins et les problèmes des Premières nations et des Inuits se reflètent dans la conception des stratégies et la prestation des services;

- inciter à mettre davantage l'accent sur les déterminants sociaux de la santé;
- améliorer la coordination dans les activités de programme et réduire le plus possible les chevauchements;
- faciliter l'échange de renseignements et de leçons apprises;
- favoriser l'obtention de réponses conjointes à des événements clés (p. ex., planification en cas de pandémie);
- améliorer l'accès à des points de vue différents ainsi qu'à une expertise spécialisée;
- permettre que les programmes et les services soient exécutés de façon homogène entre les organismes concernés.

4. Les activités soutenues dans le cadre du groupe de programmes ont tendance à compléter plutôt qu'à chevaucher les programmes qu'offrent d'autres organismes.

Le groupe de programmes complète les autres programmes en s'efforçant d'améliorer la connaissance qu'ont les groupes visés des problèmes liés aux maladies transmissibles, grâce à des activités de prévention, de traitement et de contrôle, à la promotion de la collaboration, à l'affermissement des capacités des communautés (au moyen d'activités telles que des programmes de formation) ainsi qu'à une amélioration de l'accès aux renseignements de surveillance. Dix pour cent des autres intervenants ont indiqué au moins quelques secteurs dans lesquels il y a certains chevauchements ou doubles emplois dans les programmes qui sont offerts et soutenus (voir la figure 11).

Figure 11 – Secteurs perçus dans lesquels il y a, selon les autres intervenants, des chevauchements entre les programmes du groupe de CMT et d'autres programmes



Cependant, les secteurs de chevauchement qui ont été relevés n'étaient généralement pas importants (p. ex., de temps à autre renseignements ou documents éducatifs semblables; un certain chevauchement dans l'établissement de rapports, comme le fait que les communautés doivent déclarer des renseignements semblables au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux). Il a été également signalé qu'un certain chevauchement est utile dans la mesure où cela améliore l'accès aux services ou aux renseignements (p. ex., cela augmente les chances de rejoindre les groupes avec lesquels il est difficile d'entrer en contact).

Il a été suggéré que le fait d'augmenter la communication et la collaboration entre les diverses parties aiderait à réduire davantage le risque de chevauchement. À cette fin, les autres intervenants ont suggéré que l'on tienne des ateliers, des conférences ou des réunions périodiques afin d'affermir les relations et d'améliorer la coordination entre les divers organismes et programmes qui sont actifs dans la région.

Surveillance

Les principales constatations de l'évaluation au sujet de la surveillance sont les suivantes :

1. Les représentants, à tous les niveaux du groupe de programmes, y compris l'administration centrale, les régions et les communautés, se servent des données de surveillance pour évaluer les besoins, examiner le rendement et établir des stratégies, des politiques et des programmes.

Un examen des rapports de surveillance existants, de pair avec les entretiens menés auprès de représentants à tous les niveaux du groupe de programmes, indique ce qui suit :

- les représentants à l'échelon national se servent des données de surveillance pour établir des politiques et des stratégies, pour orienter l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et d'activités de formation, ainsi que pour surveiller et évaluer l'exécution des programmes;
- les représentants, à l'échelon régional, utilisent les données de surveillance pour relever les priorités et établir les stratégies, surveiller les niveaux de protection et/ou l'incidence des maladies, ainsi que pour évaluer l'efficacité des programmes;
- les représentants au niveau communautaire utilisent les données de surveillance pour examiner les tendances et évaluer les besoins des communautés, pour fournir une rétroaction aux membres du personnel, aux infirmières et aux communautés, ainsi que pour dresser des plans et orienter les programmes.

2. Des progrès minimes ont été accomplis sur le plan de l'amélioration de la collecte et de la déclaration des données de surveillance au cours des trois dernières années.

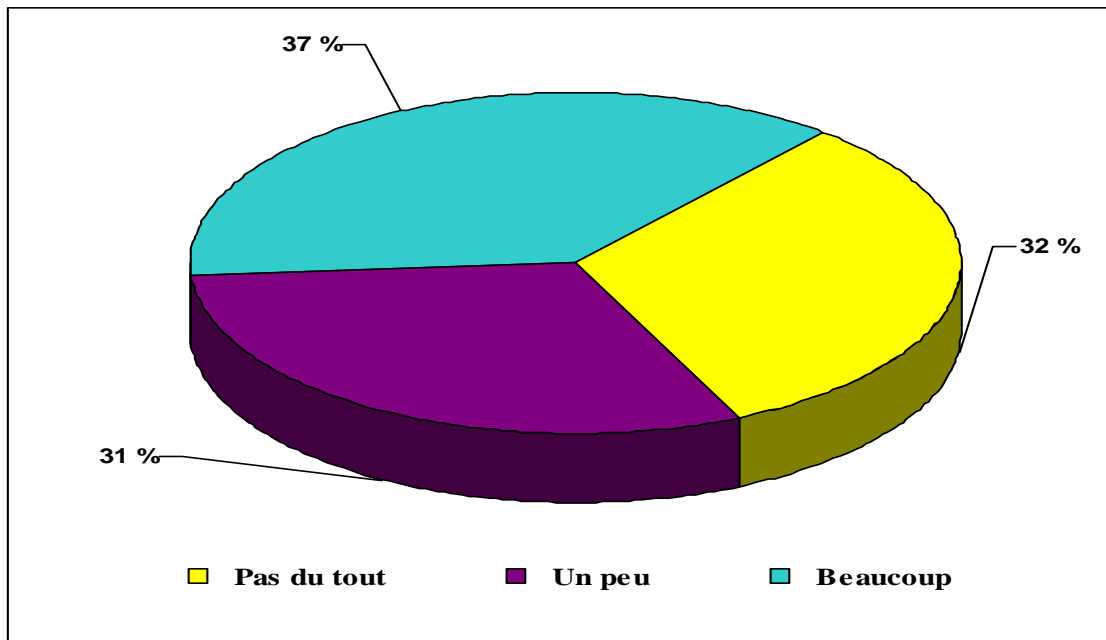
Il ressort d'une analyse des plans de travail et des rapports sur le rendement annuels que les types d'activités qui sont entreprises en rapport avec la surveillance ont varié selon les programmes, ainsi que selon les régions. Le tableau 10 présente un résumé des activités dont on a habituellement rendu compte.

Tableau 10 – Activités liées à la surveillance et dont il a été rendu compte

Programme	Activités
Immunisation	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de divers systèmes de gestion de données et registres électroniques communautaires, y compris les recherches et la formation du personnel. Surveillance de la rupture de la chaîne du froid et du gaspillage (p. ex., recherche menée sur le type actuel et l'âge des réfrigérateurs à vaccins et la présence ou l'absence d'une source d'électricité de réserve, et rapport sur la chaîne du froid, y compris les ruptures dans la chaîne du froid et le gaspillage de vaccins) afin de préserver et de soutenir les pratiques exemplaires, ce qui inclut la garantie d'un matériel, de sources d'électricité et de thermomètres appropriés. Certaines régions ont également fourni un soutien en vue d'améliorer la chaîne du froid (depuis des étiquettes ou des panneaux « Ne pas débrancher » jusqu'à une aide financière pour l'achat de matériel de maintien de la chaîne du froid, comme des réfrigérateurs, des sources d'électricité de réserve et des thermomètres). Élaboration de stratégies de surveillance et de mesures de soutien connexes, pour les rapports des communautés sur l'immunisation. Les communautés peuvent présenter des rapports mensuels et/ou annuels à la région qui, à son tour, transmet des rapports d'activités annuels au bureau national. Recherche et diffusion de renseignements sur les pratiques exemplaires (p. ex., un rapport sur les pratiques exemplaires concernant la gestion de la chaîne du froid).
Tuberculose	<ul style="list-style-type: none"> Surveillance plus étroite de communautés particulières (p. ex., communautés ayant eu un ou plusieurs cas de tuberculose depuis 1999) et/ou groupes (p. ex., membres de la communauté souffrant d'une affection médicale à risque élevé, enfants d'âge préscolaire, élèves de la 1^{re} à la 6^e année, et employés d'un centre de santé, d'une école de la bande, d'une école de niveau préscolaire et d'une garderie). Financement destiné à des activités liées à des bases de données (p. ex., financement pour l'échange de données avec la province ou participation à mise en œuvre de Panorama). Établissement de groupes consultatifs sur la tuberculose et collaboration officielle avec les organismes provinciaux de contrôle de cette maladie, en vue de faire enquête et de faciliter la gestion des éclosions. Activités de recherche. Par exemple, le Programme de lutte contre la tuberculose a financé : l'établissement de lignes directrices en matière de dépistage qui sont axées sur les clients présentant un risque accru de contracter une infection tuberculeuse latente ou tuberculose d'après les recommandations de groupes d'experts en tuberculose; l'utilisation de méthodes d'analyse de réseaux sociaux afin de mieux comprendre la transmission de cas actifs dans les communautés des Premières nations; de même que l'utilisation de données pour créer un tableau exact de la tuberculose chez les Premières nations vivant dans des réserves et travaux faits pour élaborer des programmes et des politiques qui reflètent de manière exacte les besoins de ces groupes.
VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> Les activités ont été principalement axées sur l'utilisation d'analyses basées sur des preuves et de pratiques exemplaires en vue d'améliorer la surveillance. Voici quelques exemples des types d'activités : Mener des recherches sur un certain nombre de sujets relatifs à la surveillance (p. ex., faciliter le dépistage au sein des communautés des Premières nations et des Inuits, chercher les préférences de la population en matière de traitement, sondage sur le comportement sexuel et les précautions, recherche sur les taux de transmission du VIH, analyses de l'environnement, analyses des FFPM, et élaboration de profils du comportement des jeunes et des adultes face au dépistage, etc.); Collecte de données épidémiologiques et de surveillance à l'échelon de la communauté et de la région, ainsi que diffuser les conclusions tirées des données de surveillance à divers échelons (communautaire, régional et national); Élaboration de stratégies de surveillance.

Il ressort de ces activités que les infirmières en santé communautaire, les directeurs des services de santé et les coordonnateurs régionaux sont généralement d'avis que l'on a accompli certains progrès au cours des trois dernières années pour ce qui est d'améliorer la collecte et la déclaration des données de surveillance pour les trois secteurs de programme (voir la figure 12).

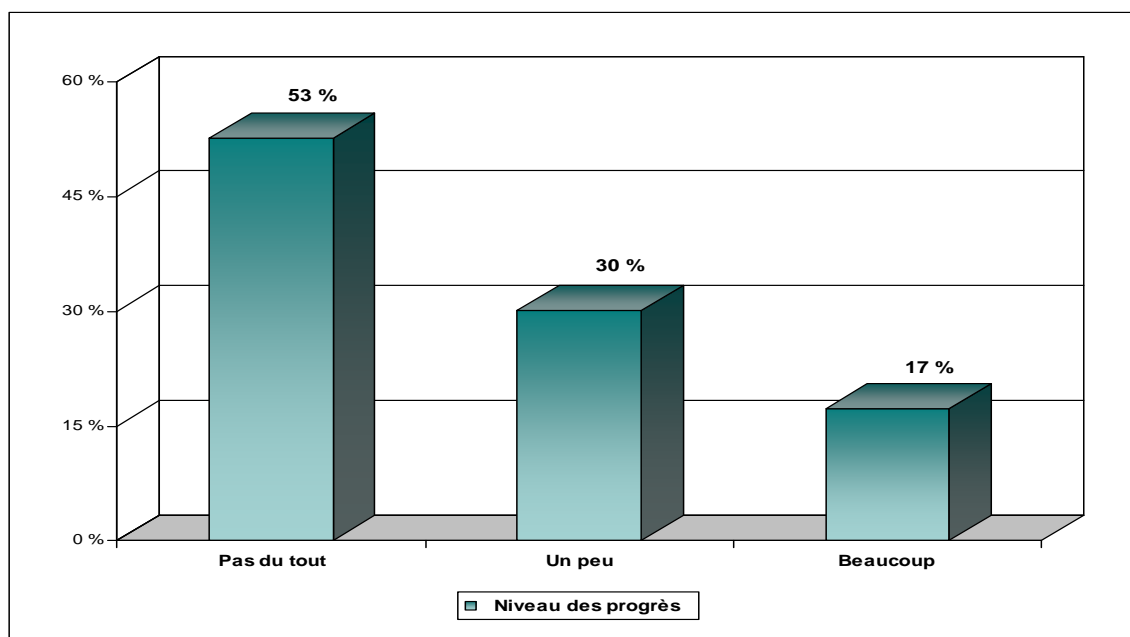
Figure 12 – Progrès accomplis pour améliorer la collecte et la déclaration des données de surveillance de l'immunisation – 2005-2006 à 2007-2008



Comme l'indique la figure 12, les répondants (infirmières en santé communautaire, directeurs des services de santé et coordonnateurs régionaux) ont fait état d'importants progrès dans les réserves au cours des trois dernières années au chapitre de l'amélioration de la collecte des données et de la déclaration des données de surveillance concernant l'immunisation (37 %), tandis que certains ont rapporté quelques progrès accomplis dans une proportion de 31 %, d'autres ont indiqué l'absence de progrès dans une proportion de 32 %.

Pour la présente évaluation, nous n'avons pas disposé de renseignements sur la collecte et la déclaration de données de surveillance concernant le VIH/sida.

Figure 13 – Progrès accomplis sur le plan de l'amélioration de la collecte et de la déclaration de données de surveillance concernant la tuberculose 2005-2006 à 2007-2008



Comme l'indique la figure 13, les répondants (infirmières en santé communautaire, directeurs des services de santé et coordonnateurs régionaux) ont fait état du fait qu'aucun progrès n'avait été accompli dans les réserves au cours des trois dernières années sur le plan de l'amélioration de la collecte et de la déclaration de données de surveillance concernant la tuberculose (53 %); quelques progrès ont été signalés à 30 % et des progrès importants ont été signalés à 17 %.

Les améliorations apportées aux données de surveillance ont été attribuées à l'utilisation plus vaste de bases de données électroniques, à de meilleurs outils de collecte de données, à une dotation en personnel accrue, à des relations plus solides entre les représentants des services de santé et les communautés des Premières nations, ainsi qu'aux améliorations générales du niveau de communication et de collaboration entre les organismes régionaux, Santé Canada, le gouvernement provincial et les communautés.

Plus précisément, les infirmières en santé communautaire, les directeurs des services de santé et les coordonnateurs régionaux ont fait ressortir ce qui suit :

- l'introduction de nouveaux outils de collecte de données, de plans de surveillance et de rapports a permis de mieux suivre et tenir à jour les dossiers des malades. Au nombre des nouveaux outils de collecte de données, figurent de nouveaux logiciels de base de données, des formulaires de collecte de données de Santé Canada, des documents de rapport, des sondages, des formulaires de suivi, des documents statistiques et des rapports d'immunisation annuels;

- l'utilisation de bases de données électroniques centrales a augmenté, ce qui a aidé à réduire le temps qu'il faut pour recueillir et introduire les données. Cependant, la plupart des communautés n'introduisent toujours pas les données directement dans les bases de données électroniques;
- il y a eu une augmentation du nombre des infirmières et/ou des employés administratifs dans les communautés et les régions (certaines régions ont signalé l'ajout d'un médecin spécialisé pour la DGSPNI, d'un commis en épidémiologie, ainsi qu'un épidémiologiste régional), ce qui leur a permis de mieux tenir les dossiers, produire des rapports quotidiens ou mensuels, augmenter le nombre de dépistages de malades et de suivis pour la tuberculose, ainsi que d'améliorer les relations avec les communautés;
- grâce à des relations plus solides avec les communautés, un plus grand nombre d'entre elles déclare des données de surveillance concernant l'immunisation;
- un certain nombre d'améliorations ont eu lieu au niveau de la communication et de la collaboration entre les organismes régionaux, Santé Canada, le gouvernement provincial et les communautés.

3. Cependant, l'accès à des données de surveillance opportunes et exactes demeure, pour le groupe de programmes CMT, un défi de taille.

Par exemple, comme nous le verrons dans les sections suivantes, les données disponibles pour évaluer les résultats du groupe de programmes présentent d'importants problèmes. Au nombre des facteurs qui ont une incidence sur le processus de collecte des données figurent les suivants :

- le manque d'ententes de partage d'informations avec les gouvernements provinciaux. La mesure dans laquelle les gouvernements provinciaux sont disposés à échanger des informations, et capables de le faire, varie selon les régions. La majorité des données de CMT sont entre les mains des provinces et la DGSPNI ou les communautés des PN n'y ont pas accès. Certaines provinces n'ont pas d'identificateurs du statut autochtone et ne peuvent pas identifier précisément les clients qui résident dans des réserves. Une base de données électronique liée à d'autres systèmes provinciaux permettrait de moins dépendre du processus de rapport manuels inefficaces comme des télécopies et des rapports papier. En l'absence d'ententes et de progrès concernant l'échange d'informations, il est possible que les communautés soient tenues de fournir des données semblables tant à la province qu'à la DGSPNI;
- l'utilisation de multiples systèmes de base de données à l'intérieur des régions et entre elles, ainsi que le fait de dépendre de façon constante de systèmes de base de données papier. Les processus et les systèmes de rapport existants ne sont pas considérés comme conviviaux, pas plus qu'ils ne sont uniformes entre les programmes ou les régions. La mesure dans laquelle les communautés se servent de systèmes électroniques pour les dossiers d'immunisation varie considérablement d'une région à une autre, et certaines des communautés de la région du Pacifique, de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba et de l'Atlantique se servent encore de systèmes papier (les données sont transmises par télécopieur ou par la poste au bureau régional, qui les introduit ensuite dans une base de données). La région de l'Atlantique a créé son propre outil de suivi et

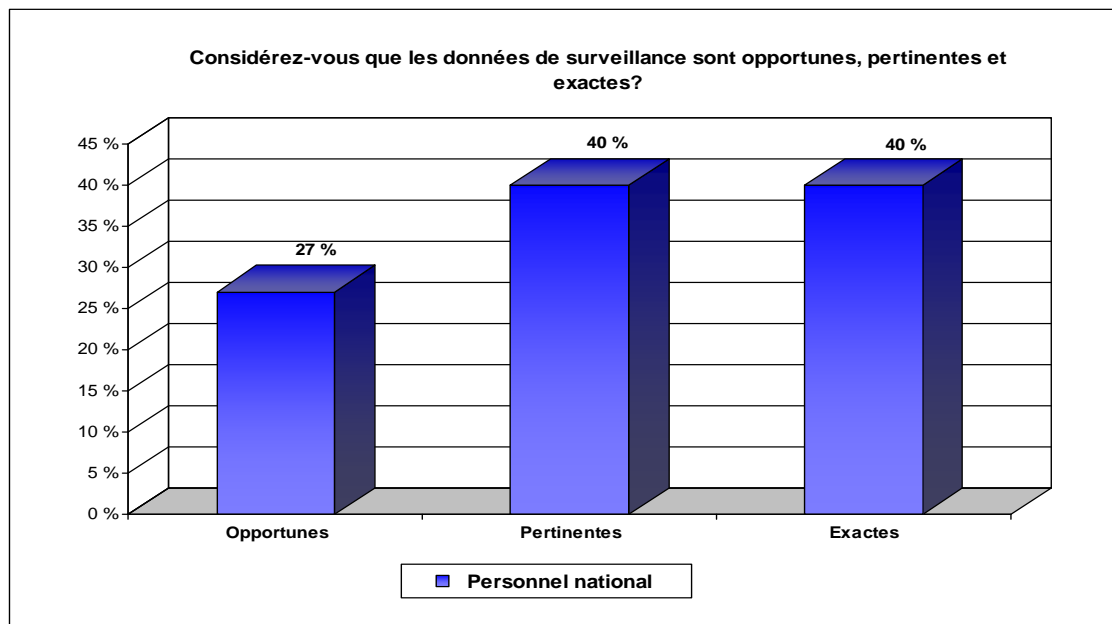
rapport papier parce que l'outil national ne reflétait pas les quatre calendriers de vaccination provinciaux qui s'y appliquaient. La capacité qu'on les régions de gérer la quantité d'informations transmises par télécopieur à leurs bureaux présente aussi des difficultés;

- les niveaux de mobilité chez les Premières nations et Inuits. Des personnes entrent dans les réserves et en sortent et obtiennent parfois des services de santé en dehors de la réserve. L'une des conséquences de cette situation est qu'il peut être difficile de suivre le statut vaccinal, car les enfants se déplacent d'une communauté à une autre. De plus, lorsque des personnes obtiennent des services de santé dans les systèmes provinciaux, l'« éparpillement de dossiers » qui en résulte fait qu'il est difficile de procéder à une surveillance exacte;
- le manque et le roulement du personnel au niveau des communautés et des régions. Les communautés ont fait ressortir le besoin de disposer de plus d'employés de bureau pour exécuter les fonctions de rapport, ce qui permettrait aux infirmières de se concentrer sur les problèmes de santé. Il a été noté aussi au niveau régional et communautaire que, à cause du roulement élevé du personnel, il y a de nombreux employés qui n'ont pas suivi de formation sur des systèmes de base de données particuliers;
- la disposition des communautés à échanger des informations. Par exemple, certains dirigeants de communautés des PN ont une certaine appréhension à l'idée que l'on se serve des renseignements de santé des gens;
- le fait que des clients ne se conforment pas aux tests de dépistage de la tuberculose ou du VIH ainsi qu'aux traitements connexes de peur d'être ostracisés par la communauté.

On s'attend à ce que des progrès soient accomplis à l'égard d'un certain nombre de ces questions. La DGPNIS et les Premières nations aident à établir de nouveaux outils de surveillance et formulaires de rapport électroniques, et s'efforcent d'affermir les communications et les liens avec les gouvernements provinciaux, ainsi que de régler certains des problèmes liés aux ressources humaines.

Comme on peut le voir à la figure 14, 27 % des répondants (personnel national) ont indiqué que les données sont opportunes; 40 % des répondants ont indiqué que les données de surveillance sont exactes et 40 % des répondants signalent que les données sont pertinentes.

Figure 14 – Opportunité, pertinence et exactitude perçues des données de surveillance selon le personnel national



On a demandé aux coordonnateurs régionaux comment ils percevaient l’opportunité, la pertinence et l’exactitude des données de surveillance. Comme il est indiqué au tableau 11, 25 % des coordonnateurs régionaux ont indiqué que les données de surveillance sont opportunes, 38 % ont indiqué que les données de surveillance sont pertinentes et exactes (respectivement), et 25 % des répondants ont indiqué que les données de surveillance ne sont pas opportunes, pertinentes ou exactes.

Tableau 11 – Opportunité, pertinence et exactitude perçues des données de surveillance selon les coordonnateurs régionaux

Caractéristique	% Indiqué
Opportunes	25 %
Pertinentes	38 %
Exactes	38 %
Aucune des réponses qui précèdent	25 %

Les résultats du recensement des écrits font ressortir certaines des difficultés importantes que l’on associe aux données d’évaluation de la santé.

[TRADUCTION] *Au Canada, les populations autochtones sont diversifiées et multiterritoriales. Environ la moitié des Autochtones au Canada vivent aujourd’hui en milieu urbain. Non seulement l’organisation des systèmes de santé varie-t-elle considérablement selon l’origine autochtone (membres des Premières nations inscrits ou non, Inuits et Métis) et la géographie (région*

éloignée, milieu rural, réserve, milieu urbain), mais il en est de même des fournisseurs (autorité fédérale, provinciale/territoriale ou autochtone, ou une combinaison d'entre elles). En plus de restreindre l'accès à des soins de santé complets, ces zones de compétences multiples font échec à la collecte de données d'évaluation complètes et fiables sur la santé... nombreux sont ceux qui considèrent le système des soins de santé au Canada comme l'un des meilleurs au monde, mais il est nécessaire d'apporter des changements considérables si l'on veut que les peuples autochtones concrétisent leur droit inhérent à une bonne santé. Une évaluation de santé exacte et valable d'un point de vue culturel est l'une des étapes menant à cet objectif⁶¹.

Prévention, contrôle et traitement

Les objectifs liés à la prévention, au contrôle et au traitement ont été établis pour chacun des trois secteurs de programme : l'immunisation, la tuberculose et le VIH/sida. Cette section examine les progrès qui ont été accomplis par rapport à ces objectifs au cours des dernières années.

1. Des progrès substantiels ont été accomplis par rapport aux objectifs du programme d'immunisation, notamment pour ce qui est d'implanter des vaccins nouvellement recommandés et de promouvoir l'immunisation au moyen d'activités d'éducation et de sensibilisation.

Des données sur le rendement ainsi que des entretiens menés avec des coordonnateurs de programmes nationaux et des coordonnateurs régionaux du Programme d'immunisation, ainsi qu'avec des infirmières en santé communautaire et des directeurs des services de santé ont servi à évaluer dans quelle mesure des progrès ont été accomplis au cours des trois dernières années sur les plans suivants :

- améliorer les taux de vaccination dans la population ciblée au moyen d'activités;
- implanter des vaccins nouvellement recommandés (p. ex., vaccin contre la varicelle, vaccin conjugué contre le pneumocoque et vaccin conjugué contre le méningocoque);
- promouvoir l'immunisation grâce à des activités d'éducation et de sensibilisation;
- mieux faire comprendre les taux de couverture vaccinale, l'incidence des maladies pouvant être prévenue par un vaccin et les obstacles à l'immunisation, de même que les pratiques exemplaires sur le plan de la mise en œuvre.

⁶¹ Smylie, J. and Anderson, M. Understanding the Health of Indigenous peoples in Canada: Key Methodological and Conceptual Challenges, Canadian Medical Association Journal, September 12, 2006.

Voici une analyse des progrès accomplis, en se fondant sur le recensement des écrits, l'examen de la documentation et les entretiens menés.

Implantation de vaccins nouvellement recommandés. Environ 70 % des répondants (coordonnateurs nationaux et coordonnateurs régionaux du Programme d'immunisation, ainsi que des infirmières en santé communautaire et directeurs des services de santé) ont fait état d'importants progrès sur le plan de l'implantation de vaccins nouvellement recommandés. Selon les données régionales présentées au tableau 12, les taux de couverture du vaccin contre la varicelle ont augmenté entre 2004 et 2007, de pair avec des taux semblables d'augmentation de la couverture pour le vaccin contre le pneumocoque. Les taux de couverture qui s'appliquent aux autres vaccins n'ont pas connu de changements importants.

Tableau 12 – Taux de couverture vaccinale contre la varicelle et le pneumocoque entre 2004 et 2007

Âge à la vaccination	Couverture du vaccin contre la varicelle		Couverture du vaccin contre le pneumocoque	
	2004	2007	2004	2007
<1 an			49 %	70 %
1-2 ans	51 %	81 %	38 %	71 %
2-6 ans	29 %	52 %		

Il a été signalé que des facteurs tels que la crainte qu'ont les parents des vaccins et la portée étroite du programme auprès du groupe d'âge de 0 à 6 ans peuvent ralentir l'implantation des nouveaux vaccins.

Favoriser l'immunisation au moyen d'activités d'éducation et de sensibilisation. Les coordonnateurs nationaux et régionaux ont fait état de certains progrès sur le plan de la promotion de l'immunisation grâce à des activités d'éducation et de sensibilisation. Ils ont mentionné des campagnes radiophoniques locales, l'éducation permanente des infirmières, ainsi que des documents imprimés comme les moyens les plus efficaces de promouvoir l'immunisation. Il a été signalé que les campagnes sont les plus efficaces lorsqu'elles sont adaptées aux réalités culturelles, qu'elles utilisent des informations provenant de membres de la communauté et qu'elles comportent la distribution d'informations dans les centres de santé ainsi qu'au cours d'activités communautaires (tableau 13).

Tableau 13 – Stratégies efficaces dans le cadre de la promotion de l'immunisation

Stratégies de promotion efficaces	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Annonces diffusées dans des médias, comme la presse écrite, la radio et la télévision	25 %
Ateliers et séances en classe	13 %
Publipostage ou bulletins fréquents	12 %
Services personnels aux parents et au personnel de la communauté	11 %
Rappels de rendez-vous	7 %
Réunions de la communauté	7 %
Activités de sensibilisation à la santé	7 %
Création de relations à long terme avec les parents, les dirigeants de la communauté et	4 %

Stratégies de promotion efficaces	Personnel de la santé communautaire (n=247)
les praticiens de la santé	
S'assurer que l'on dispose d'un personnel suffisant (10 répondants)	4 %

D'autres exemples qui ont été mentionnés comprennent les guides, les brochures et les exposés dans les écoles. L'emploi de mesures incitatives pour encourager les parents à amener leurs enfants à se faire vacciner a aussi été indiquée comme utile. Au nombre de ces mesures incitatives figure les tasses de voyage, les t-shirts, les gourdes, les aimants, les bavettes, les gobelets pour enfants, les balles rebondissantes et diachylons ou les étiquettes imagés.

À la longue, un élément clé du succès du Programme d'immunisation sera sa capacité de joindre les populations avec lesquelles il est difficile d'entrer en contact. Les coordonnateurs ont fait remarquer que certains groupes peuvent être difficiles à joindre (p. ex., les élèves, les adultes et les jeunes mères) parce qu'ils vivent dans une communauté éloignée et isolée, ou à cause de la complexité des calendriers de vaccination, de la fréquentation scolaire sporadique et des idées fausses au sujet des vaccins. Quand on leur a demandé de désigner les groupes ciblés qui sont difficiles à joindre, les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire ont surtout mentionné les adolescents et les personnes âgées de 20 à 40 ans (tableau 14).

Tableau 14 – Groupes ciblés difficiles à joindre

Groupes ciblés difficiles à joindre	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Personnes âgées de 20 à 40 ans	13 %
Adolescents	13 %
Familles à risque élevé	10 %
Nouveau-nés et nouveaux parents	9 %
Inaccessibles par téléphone	6 %
Enfants d'âge scolaire	5 %

Certains des facteurs qui font que ces groupes sont peut-être difficiles à joindre sont le fait qu'ils sont occupés, que la question ne les intéresse pas, qu'ils ont des tendances rebelles, qu'ils ont des problèmes de transport ou qu'ils se déplacent souvent. D'autres groupes visés qui ont été désignés moins souvent comme difficiles à joindre sont les consommateurs d'alcool ou de drogue, les sans-abris, les personnes isolées, les personnes non instruites, les enfants de parents célibataires et les personnes qui sont atteintes du VIH/VHC.

Améliorer la compréhension des taux de couverture vaccinale, l'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin et les obstacles à l'immunisation, ainsi que les pratiques exemplaires de mise en œuvre. Selon les coordonnateurs nationaux et les coordonnateurs régionaux du programme, certains progrès ont été accomplis pour ce qui est d'améliorer la compréhension des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, les taux de couverture et les obstacles à l'immunisation. Les régions se sont efforcées d'améliorer la collecte des données, leur uniformisation et leur accès. Un certain nombre de sondages et de recherches ont été entrepris.

Environ 32 % des répondants (coordonnateurs nationaux du programme et coordonnateurs régionaux) ont fait état d'un changement marqué dans ce domaine. Les objectifs concernant l'échange de renseignements sont indiqués au tableau 15.

Tableau 15 – Objectifs concernant l'échange de renseignements

Pour améliorer la compréhension des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, le taux de couverture et les renseignements concernant les obstacles à l'immunisation sont habituellement échangés avec...	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Autres travailleurs des soins de santé	10 %
Dirigeants et personnel de la communauté	10 %
Communauté en général	4 %
Centres de santé publique	3 %
Personnel d'école, parents ou enfants	2 %

Les renseignements sont échangés au moyen de divers outils de communication, comme des affiches ou des brochures, des réunions du personnel et d'autres moyens, comme des conférences, des téléconférences, des courriels, des ateliers et des cliniques. Certaines communautés se servent de leurs données pour établir des stratégies et des ateliers appropriés, destinés à s'attaquer aux problèmes dans la communauté. Les progrès accomplis peuvent aussi être partagés avec les dirigeants des communautés et, parfois, la communauté en général au moyen de sites web, de rapports et de cliniques de vaccination. Cependant, malgré les progrès accomplis, il subsiste des préoccupations au sujet de données restreintes et souvent inexactes.

2. Les intervenants ont indiqué que des progrès avaient été accomplis sur le plan des travaux faits avec d'autres organismes nationaux et internationaux en vue d'assurer une réponse coordonnée et intégrée, encourager la participation aux activités d'éducation et de sensibilisation, réduire les comportements à risque et améliorer les connaissances des maladies disséminées par voie aérienne et les infections transmissibles sexuellement.

Les coordonnateurs nationaux, les coordonnateurs régionaux, les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont fait état de l'étendue des progrès accomplis sur le plan des programmes de lutte contre le VIH/sida, et ce, en fonction des facteurs suivants :

- connaissance accrue des maladies disséminées par voie aérienne et des infections transmissibles sexuellement et réduction des stigmates qui sont associées au sein de la communauté ou des communautés en général;
- intensifier les tests ainsi que les mesures d'éducation et de soutien à l'intention des personnes vulnérables et de celles qui ont contracté le VIH;
- amener à changer les comportements à risque que l'on associe aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement (p. ex., relations sexuelles non protégées, partage de seringues, etc.);

- réduction de l'incidence des maladies transmissibles par le sang et des infections transmissibles sexuellement;
- encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement;
- de pair avec d'autres organismes, s'efforcer de répondre de manière coordonnée et intégrée aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement, et ce, à l'échelon national et international;
- améliorer la disponibilité d'interventions basées sur des preuves, relativement aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement;
- améliorer la collecte et la déclaration des données de surveillance concernant le VIH/sida.

Travailler avec d'autres organismes en vue d'établir à l'échelon national et international des mesures d'intervention coordonnées et intégrées face aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement. Selon les coordonnateurs nationaux du programme et les coordonnateurs régionaux, des progrès substantiels ont été accomplis pour ce qui est de travailler avec d'autres ministères fédéraux (p. ex., ASPC, Service correctionnel Canada, Affaires indiennes et du Nord Canada et le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones), des associations nationales (p. ex., APN, « *Canadian Aboriginal AIDS Network* », Pauktuutit, « *National Aboriginal Council on HIV/AIDS* », etc.), ainsi que des groupes internationaux (p. ex., par l'entremise de la « *Spirited People ILA for International Indigenous Peoples Satellite* » et la Conférence internationale sur le sida).

Encourager les membres des groupes visés à participer à des activités d'éducation et de sensibilisation liées aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement. Selon les coordonnateurs nationaux du programme et les coordonnateurs régionaux, certains progrès ont été accomplis pour ce qui est d'encourager la participation des groupes visés. Les stratégies qui semblent être les plus efficaces sont celles qui répondent aux réalités culturelles. Le fait d'obtenir que des dirigeants autochtones, des membres éminents de la communauté et des modèles de rôle parlent ouvertement du VIH/sida est une option efficace à utiliser dans le cadre d'une campagne. Plusieurs techniques différentes ont été soulignées, dont le fait de dispenser une éducation par l'entremise des médias communautaires, comme les postes de télévision autochtones, des émissions de radio et des affiches ou des présentoirs, ainsi que le fait d'intégrer des messages dans d'autres activités (p. ex., cours, danses, camps et activités sportives). Par exemple, pour ce qui est des campagnes axées sur les hommes d'âge adulte, il peut être utile d'intégrer les mesures de promotion à des activités axées sur le mieux-être ou à des tournois de golf; pour ce qui est des jeunes femmes, une option est de profiter des cours prénatals/postnatals.

Environ 13 % des répondants (coordonnateurs nationaux du programme et coordonnateurs régionaux) ont fait état de progrès considérable dans ce domaine (39 % ont fait état de quelques progrès et 48 % ont indiqué qu'il n'y en avait pas eu). Ces activités ont été axées sur un large

éventail de groupes, dont des dirigeants autochtones, des membres du personnel des soins de santé communautaires, les jeunes hommes et les jeunes femmes, les jeunes femmes enceintes et les personnes ayant contracté le VIH/sida ou directement touchées par cette affection. Parmi les exemples d'activités d'éducation et de sensibilisation figure des documents imprimés comme des guides d'enseignement et des affiches adaptés aux réalités culturelles, ainsi que des activités telles que la Semaine de la sensibilisation au sida, ou une pièce qui facilite la discussion sur le VIH/sida. Les activités de sensibilisation et d'éducation les plus efficaces ont été les ateliers sur le VIH/sida et les exposés faits en classe dans les écoles (voir le tableau 16).

Tableau 16 – Activités d'éducation et de sensibilisation les plus efficaces au sujet du VIH/sida

Activités d'éducation et de sensibilisation les plus efficaces au sujet des activités liées aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Ateliers sur les questions liées au VIH/sida	24 %
Exposés en classe, écoles de niveau primaire et secondaire	20 %
Documents de promotion adaptés aux réalités culturelles	11 %
Conférences et foires générales sur la santé	9 %
Soutien personnel en matière d'éducation et de counseling	8 %
Activités communautaires, comme : déjeuners, soirées, rassemblements, marches et semaines de sensibilisation au VIH/sida	6 %
Cliniques de sensibilisation, offrant un accès à des tests, des renseignements et des ressources confidentiels	4 %
Communications informelles, comme le bouche à oreille, les groupes de soutien et les forums	2 %
Distribution de condoms, de seringues, trousses pour seringues/objets coupants et pailles	2 %

Les facteurs clés qui entravent les progrès accomplis sur le plan de la communication avec les groupes difficiles à joindre sont surtout liés à un manque d'intérêt à l'égard des questions concernant les PDH/ITS (voir le tableau 17).

Tableau 17 – Perceptions du personnel de la santé communautaire au sujet des limites aux communications concernant le VIH/sida

Principaux facteurs entravant les progrès accomplis sur le plan de la communication avec les groupes difficiles à joindre	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Manque d'intérêt à l'égard des questions liées aux PDH/ITS	24 %
Inaccessibilité des services et relations inefficaces (priorités concurrentes, manque de fonds, heures d'ouverture ordinaires, roulement du personnel)	14 %
Stigmatisation associée à l'accès aux ressources et crainte de résultats de tests positifs	14 %
Manque d'activités éducatives et promotionnelles adaptées aux réalités culturelles	10 %
Difficultés à fournir des services aux communautés éloignées	9 %
Autres problèmes aggravants (p. ex., drogue, consommation abusive d'alcool, gangs, grossesses précoces, maladies mentales)	8 %
Idées fausses au sujet de la gravité et de la transmission du VIH/sida et des PDH/ITS	8 %
Manque de stratégies de rechange pour communiquer avec les communautés isolées (pas d'accès Internet, pas de téléphone)	5 %
Obstacles linguistiques	5 %

Principaux facteurs entravant les progrès accomplis sur le plan de la communication avec les groupes difficiles à joindre	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Pauvreté, mobilité élevée	2 %
Manque d'incitations pour augmenter le nombre de participants aux ateliers	2 %
Occasions restreintes de faire des tests de dépistage dans les réserves	2 %

Les groupes visés que les coordonnateurs nationaux et régionaux ont considérés comme les plus difficiles à joindre étaient les jeunes hommes adultes, âgés de 17 à 35 ans, qui, habituellement, n'obtiennent pas de soins de santé et se croient peut-être invulnérables. Les jeunes et les adultes très mobiles, qui se déplacent entre les réserves et les villes sont particulièrement difficiles à joindre parce qu'ils sont difficiles à suivre et, souvent, ne demandent pas de traitements ou n'y donnent pas suite. D'autres groupes considérés comme difficiles à joindre sont les adultes âgés de 35 à 60 ans, les dirigeants autochtones et les consommateurs de drogues injectables. Certains des facteurs qui entravent les progrès accomplis peuvent inclure les pénuries de personnel, les pénuries de fonds et les demandes concurrentielles concernant les services des infirmières en santé communautaire. Pour créer des relations avec les groupes visés, il a été suggéré d'offrir des mesures incitatives, des informations et des tests systématiques.

Apporter des changements dans les comportements à risque associés aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement (p. ex., relations sexuelles non protégées, partages de seringues, etc.). Les coordonnateurs nationaux et les coordonnateurs régionaux ont fait état de certains progrès (pour ce qui est de sensibiliser davantage les communautés aux méthodes de réduction de préjudices chez les jeunes et, surtout, chez les jeunes femmes autochtones). Cette sensibilisation accrue a été considérée comme un résultat des mesures d'éducation sur les habitudes de vie saines et les comportements à risque, ainsi que du fait de faire participer des jeunes à la conception et à la mise en œuvre des programmes.

Environ 11 % des répondants (coordonnateurs nationaux et coordonnateurs régionaux) ont fait état de progrès substantiels. Dans la mesure où il y a eu un effet, les activités qui ont eu le plus d'influence sur les comportements à risque sont celles qui consistent à distribuer des condoms et à les rendre plus disponibles, ou les activités d'éducation et de promotion menées dans les communautés (voir le tableau 18).

Tableau 18 – Activités efficaces ayant entraîné des changements de comportement en rapport avec le VIH/sida

Activités efficaces ayant changé les comportements à risque	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Distribuer des condoms, et s'assurer de leur disponibilité, à divers endroits (toilettes, pièces cloisonnées)	16 %
Activités d'éducation et de promotion dans les communautés	14 %
Sensibilisation aux VIH/sida et à la consommation de drogue (p. ex., seringues et de pailles pour une utilisation plus sécuritaire)	8 %
Exposés dans des écoles de niveau primaire et secondaire	4 %
Annonces efficaces, adaptées aux réalités culturelles	3 %

Activités efficaces ayant changé les comportements à risque	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Ateliers, conférences et foires sur la santé	3 %
Accès accru aux services de dépistage et disponibilité accrue de ces derniers	2 %
Mesures de counseling et de soutien personnel pour les clients touchés par le VIH/sida	2 %

Augmenter la disponibilité d'interventions basées sur des preuves, relativement aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement (p. ex., d'après une analyse des résultats de projets régionaux, des tendances relevées dans les données épidémiologiques et les conclusions de recherche obtenues dans le cadre d'autres filières de financement propres aux Autochtones). Six pour cent des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux) ont fait état de progrès substantiels sur le plan de l'échange de renseignements entre les bureaux nationaux, les partenaires régionaux et les responsables de l'élaboration des politiques, et le fait de travailler en collaboration étroite avec l'ASPC a permis de recourir à une approche davantage fondée sur des preuves. Les représentants ont notamment indiqué que le rapport d'activités que publie l'ASPC sur le sida chez les Autochtones aide à mieux comprendre la situation dans les réserves.

Les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont signalé que les renseignements obtenus dans le cadre d'activités de formation, d'ateliers et de conférences, ainsi que d'autres ressources comme le site Web de CATIE (portail canadien d'information sur le VIH et l'hépatite C) ont été utiles pour concevoir et fournir des services basés sur des faits concrets.

Augmenter les mesures de dépistage, d'éducation et de soutien pour les personnes vulnérables au VIH ou ayant contracté ce virus. Les coordonnateurs nationaux et les coordonnateurs régionaux ont fait remarquer que, au cours des trois dernières années, il y a eu une légère augmentation des tests de dépistage d'ITS et des mesures de soutien offert aux malades (p. ex., aide relative aux médicaments, transport pour obtenir les services, counseling) ainsi qu'une augmentation des activités d'éducation destinées au personnel de santé. Des progrès ont également été accomplis sur le plan des mesures de sensibilisation, de financement et de collaboration avec d'autres services de santé. Ces améliorations peuvent être attribuées à une plus grande disponibilité et un meilleur accès à des renseignements sur les ITS, au fait d'enseigner au personnel infirmier à fournir de meilleurs services de dépistage et de soutien, ainsi qu'à l'amélioration des voies de communication entre les autorités de santé régionales et la DGSPNI. Certains des facteurs qui ont limité les progrès généraux qui ont été accomplis comprennent les problèmes de dotation en personnel, la résistance de certaines communautés à discuter de problèmes liés au VIH/sida, la stigmatisation sociale, ainsi que les ressources restreintes qui sont disponibles localement pour les personnes atteintes.

Environ 16 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux) ont fait état de progrès substantiels dans ce domaine. Le pire problème qui limite les progrès accomplis est la stigmatisation existante dans les communautés à l'égard des PDH/ITS. C'est donc dire que l'élément clé pour aider ce groupe est peut-être la disponibilité de cliniques de sensibilisation offrant des mesures de dépistage et de counseling confidentielles.

Tableau 19 – Activités efficaces pour augmenter le dépistage, l'éducation et le soutien concernant le VIH/sida

Activités permettant d'augmenter les mesures de dépistage, d'éducation et de soutien pour les personnes vulnérables au VIH et atteintes de ce virus	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Disponibilité de cliniques de sensibilisation dotées d'un personnel qualifié capable d'offrir des tests de dépistage et du counseling confidentiels	18 %
Utilisation d'ateliers, de conférences et de foires sur la santé	6 %
Utilisation de documents promotionnels adaptés aux réalités culturelles	6 %
Distribution de condoms et de trousses pour seringues/objets tranchants	1 %
Activités de soutien mises en œuvre localement	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Ateliers	4 %
Conférenciers invités	4 %
Soutien personnel pour le personnel des soins de santé	4 %
Cercles d'échange/d'éducation	2 %
Discussions ouvertes	2 %

Augmenter la connaissance des maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement et réduire la stigmatisation au sein de la communauté ou des communautés en général. Les coordonnateurs nationaux et régionaux ont fait état de certains progrès pour ce qui est d'augmenter les connaissances et de réduire la stigmatisation. Environ 18 % des communautés ont fait état de progrès substantiels. Certains intervenants ont fait remarquer que les projets de sensibilisation, les conférences, les ateliers, les documents adaptés aux réalités culturelles et d'autres stratégies de santé menées dans la communauté au sujet du VIH/sida ont permis de discuter plus ouvertement des problèmes liés au VIH/sida parmi les membres de la communauté. Même si l'on ne dispose pas de données sur les taux de participation, certaines communautés ont signalé des augmentations dans le nombre de membres de la communauté participant à des programmes destinés à enseigner des habitudes de vie saines et à encourager les jeunes à mieux connaître les méthodes de transmissions du VIH/sida.

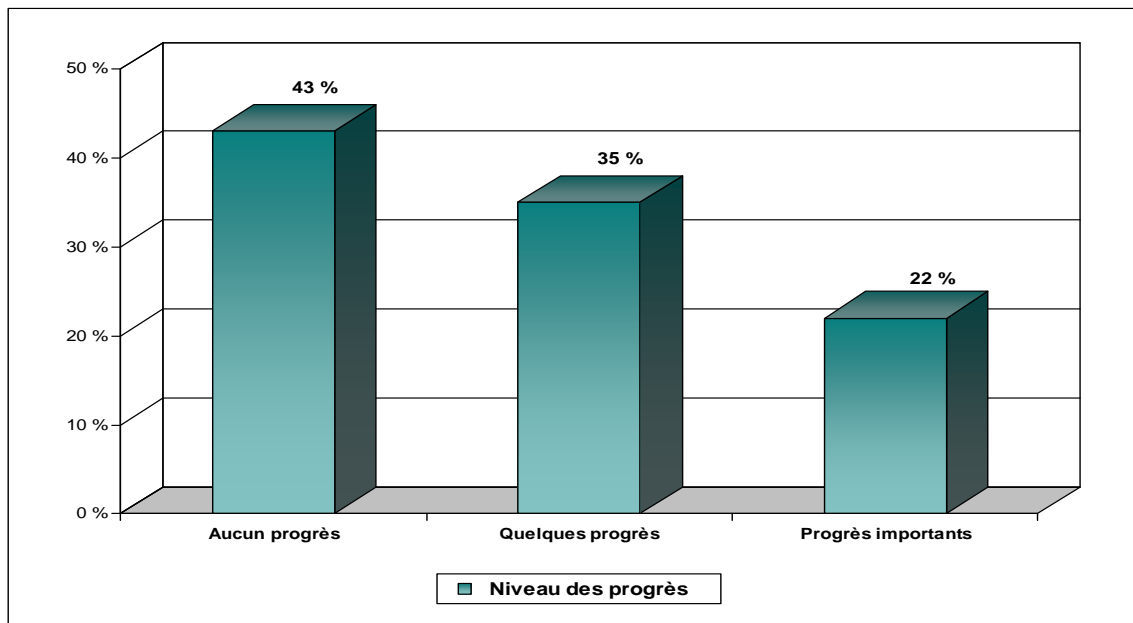
Réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang et des infections transmissibles sexuellement. Les coordonnateurs nationaux et régionaux n'ont pas signalé de progrès importants sur le plan de la réduction de l'incidence des maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement. Environ 10 % des communautés ont signalé des progrès importants. Si l'on garde à l'esprit les limites associées aux données (le statut ethnique est déclaré dans 30 % environ de tous les comptes rendus de tests VIH positifs), le nombre de tests VIH positifs déclarés chez les Autochtones ne s'est pas amélioré ces dernières années (les déclarations ont augmenté de 161 en 2003 à 174 en 2004, à 176 en 2005, à 198 en 2006, à 183 en 2007 et à 201 en 2008). Parmi les cas dans lesquels le statut ethnique a été déclaré, les Canadiens autochtones représentaient 25 % du nombre déclaré de tests VIH positifs. Les progrès, là où il y en a eu, ont été attribués aux activités d'éducation menées dans la communauté (p. ex., informations sur les pratiques sexuelles moins risquées), distribution de condoms, documents promotionnels et publicitaires adaptés aux réalités culturelles. Le manque de progrès a été imputé aux types de facteurs qui ont été antérieurement mentionnés et, dans certains cas, à la perception selon laquelle les taux d'infection étaient déjà faibles.

3. Même si des progrès ont été accomplis pour ce qui est d'améliorer la connaissance de la tuberculose, les taux d'incidence demeurent fort élevés par rapport à la population en général.

Les coordonnateurs nationaux et les coordonnateurs régionaux du programme de lutte contre la tuberculose, de même que les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont eu à évaluer dans quelle mesure des progrès avaient été accomplis au cours des trois dernières années en rapport avec les aspects suivants :

- augmenter les activités de sensibilisation et promouvoir une meilleure compréhension de la tuberculose;
- réduire l'incidence de l'infection tuberculeuse;
- déceler et diagnostiquer les cas d'infection tuberculeuse latente chez les personnes exposées à des cas de tuberculose active et éviter que la maladie se propage à d'autres membres de la communauté;
- améliorer le traitement des personnes atteintes de tuberculose active et de tuberculose latente;
- encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose.

Figure 15 – Progrès réalisés sur le plan de la sensibilisation à la tuberculose



Améliorer la sensibilisation à la tuberculose et mieux faire comprendre cette maladie.

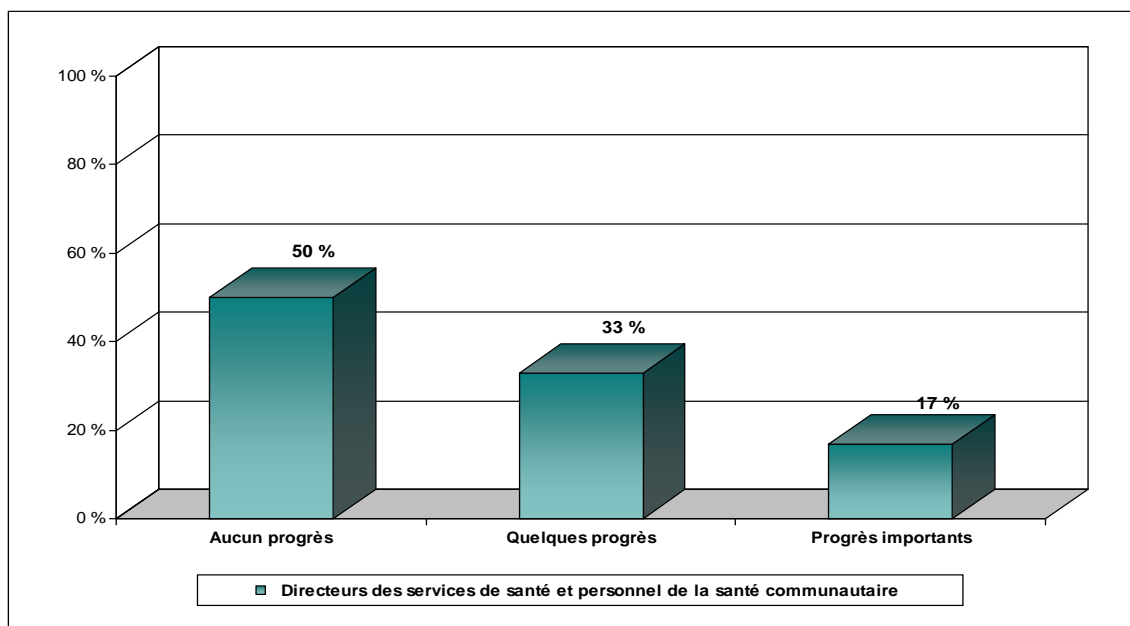
Comme on peut le voir à la figure 15, les répondants (directeurs des services de santé et infirmières en santé communautaire, et coordonnateurs nationaux et régionaux du programme) ont indiqué qu'aucun progrès n'avait été accompli dans les réserves au cours des trois dernières

années sur le plan de l'augmentation des activités de sensibilisation et de la promotion d'une meilleure connaissance de la tuberculose (à 43 %), tandis que le niveau « quelques progrès » a été signalé à 35 % et le niveau « progrès importants » a été signalé à 22 %. Des progrès ont été accomplis dans la réduction de la stigmatisation associée à la tuberculose ainsi qu'au dépistage, et les activités menant à ce niveau de progrès l'ont été fort probablement grâce à l'utilisation d'ateliers éducatifs (voir le tableau 20).

Tableau 20 – Augmentation du degré de sensibilisation et de connaissance de la tuberculose

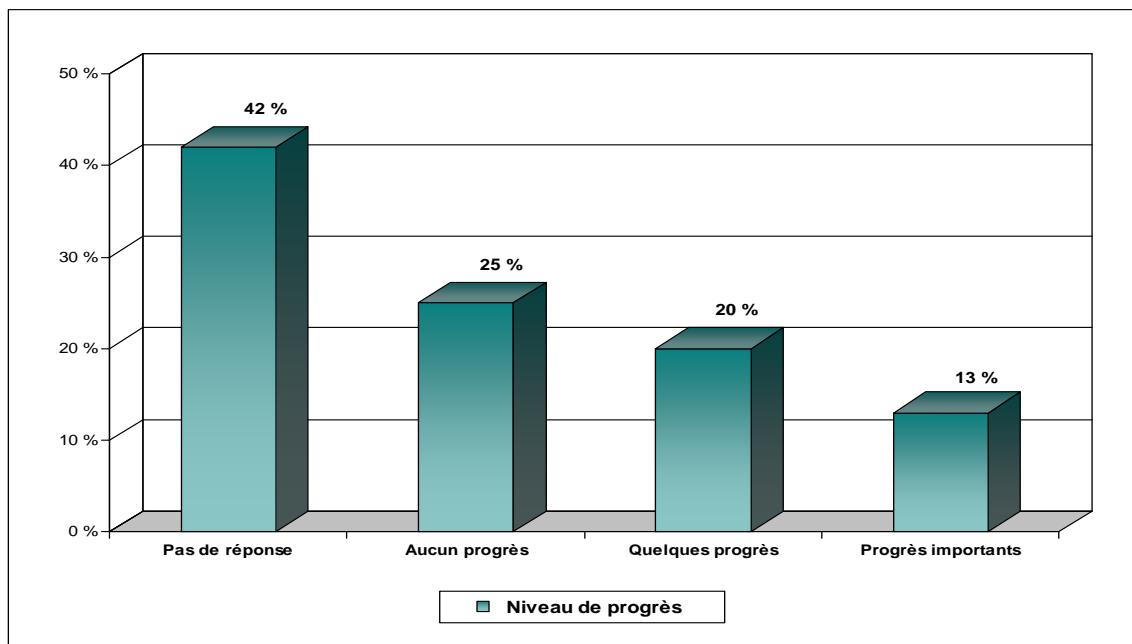
Progrès accomplis sur le plan de la sensibilisation et de la connaissance de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Réduction de la stigmatisation associée à la tuberculose et accent mis davantage sur l'importance du dépistage.	17 %
Participation accrue des membres de la communauté qui ont commencé à chercher activement des renseignements, des tests et des traitements.	10 %
Activités efficaces pour sensibiliser et promouvoir la connaissance de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Utilisation d'ateliers éducatifs dans les écoles, foires sur la santé, activités dans la communauté et vidéos informatifs	17 %
Augmentation des mesures de dépistage disponibles	8 %
Promotion de programmes adaptés aux réalités culturelles, comme des bulletins, des articles, des affiches et des brochures	7 %
L'amélioration des activités de formation et d'éducation destinées aux infirmières ainsi que l'augmentation du personnel ont aussi eu une incidence sur les progrès accomplis	6 %

Figure 16 – Progrès accomplis sur le plan de la participation aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose



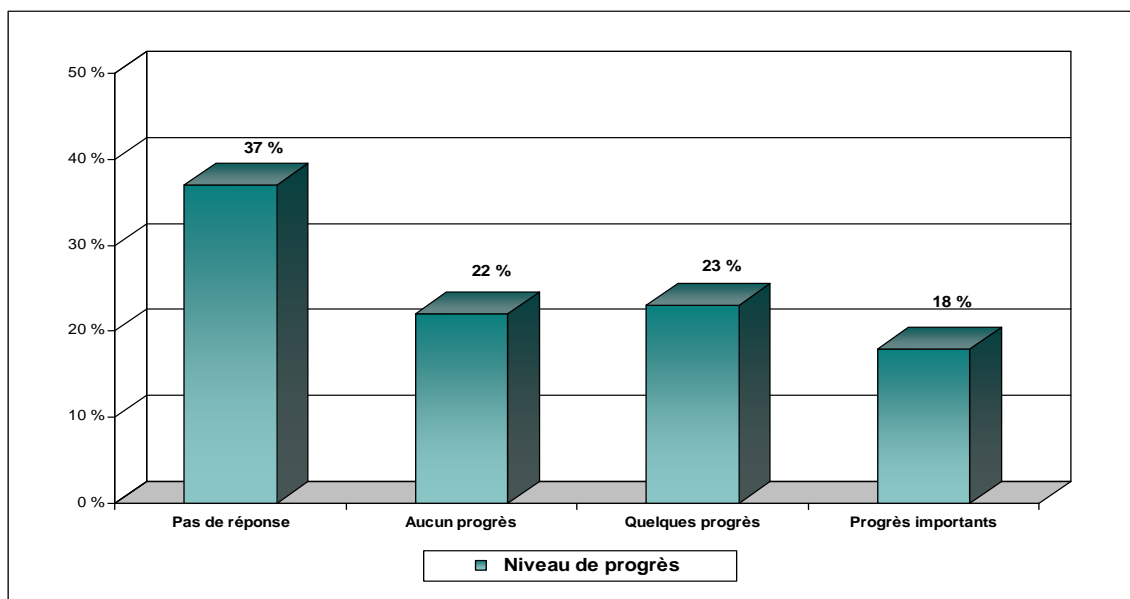
Comme l'indique la figure 16, les répondants (directeurs des services de santé et infirmières en santé communautaire, et coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont signalé qu'aucun progrès n'avait été accompli dans les réserves, au cours des trois dernières années, pour ce qui était d'encourager les membres de la communauté à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose (50 %), comparativement à quelques progrès accomplis (33 %) et à des progrès importants accomplis (17 %).

Figure 17 – Progrès accomplis sur le plan de l'amélioration du traitement de la tuberculose active et latente



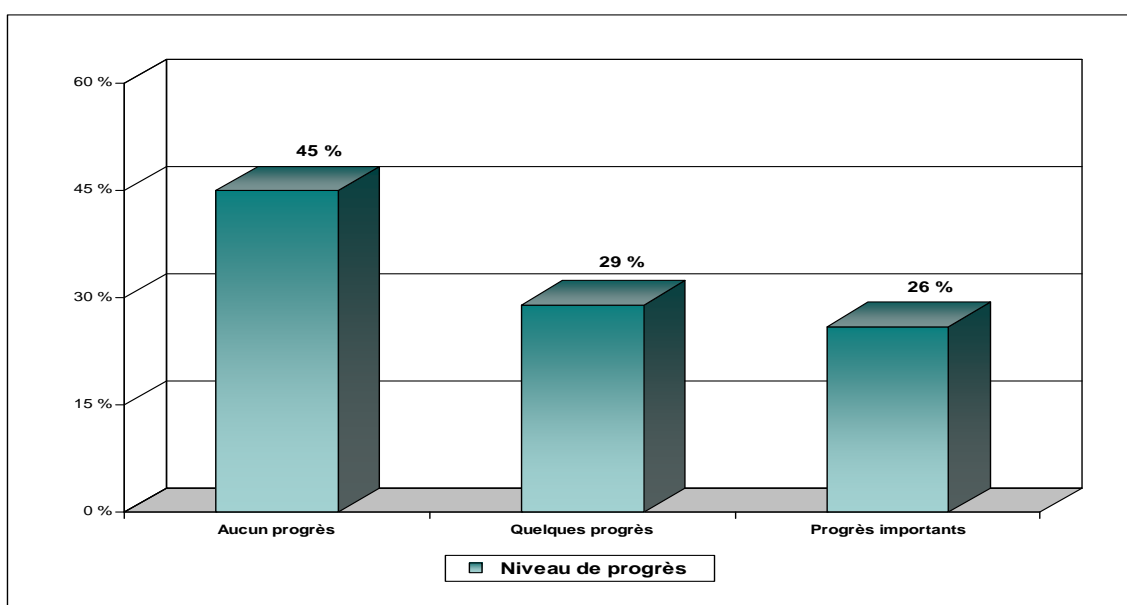
Comme on peut le voir à la figure 17, les répondants (directeurs des services de santé et infirmières de la santé communautaire, et coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont indiqué qu'aucun progrès n'avait été accompli dans les réserves au cours des trois dernières années sur le plan de l'amélioration du traitement des personnes atteintes de tuberculose active et latente (25 %); quant aux deux autres catégories (quelques progrès et progrès importants), les pourcentages signalés ont été de 20 % et de 13 %, respectivement. Le niveau de non-réponse des répondants a été de 42 %.

Figure 18 – Progrès accomplis sur le plan de la détection et du diagnostic de l'infection tuberculeuse



Comme l'indique la figure 18, les répondants (directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont indiqué que des progrès importants avaient été accomplis dans les réserves au cours des trois dernières années sur le plan de la détection et du diagnostic de l'infection tuberculeuse (18 %); quant aux deux autres catégories (quelques progrès et aucun progrès), les pourcentages étaient de 23 % et de 22 %, respectivement. Le niveau de non-réponse des répondants était de 37 %.

Figure 19 – Progrès accomplis sur le plan de la réduction de l'incidence de l'infection tuberculeuse



Comme l'indique la figure 19, les répondants (directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont indiqué qu'aucun progrès n'avait été accompli dans les réserves au cours des trois dernières années sur le plan de la réduction de l'incidence de la tuberculose (45 %); pour les deux autres catégories (quelques progrès et progrès importants), le niveau indiqué était de 29 % et de 26 %, respectivement.

Encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation liées à la tuberculose. Les coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme ont indiqué que des progrès avaient été accomplis dans ce secteur. Ils ont indiqué que les types de campagne qui sont habituellement les plus efficaces sont ceux qui traitent d'autres questions, qui sont adaptés aux réalités culturelles et qui sont conçus avec l'apport des communautés. Un exemple de cela serait une conférence annuelle. Les personnes ciblées par ces campagnes sont les membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits (jeunes, aînés, dirigeants et parents), le personnel de première ligne, les praticiens de la santé situés en dehors des réserves, les Autochtones mobiles et les personnes atteintes de tuberculose pédiatrique ou de comorbidités. On croit que les renseignements ont joint environ 20 % de la population ciblée. Les groupes visés qui sont habituellement les plus difficiles à joindre sont ceux qui sont mobiles (p. ex., les sans-abris, les groupes qui se déplacent entre les communautés et les villes), les adolescents, les praticiens de la santé situés en dehors des réserves et les consommateurs d'alcool ou de drogue.

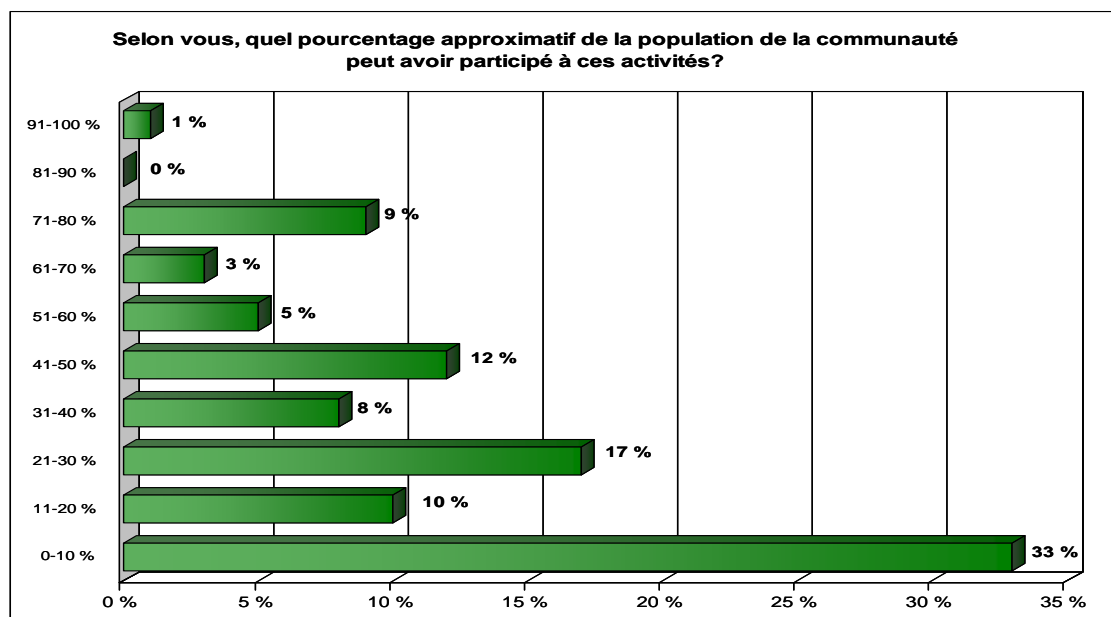
Environ 13 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont fait état de progrès substantiels, 35 % ont fait état de quelques progrès et 53 % ont fait état d'aucun progrès pour ce qui est d'encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation liées à la tuberculose. Le facteur le plus souvent mentionné pour ce qui est d'avoir une incidence sur les progrès accomplis dans ce secteur est les ateliers et les séances d'éducation tenues dans toutes les communautés (voir le tableau 21).

Tableau 21 – Activités les plus efficaces pour promouvoir la participation de la communauté à la lutte contre la tuberculose

Activités ayant une incidence sur les progrès avec lesquels les membres des groupes visés ont été encouragés à participer à des séances d'éducation et de sensibilisation à la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Ateliers et séances d'éducation	21 %
Campagnes de sensibilisation (p. ex., brochures, articles de bulletin, émissions radio et troussees d'information)	15 %
Disponibilité de renseignements lors d'activités communautaires (p. ex., foire sur la santé)	14 %
Personnel doté de renseignements à jour et ayant suivi une formation connexe	2 %

Il a été demandé aux directeurs des services de santé et aux infirmières en santé communautaire d'estimer le pourcentage de la population de la communauté qui avait pris part à des activités d'éducation et de sensibilisation. La majorité des répondants (33 %) ont eu l'impression que 10 % seulement des membres de la communauté avaient pris part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose. La figure 20 fournit plus de détails (tous les pourcentages ont été arrondis au chiffre significatif).

Figure 20 – Perception du personnel de la santé communautaire au sujet de la participation des communautés aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose



Le facteur qui limite le plus souvent le succès du programme est le manque d'intérêt à l'égard du problème/les problèmes concurrents (voir le tableau 22).

Tableau 22 – Obstacles à la participation aux activités d'éducation et de sensibilisation concernant la tuberculose

Facteurs limitant la participation des groupes visés aux activités d'éducation et de sensibilisation	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Manque d'intérêt/problèmes concurrents	18 %
Déni de la population à cause d'un manque de compréhension	10 %
Distance à parcourir pour se rendre aux centres de santé	9 %
Manque de documents adaptés aux réalités culturelles	4 %

Améliorer le traitement des personnes atteintes de tuberculose active ou latente. L'appui des régions envers les communautés et le soutien professionnel du coordonnateur du programme de lutte contre la tuberculose à l'endroit du personnel ont légèrement augmenté au cours des trois dernières années, selon les coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme. Les communautés qui disposent d'un programme d'encouragement alimentaire et où les relations sont bonnes peuvent encourager les membres à respecter la prise de leurs médicaments, tandis que celles dans lesquelles on relève un roulement élevé du personnel et des médecins qui changent constamment sont incapables d'obtenir le même résultat. Le Programme de lutte contre la tuberculose de la DGSPNI permet aussi un meilleur suivi et de meilleurs traitements. Les traitements sous observation directe, le programme d'évaluation des risques et de planification

communautaire stratégiques (SCRAP TB) et des campagnes d'éducation publique à la radio, ainsi que des kiosques sur la tuberculose et dans la communauté sont des exemples de traitements et d'activités de soutien qui sont mis en œuvre localement.

Environ 13 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont fait état de progrès importants, de quelques progrès (20 %) et d'aucun progrès (25 %), et 42 % n'ont donné aucune réponse au sujet de l'amélioration du traitement des personnes souffrant de tuberculose active et latente. La présence d'infirmières chargées du contrôle de la tuberculose et de travailleurs communautaires s'occupant des cas de tuberculose est le facteur le plus souvent mentionné dans les progrès accomplis, et le facteur le plus courant qui limite les progrès accomplis sur le plan des traitements est les caractéristiques des clients qui sont opposés à l'idée de recevoir des traitements (voir le tableau 23).

Tableau 23 – Activités relatives au traitement de la tuberculose

Activités ayant une incidence sur les progrès accomplis sur le plan du traitement de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Présence d'infirmières de contrôle et de travailleurs communautaires qui s'occupent de la tuberculose	9 %
Présence d'une surveillance étroite et d'un suivi des cas	5 %
Éducation sur l'importance du traitement	3 %
Degrés élevés de soutien régional (p. ex., protocoles, travailleurs, préposés aux TSOD, collectes de données)	1 %
Fournir des mesures incitatives pour respecter le traitement	1 %
Facteurs limitant les progrès accomplis sur le plan du traitement de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Caractéristiques des clients (p. ex., résistance au traitement à cause de sa durée, crainte de stigmatisation, toxicomanie, autre maladie, mobilité)	14 %
Communautés n'ayant pas la capacité de traiter convenablement la tuberculose	8 %
Systèmes de surveillance insuffisants	3 %

Déceler et diagnostiquer les cas d'infection tuberculeuse latente chez les personnes exposées à des cas de tuberculose active et prévenir la propagation de la maladie à d'autres membres de la communauté. De légers progrès ont été accomplis dans ce secteur selon les coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme à cause du soutien accordé par les régions au traitement des cas fortement atteints et de la recherche de contacts dans le cadre du groupe de programmes. L'amélioration de la coopération et de la collaboration entre les organismes gouvernementaux a aussi eu un effet positif sur la capacité des communautés à déceler et à diagnostiquer la tuberculose. Même si des progrès ont été accomplis dans certaines communautés, des facteurs tels que des priorités communautaires concurrentes, le manque et le roulement de personnel ainsi que le degré de mobilité des Premières nations ont restreint la capacité des communautés à déceler, diagnostiquer et prévenir la propagation de la tuberculose.

Environ 18 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont fait état de progrès importants, 23 % de quelques progrès et 22 % d'aucun progrès (37 % de non-réponse) sur le plan de la détection et du diagnostic de l'infection tuberculeuse latente dans les réserves au cours des trois dernières années. Ce sont les efforts faits pour éduquer les membres

de la communauté qui sont les activités ayant une incidence sur la détection et le diagnostic qui ont été le plus souvent mentionnés (voir le tableau 24).

Tableau 24 – Progrès accomplis sur le plan de la détection et du diagnostic de la tuberculose

Activités ayant une incidence sur les progrès accomplis sur le plan de la détection et du diagnostic de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Efforts faits pour éduquer les membres de la communauté	8 %
Tests de dépistage menés dans l'ensemble de la communauté (écoles et sur rendez-vous)	5 %
Suivis dans les cas où l'on encourage à respecter le traitement	4 %
Efforts faits pour augmenter le nombre de travailleurs spécialisés	4 %
Efforts faits pour améliorer les communications avec le Contrôle de la tuberculose, les hôpitaux et l'organisme de santé publique	2 %

Réduire l'incidence d'infection tuberculeuse latente. Les coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme ont le sentiment que fort peu de progrès ont été accomplis à ce jour pour ce qui est de réduire les taux d'incidence réels, soit parce que la communauté n'a pas connu d'éclosions de la maladie ces dernières années (c'est-à-dire qu'aucune amélioration n'était possible) soit parce que des éclosions de la maladie ont commencé ou se sont poursuivies. Les progrès qui ont été accomplis sont attribuables à un bon suivi des personnes ainsi que la connaissance du personnel de santé communautaire. Cependant, les progrès sont limités par des problèmes de capacité à l'échelon provincial (p. ex., pas de médecins, dotation en personnel instable), le manque de connaissances de la tuberculose par le système « hors réserve », les priorités concurrentes, les problèmes de surveillance, comme le manque de données fiables et l'insuffisance du financement des programmes contre la tuberculose. Chez les membres de la communauté, il y a les problèmes de la pauvreté, la stigmatisation associée à la maladie ainsi que la consommation abusive d'alcool ou de drogue. Les intervenants ont fait remarquer qu'en fait, dans certaines régions, les taux de tuberculose augmentent.

Environ 26 % des répondants (coordonnateurs nationaux et régionaux du Programme) ont fait état de progrès importants, 29 % de quelques progrès et 45 % d'aucun progrès pour ce qui était de réduire l'incidence de l'infection tuberculeuse latente dans les réserves au cours des trois dernières années. Comme il a été mentionné plus tôt, comparativement à la population canadienne dans son ensemble, l'incidence de la tuberculose est nettement plus élevée chez les Premières nations et les Inuits, et des éclosions sporadiques de tuberculose sont encore fréquentes au sein des communautés des Premières nations, surtout dans les endroits éloignés. Selon des données préliminaires qui ont été récemment rendues publiques, 1 600 nouveaux cas de tuberculose active ou ayant nécessité un nouveau traitement (un taux de 4,8 pour 100 000 habitants) ont été signalés en 2008 au Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT). Parmi ces cas déclarés en 2008, 341 étaient des Autochtones nés au Canada et, depuis 2004, le nombre de cas au sein de ce groupe a augmenté (voir le tableau 25).

Tableau 25 – Nouveaux cas de tuberculose active ou nécessitant un nouveau traitement

Nouveaux cas déclarés de tuberculose active ou nécessitant un nouveau traitement					
Année	2004	2005	2006	2007	2008
Autochtones nés au Canada	213	265	264	257	341

Les taux d'incidence révèlent le fardeau disproportionné de la maladie chez les Autochtones, qui semble s'être accrue par rapport aux années précédentes. Pour la population canadienne dans son ensemble, le taux des cas de tuberculose en 2008 semble inchangé, à 4,8 pour 100 000 habitants, par rapport à celui qui a été déclaré en 2007, mais il a quelque peu diminué par rapport au taux de 5,0 qui existait en 2004. Cette année-là, le taux total chez les Autochtones était 4,8 fois supérieur au taux canadien et 26,4 fois supérieur au taux des non-Autochtones nés au Canada. En 2008, le taux total relatif aux Autochtones était 5,9 fois supérieur au taux canadien, et 31 fois supérieur au taux des non-Autochtones nés au Canada. Même si le degré de progrès accomplis n'était pas important (11 %), ce sont les efforts de prévention qui sont les activités ayant eu une incidence sur les progrès accomplis sur le plan de la réduction de l'incidence de la tuberculose qui ont été les plus souvent mentionnés (voir le tableau 26).

Tableau 26 – Activités efficaces pour réduire l'incidence de la tuberculose

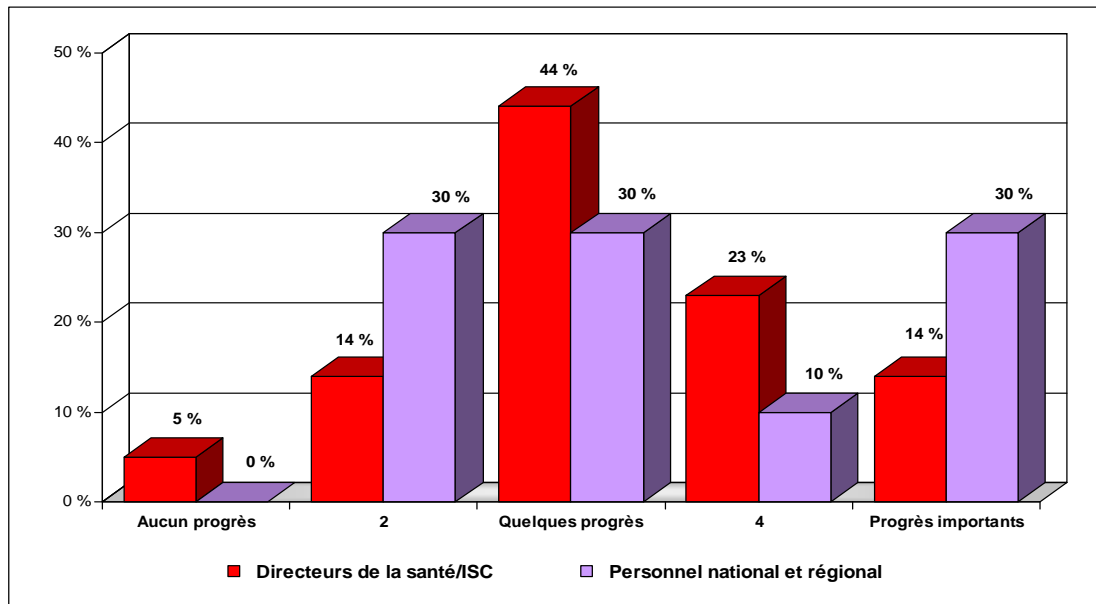
Activités ayant une incidence sur les progrès accomplis sur le plan de la réduction de l'incidence de la tuberculose	Personnel de la santé communautaire (n=247)
Efforts de prévention (p. ex., brochures, séances d'information, activités communautaires, visites dans les écoles)	11 %
Régularité accrue des tests de dépistage (particulièrement dans les écoles), et accent accru sur la détection précoce et le suivi	10 %
Amélioration des systèmes de surveillance	2 %

4. Dans l'ensemble, on considère que le groupe de programmes a accompli quelques progrès pour ce qui est d'améliorer les résultats de santé à long terme.

Comme l'indique la figure 21 :

- les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire ont fait état d'importants progrès accomplis dans les réserves au cours des trois dernières années **en vue d'améliorer les résultats de santé à long terme chez les résidents des communautés des Premières nations et des Inuits** (14 %), tandis que les pourcentages relatifs aux catégories « quelques progrès » et « aucun progrès » étaient de 44 % et de 5 %, respectivement;
- le personnel national et régional a fait état d'importants progrès réalisés dans les réserves au cours des trois dernières années **en vue d'améliorer les résultats de santé à long terme chez les résidents des communautés des Premières nations et des Inuits** dans une proportion de 30 %, tandis que pour les catégories « quelques progrès » et « aucun progrès », les pourcentages n'ont été que de 30 % et de 0 %, respectivement.

Figure 21 – Progrès perçus en vue d’améliorer les résultats de santé à long terme



On considère que des activités telles que les programmes d’éducation et de sensibilisation ont une influence positive sur les taux d’immunisation en ce qui concerne l’administration des vaccins systématiques et nouveaux, qu’ils améliorent la compréhension des maladies transmissibles, l’atténuation de la stigmatisation, la réduction des comportements à risque et une meilleure éducation des jeunes et des adultes quant à la façon de se protéger contre les ITS et le VIH, et l’augmentation des activités de dépistage, de tests et de soutien. L’établissement de rapports globaux concernant les Premières nations signifie qu’il est possible de suivre et de mesurer le rendement dans le temps. Même si ces résultats ne se reflètent peut-être pas encore dans les données disponibles sur les taux d’infection, on anticipe que le programme prévoie une diminution des taux.

Les personnes qui ont indiqué des pourcentages inférieurs ont fait remarquer que les progrès que le groupe de programmes peut accomplir sont restreints par l’influence limitée qu’il peut avoir sur des déterminants sociaux de la santé, comme la pauvreté et le logement, ainsi que par des contraintes sur le plan du financement et de la dotation en personnel. Certains ont signalé qu’il existe des problèmes particuliers qui sont associés au groupe de programmes, comme le fait de ne pas avoir assez de participation de la part des communautés, l’accent relatif qui est mis sur certains programmes (p. ex., pas assez d’importance accordée au programme de lutte contre le VIH/sida par opposition à d’autres programmes du groupe de CMT), et l’inefficacité de certaines activités de programme.

5. Parmi les trois programmes, c’est le programme d’immunisation qui est considéré par les intervenants de la santé communautaire comme ayant l’impact le plus marqué sur la santé de la communauté.

Les intervenants de la santé communautaire ont fait remarquer que les programmes ont encouragé plus de personnes de leur communauté à se faire vacciner, ont améliorés les connaissances des résidents sur les maladies transmissibles, leur ont permis de faire des choix éclairés et qui mèneront à une diminution des incidences des maladies.

Prise en charge par la communauté et capacité de cette dernière

Le groupe de programmes de CMT peut aider à renforcer les capacités des communautés en encourageant ces dernières à prendre davantage en charge leurs problèmes de santé et à faciliter l'acquisition de compétences liées aux maladies transmissibles grâce aux activités de formation et de renseignements pour les infirmières en santé communautaire et autres professionnels de la santé. Les principales constatations de l'évaluation au sujet du rôle crucial que jouent les infirmières en santé communautaire dans le cadre de l'exécution des programmes, l'efficacité de la formation qui leur est dispensée, et la mesure dans laquelle les communautés prennent en charge les questions qui les touchent sont les suivantes :

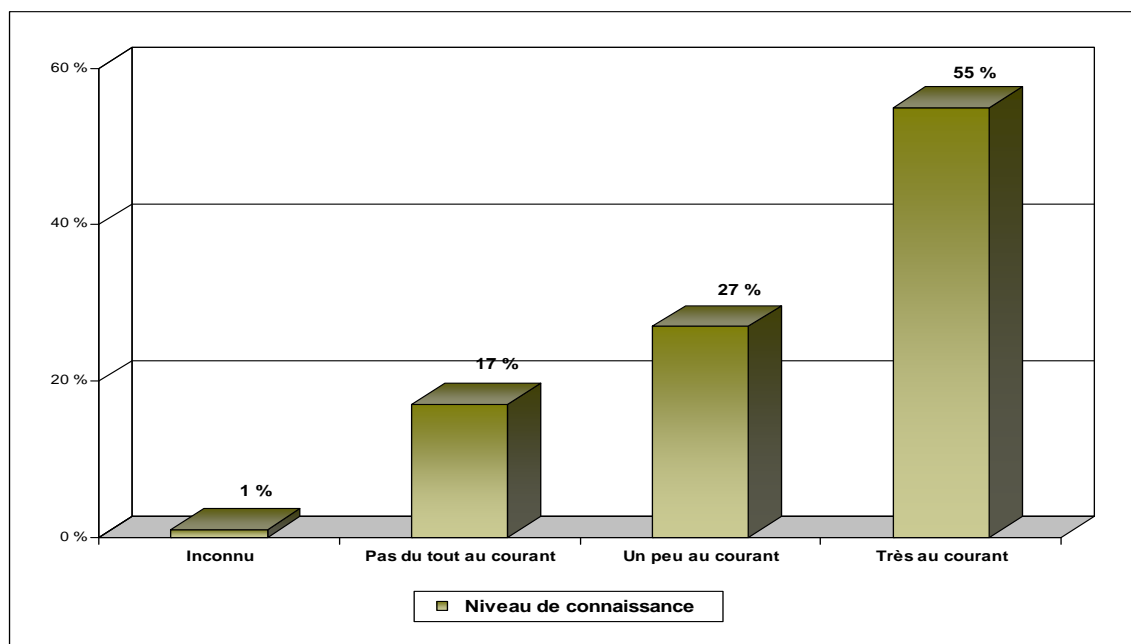
1. Les infirmières en santé communautaire jouent un rôle clé dans l'exécution des trois programmes.

Les résultats de notre sondage auprès des infirmières en santé communautaire et des directeurs des services de santé, ainsi que des représentants intervenants de la santé communautaire, indiquent ce qui suit :

Les infirmières en santé communautaire, les directeurs des services de santé et les intervenants de la santé communautaire connaissent bien chacun des trois types de programme, même dans les cas où la communauté ne reçoit pas de fonds directs pour l'exécution de ses programmes. Il a été demandé aux infirmières, aux directeurs et aux intervenants de la santé communautaire d'évaluer la connaissance qu'ils avaient des trois secteurs de programme de CMT.

Selon la figure 22, la majorité des répondants était très au courant (55 %) ou quelque peu au courant (27 %) du programme de lutte contre le VIH/sida, tandis qu'un nombre moindre (17 %) n'était pas au courant de ce programme.

Figure 22 – Connaissance des activités concernant le VIH/sida



Les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire sont habituellement actifs dans les trois secteurs, et consacrent proportionnellement plus de temps au Programme d'immunisation qu'aux programmes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose. Le CMT est un programme obligatoire et les éléments du groupe de programmes sont l'immunisation, le VIH/sida et la tuberculose. En moyenne, les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire ont indiqué qu'ils consacrent 35 % de leur temps aux activités d'immunisation, comparativement à 13 % aux activités relatives au VIH/sida et à 11 % aux activités relatives à la tuberculose (voir le tableau 27).

Tableau 27 – Pourcentage de temps consacré aux programmes (immunisation, tuberculose et VIH/sida) (n=247)

Secteur de programme	% moyen de temps consacré	Pourcentage des répondants					
		0 %-10 %	11 %-25 %	26 %-50 %	51 %-75 %	76 %-100 %	100 %
Immunisation	35 %	25 %	16 %	22 %	12 %	9 %	0 %
VIH/sida	13 %	58 %	19 %	4 %	1 %	4 %	1 %
Tuberculose	11 %	61 %	15 %	6 %	1 %	0 %	0 %

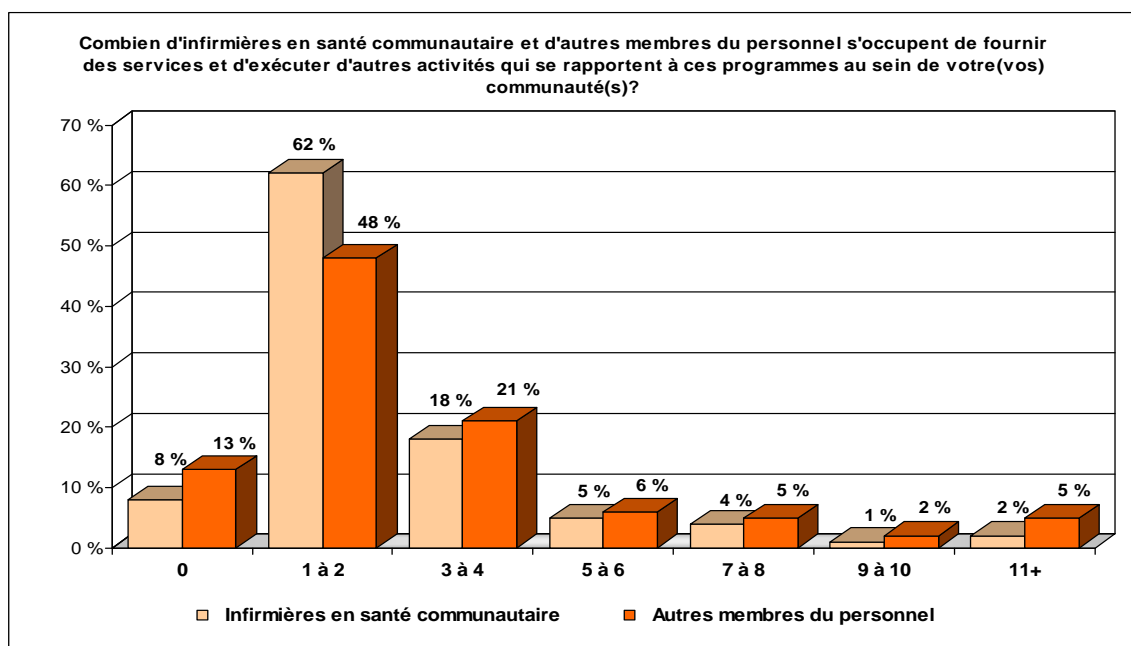
La répartition du temps variait un peu, selon le fait que l'infirmière était au service de la DGSPNI, travaillait pour une communauté directement financée dans le cadre d'un programme ou ne travaillait pas dans une communauté directement financée. Les infirmières au service de la DGSPNI ont indiqué qu'elles consacraient un pourcentage supérieur de leur temps à l'immunisation (47 %) par opposition à 32 %. Dans le même ordre d'idées, celles qui travaillaient dans une communauté directement financée dans le cadre du Programme d'immunisation ont indiqué qu'elles consacraient un pourcentage supérieur de leur temps à l'immunisation (47 % contre 31 %). D'importantes différences sur le plan de l'attribution du temps n'ont pas été relevées dépendamment du fait que les communautés recevaient une aide financière dans le cadre du programme de lutte contre le VIH/sida ou le programme de lutte contre la tuberculose, mais ces différences peuvent être liées à la façon dont les services d'immunisation sont fournis dans des communautés particulières.

Les infirmières en santé communautaire jouent un rôle clé dans l'éducation de leurs communautés au sujet des maladies transmissibles. Lorsque les coordonnateurs régionaux ont été demandés d'indiquer les activités clés qu'effectuaient les infirmières en santé communautaire dans leurs régions, ils ont indiqué les activités suivantes :

- mettre sur pied des ateliers éducatifs et des programmes de sensibilisation au public, promouvoir des pratiques de réduction de préjudices, organiser des cliniques de santé pour enfants, et planifier et exécuter des programmes destinés aux écoles et aux adultes;
- administrer des services et des procédures de santé, fournir des traitements de base et de références, procéder à des tests réguliers, surveiller l'évolution des traitements et gérer des aspects précis des programmes (p. ex., gestion des vaccins, suivi des contacts, dépistage au niveau préscolaire et scolaire, recherche de contacts);
- tenir à jour les dossiers, se tenir au courant des pratiques et des informations nouvelles, établir des rapports et déclarer des renseignements au besoin, et faire un suivi auprès de cas particuliers et des autorités régionales;
- administrer des services de counseling et informer des personnes sur les habitudes de vie saines, et s'occuper de la gestion de cas;
- rechercher des contacts.

Comme il est indiqué à la figure 23, la plupart des communautés représentées dans l'enquête ont indiqué que deux membres ou moins de leur personnel s'occupaient d'activités liées au groupe de programmes. Cependant, certains bureaux (p. ex., bureaux régionaux de Santé Canada ou bureaux de conseils tribaux de grande importance) servent une base plus vaste à partir de laquelle des infirmières en santé communautaire et d'autres membres du personnel peuvent également desservir un éventail plus vaste de communautés.

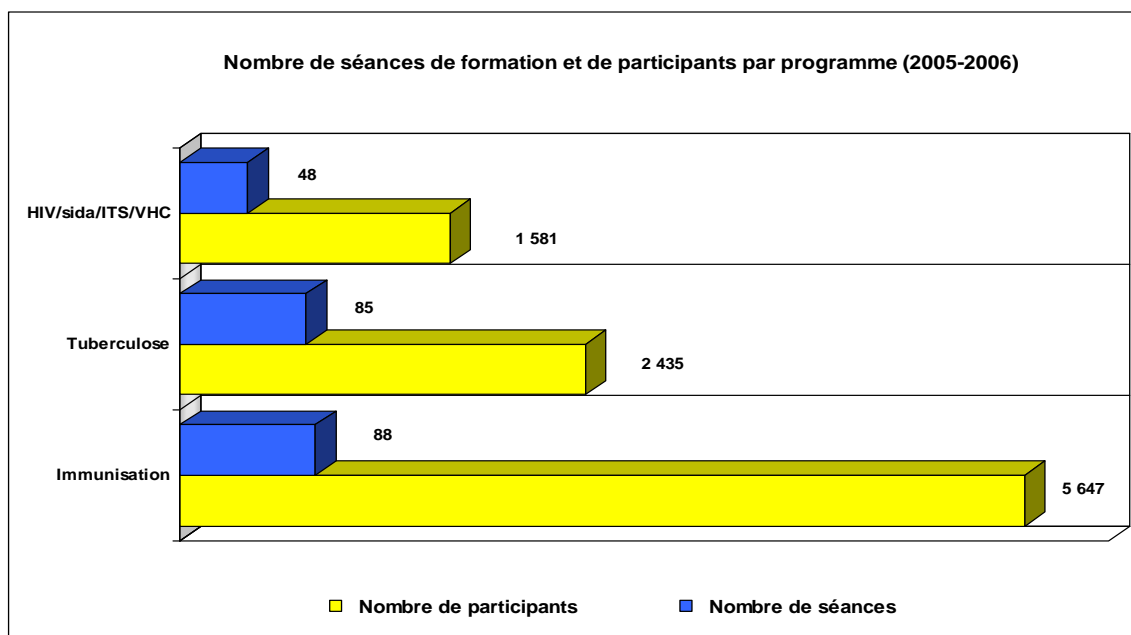
Figure 23 – Nombre d’infirmières en santé communautaire et autres membres du personnel s’occupant de la prestation de services



2. La plupart des infirmières en santé communautaire et directeurs des services de santé ont indiqué avoir suivi une forme quelconque de formation ou de perfectionnement professionnel par l’entremise du groupe de programmes, et la majorité de ces répondants ont indiqué qu’ils étaient très satisfaits de la formation reçue.

Soixante-six pour cent des infirmières en santé communautaire et des directeurs ont dit avoir reçue une formation. Selon les données tirées des rapports de rendement, plus de 200 séances de perfectionnement des compétences ont été organisées entre 2005-2006 et 2007-2008 et près de 10 000 personnes y ont participé. Le nombre de séances tenues et le nombre de participants par secteur de programme au cours de la période de trois ans examinée sont résumés à la figure 24. Chaque personne peut avoir participé à plus d’une séance. Il convient de signaler que les chiffres concernant le nombre des participants sont incomplet.

Figure 24 – Nombre de séances de formation et de participants par programme 2005-2006 et 2007-2008



Les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire suivent une gamme d'activités de formation, surtout des programmes d'accréditation, d'orientation et de formation. Le tableau 28 résume quelques types d'activités de formation et autres mesures de soutien liées à la capacité dont les régions ont fait état au cours de cette période.

Tableau 28 – Renforcement des capacités – types d'activités de formation et d'autres mesures de soutien

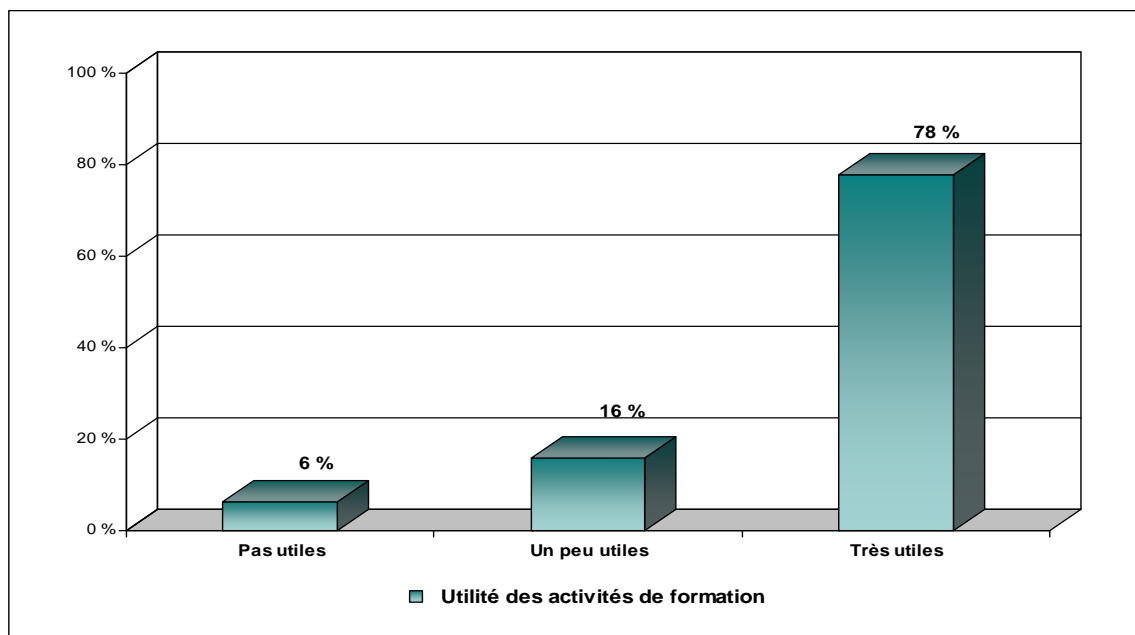
Types	Activités
Programme d'immunisation	
Conférences/téléconférences	<ul style="list-style-type: none"> • CMT/DGSPNI • Conférences et forums sur l'immunisation • Symposium international sur le pneumocoque et les maladies pneumococciques (SIPMP)
Programmes d'accréditation, d'orientation et de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'accréditation, y compris examens/processus • Séances d'orientation et de renforcement des compétences • Formation en matière de logiciels (logiciel Vaxin – système informatisé de collecte de données sur la vaccination) • Programmes de formation sur DVD (DVD – DVD sur le bien-être de l'enfant) • Programmes provinciaux (programme « <i>Do Bugs Need Drugs</i> » de l'Alberta) • Formation paraprofessionnelle (IPA, Programme d'aide préscolaire, BFI/BHC, RSC, etc.) • Activité d'éducation, de formation et de soutien concernant la gestion de la chaîne du froid • Démonstrations de nouvel équipement • Protocoles de stockage et de manutention des vaccins • Autres activités d'éducation permanente du personnel

Types	Activités
Programme d'immunisation	
Ateliers	<ul style="list-style-type: none"> • Immunisation de base (mythes, succès, innocuité des vaccins et impact dans les communautés) • Réseautage social • Impact sur la protection de la vie privée • Normes relatives à la chaîne du froid; gaspillage de vaccins et manière d'améliorer la gestion de la chaîne du froid
Manuels/trousses d'information/outils de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Affiches • Manuels d'immunisation régionaux (immunologie de base, renseignement sur les vaccins, recommandations générales, gestion de la chaîne du froid, etc.) • Protocoles d'immunisation • Ressources professionnelles (p. ex., le « Livre rose » CDC – « <i>Epidemiology and Prevention of Vaccine Preventable Diseases</i> ») • Trousses d'information/bulletins • Outils de suivi de vaccination • Outils et ressources de formation
Programme VIH/sida	
Conférences/téléconférences	<ul style="list-style-type: none"> • Conférences sur les soins infirmiers • Conférence autochtone sur le VIH sida/les ITS et le VHC • Conférence sur le virus de l'hépatite C • Conférences sur la santé sexuelle • Forums sur le leadership en matière de soins infirmiers
Programmes d'accréditation, d'orientation et de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en matière de counseling (avant et après les tests VIH) • Orientation en matière de soins infirmiers (survol du VIH, des tests et de la prévention) • Éducation relative au VIH • Pratique fondée sur des faits concrets et amélioration des activités de surveillance • Séances de formation en cours d'emploi • Plans d'apprentissage et perfectionnement professionnel du personnel • Formation adaptée aux réalités culturelles • Possibilités de formation, documents et mentorats auprès de membres de la communauté
Ateliers	<ul style="list-style-type: none"> • Ateliers de mise en œuvre de plans de travail • Ateliers portant sur les nouveaux renseignements (ITS, VIH/sida et réduction de préjudices)
Manuels/trousses d'information/outils de formation	<ul style="list-style-type: none"> • Outils de référence en soins infirmiers • Normes et protocoles concernant des services infirmiers de qualité • Manuels de politiques et de procédures • Options de dépistage des anticorps du VIH • Lignes directrices en matière de tests avant/après le counseling. • Guides sur les traitements, interprétation des résultats, renvois/suivis sur le plan médical et psychologique • Manuels sur les techniques de prévention • Stratégies de réduction de préjudices et contraception
Programme de la tuberculose	
Orientation/formation	<ul style="list-style-type: none"> • Séances d'orientation à l'intention du nouveau personnel infirmier • Formation du personnel spécialisé dans les communautés vulnérables • Mise au point des plans de formation en matière de CMT, en fonction de résultats d'étude • Familiarisation avec les politiques et les procédures provinciales en matière de tuberculose • Possibilités d'éducation locales en matière de CMT/tuberculose • Mise à jour d'informations scientifiques (prévention de la tuberculose, mesure de contrôle, traitement et observation) • Formation et éducation, compétences de base en matière de tuberculose • Éducation permanente pour les professionnels et personnel de la santé

Types	Activités
Programme d'immunisation	
Conférences	<ul style="list-style-type: none"> • Éducateurs en tuberculose • Prévention et contrôle de la tuberculose • Infirmière en santé communautaire • Conférence de l'Union internationale contre la tuberculose et les maladies pulmonaires (région de l'Amérique du Nord) (UICMTR-RNA)
Ateliers	<ul style="list-style-type: none"> • Planification du travail en matière de CMT • Réseautage social
Manuels/documents/examens	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluations des connaissances en matière de CMT • Ressources et documentation portant sur le CMT

Selon les infirmières en santé communautaire, les méthodes par lesquelles elles suivent le plus souvent une formation sont les téléconférences ou les vidéoconférences, ou en personne, dans le cadre de conférences, d'ateliers, des réunions, de foires et d'exposés. Quelques régions ont indiqué que certaines activités de formation étaient également dispensées sur place par la DGSPNI, par l'entremise de consultants embauchés à l'échelon régional. Parmi les autres méthodes figurent le courrier électronique ou les sites web de formation en ligne.

Figure 25 – Utilité des activités d'orientation ou de formation déclarées par le personnel de santé communautaire



Comme on peut le voir à la figure 25, la majorité des répondants (directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs régionaux), 94 % ont déclaré que les activités d'orientation ou de formation étaient très utiles, ou un peu utiles, pour les participants au programme.

Les coordonnateurs régionaux ont signalé que les activités de formation et d'orientation obtenaient des commentaires positifs de la part des participants et que les sujets de formation reflétaient les besoins particuliers que les infirmières avaient relevés (p. ex. VIH/sida; méthodes d'extension des services à la communauté; suivi des contacts). De plus, les séances d'orientation ont été considérées comme particulièrement utiles pour les nouveaux membres du personnel, car elles leur fournissent des renseignements sur le programme ainsi que sur leurs rôles et leurs responsabilités. Les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont indiqué divers moyens d'améliorer les activités de formation et d'orientation :

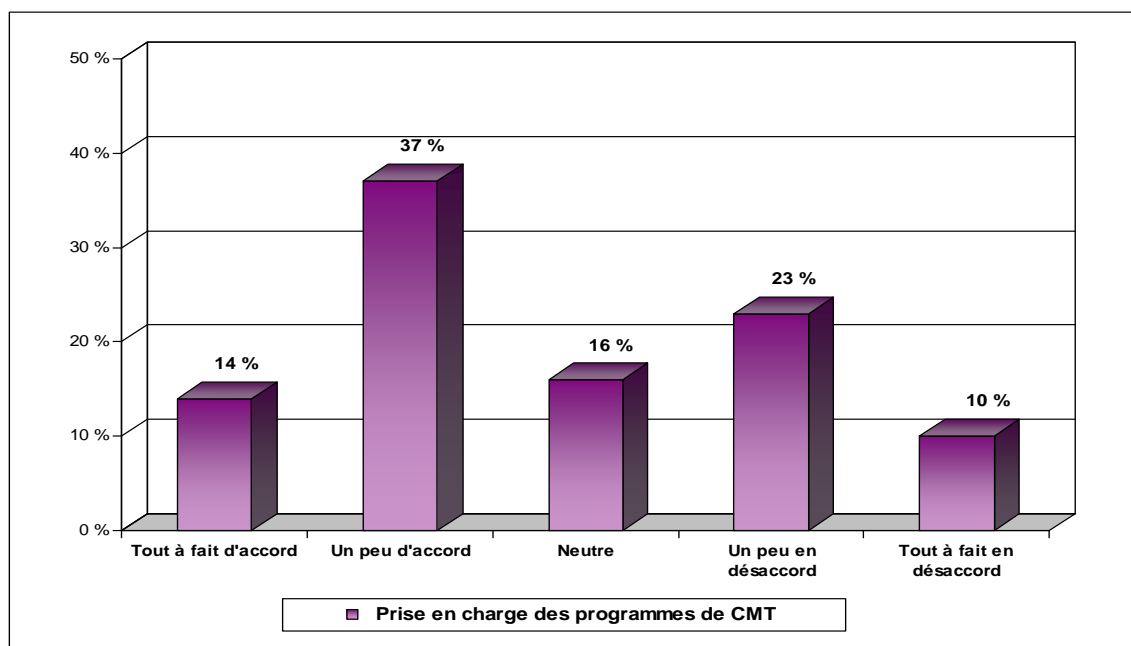
- s'assurer que la formation offerte convient également aux infirmières en offrant des ateliers en ligne, des vidéoconférences, des téléconférences, des webinaires ou des séances de formation locales;
- offrir des occasions de formation plus fréquentes et obligatoires et augmenter le nombre des séances de formation en prévoyant des séances de révision et des mises à jour plus courtes qui renforceraient les compétences que les personnes acquièrent;
- offrir un plus grand choix de programmes éducatifs et s'assurer que la formation dispensée est pertinente et pratique;
- assurer plus de soutien en personne, en recourant à des formules de jumelage/observation, de mentorat et de formation en personne;
- procurer au personnel de santé les ressources nécessaires pour assister à des ateliers, comme des fonds pour les déplacements et du personnel additionnel, afin d'assurer un appui lors des séances de formation;
- augmenter la disponibilité d'activités de formation axées précisément sur les programmes (VIH/sida et tuberculose).

Quand on a demandé aux directeurs des services de santé et aux infirmières en santé communautaire si elles avaient suffisamment de temps pour mettre en pratique leurs activités de formation, 70 % ont convenu qu'ils avaient eu assez de temps pour appliquer ce qu'ils avaient appris. Environ 19 % n'avait pas eu assez de temps pour mettre en pratique leur formation et certaines infirmières et certains directeurs ont fait remarquer qu'un manque de personnel, des priorités concurrentes au sein de leur centre de santé respectif et un manque de demande limitaient leur capacité de mettre en pratique la formation reçue.

3. Les directeurs des services de santé et les infirmières, de même que les coordonnateurs régionaux, ont émis des opinions partagées à savoir dans quelle mesure les communautés prennent en charge les problèmes de santé liés aux maladies transmissibles ainsi que les programmes connexes.

Il a été demandé aux directeurs des services de santé, aux infirmières en santé communautaire et aux coordonnateurs régionaux dans quelle mesure ils souscrivent à l'énoncé suivant : « la communauté a pris en charge ses problèmes et ses types de programmes ».

Figure 26 – Dans quelle mesure les communautés ont pris en charge les problèmes de santé et les programmes connexes



Selon la figure 26, la majorité des répondants (directeurs des services de santé, infirmières en santé communautaire et coordonnateurs régionaux) ont indiqué qu'ils étaient d'accord ou tout à fait d'accord dans une proportion de 51 %, et 33 % des répondants ont indiqué qu'ils étaient un peu en désaccord ou tout à fait en désaccord avec l'énoncé selon lequel la communauté a pris en charge les problèmes et les programmes de CMT.

Au nombre des indicateurs d'une prise en charge accrue dans certaines communautés sont inclus les niveaux de participation croissants aux programmes de sensibilisation, l'augmentation des taux d'immunisation et la participation accrue du personnel de la bande, du chef et du conseil à l'égard de la promotion et du soutien des programmes accomplis sur le plan de la sensibilisation et de l'éducation. À part l'efficacité des programmes eux-mêmes, certains des facteurs qui ont une incidence sur le niveau de prise en charge de la communauté comprennent les compétences du personnel des soins de santé locale (y compris les compétences interpersonnelles des infirmières et du directeur des services de santé), l'accent mis sur la participation de la communauté, le niveau de roulement du personnel, le nombre et la prévalence d'autres problèmes dans la communauté, le modèle de paiement de transfert dans le cadre duquel la communauté est financée, la mesure dans laquelle les dirigeants de la communauté appuient les programmes, de même que l'expérience antérieure de la communauté sur le plan des relations avec le gouvernement et sur celui des maladies transmissibles.

Au nombre des mesures que recommande le personnel de l'administration centrale et des régions pour promouvoir une plus grande prise en charge de la communauté sont inclus le fait d'intensifier la participation de la communauté à la planification et à l'exécution des activités, le fait d'étendre davantage les programmes d'éducation et de sensibilisation, le fait de fournir une rétroaction plus opportune et précise aux communautés individuelles sur les progrès accomplis à l'égard des taux d'immunisation, des taux d'infection et de la sensibilisation, et le fait de mieux coordonner et intégrer les activités de programme avec les activités des communautés, ainsi qu'avec les activités des autorités de santé régionales et du gouvernement provincial, et le fait de lier de manière plus directe le financement aux extrants et aux résultats.

Impacts et effets imprévus

Fort peu d'impacts et d'effets imprévus ont été relevés lors de la recherche. Un impact marqué qui a été relevé est le fait que les activités du groupe de programmes ont aidé à préparer les régions et les communautés à faire face à des impacts importants. La campagne de vaccination massive qui eut lieu avec succès lors de l'épidémie de grippe H1N1 a démontré que la DGSPNI a amélioré les efforts de coordination et rehaussé les capacités des communautés à réagir en cas de pandémie. Le degré élevé de coordination a contribué à réduire l'incidence de la maladie et à réduire le gaspillage de vaccins.

VI EFFICIENCE ET ÉCONOMIE

Cette section résume les constatations concernant l'efficacité et l'économie du groupe de programmes de CMT, de même que les possibilités d'amélioration. Il est important de situer le contexte de la présente évaluation qui se rapporte à l'efficacité et aux économies par rapport à la Politique sur l'évaluation du gouvernement du Canada (GC) d'avril 2009. La stratégie d'évaluation du groupe de programmes de CMT et la demande de proposition ont été conçues avant la récente Politique sur l'évaluation du GC (avril 2009). C'est donc dire que des exigences précises concernant la définition et l'opérationnalisation de l'analyse axée sur l'efficacité et l'économie n'ont pas été établies pour l'évaluation du groupe de programmes. En outre, le CGRR concernant le groupe de programmes (2007) a été mis en œuvre avant l'entrée en vigueur de la Politique sur l'évaluation du GC, et ne définissait pas les mesures de rendement, les définitions ou les indicateurs se rapportant à l'efficacité et à l'économie.

La politique sur l'évaluation du GC définit la démonstration de l'efficacité et des économies comme une évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et aux progrès accomplis à l'égard des résultats attendus. Dans le domaine des activités du groupe de programmes et de celles de la DGSPNI en général, il y a des difficultés considérables à mesurer l'efficacité et l'économie en fonction d'éléments de comparaisons véritables, de solutions de rechange et d'attributions, ainsi qu'à quantifier un grand nombre de résultats.

Facteurs ayant une incidence sur l'efficacité et l'économie

Le tableau 29 illustre le pourcentage des accords de contribution par type de modèle de financement, entre l'année financière 2005-2006 et l'année financière 2008-2009. Cela n'inclut que les communautés des Premières nations et des Inuits et uniquement les accords liés au CMT. Comme les données l'indiquent, l'année financière 2008-2009 est la première année dans laquelle les nouveaux accords de financement ont été mis en œuvre. De ce fait, l'impact et les avantages de l'approche du groupe de programmes ou des modèles de financement ne peuvent pas être déterminés à ce stade-ci. Tant que l'approche du groupe de programmes ne sera pas tout à fait opérationnalisée, il sera peut-être difficile de rendre compte dans quelle mesure les résultats ont été atteints ou de déterminer l'impact sur les communautés des PNI.

Tableau 29 – Accords de contribution liés au CMT par modèle de financement

Modèle de financement	Année financière 2005-2006	Année financière 2006-2007	Année financière 2007-2008	Année financière 2008-2009
Accords de financement des Premières nations du Canada	2,51 %	2,46 %	2,78 %	1,15 %
Accord de contribution consolidé	49,30 %	49,51 %	49,77 %	14,75 %
Accord intégré	27,30 %	30,54 %	31,48 %	19,35 %
ONG – accord de contribution consolidé	3,90 %	3,45 %	3,70 %	1,61 %
Accord de gestion conclu avec une tierce partie	0,28 %			
Transfert	16,71 %	13,79 %	11,57 %	11,75 %
Plan de santé souple (PSS)		0,25 %	0,23 %	
Accord transitoire			0,46 %	11,52 %
Entreprise – communautaire – fixe				0,46 %
Entreprise – communautaire – transitoire				0,23 %
Entreprise – projets – fixe				2,07 %
Modèle flexible de transfert				0,46 %
Plan de santé souple (PSS)				0,46 %
Fixe				36,18 %

La littérature étaye la théorie selon laquelle la gestion, la prise en charge et la décentralisation locales des services de santé améliorent considérablement les résultats de santé. En outre, la recherche a établi qu'une corrélation existe entre une gestion locale accrue et l'influence exercée sur les services de santé. Il ressort de la recherche que l'impact sur les résultats de santé est non seulement considérablement amélioré, mais aussi de longue durée.

La souplesse que procurent aux bénéficiaires les nouveaux accords de financement est étayée par la nouvelle structure d'autorisations de programmes de la DGSPNI. Au sein d'une autorisation de programme, les programmes et les initiatives sont structurés en éléments ou en groupes de programmes, ce qui donne lieu à une planification simplifiée et à un établissement de rapports par groupe de programmes, plutôt que par programmes distincts. En outre, les modalités des autorisations de programme offrent diverses options quant au niveau de souplesse qu'ont les

bénéficiaires pour ce qui est d'utiliser les fonds excédentaires et de réattribuer les fonds dans et parmi les programmes, les groupes de programmes et les autorisations. Le niveau de souplesse est fondé sur la capacité démontrée d'un bénéficiaire en matière de gestion de programmes et de gestion financière. Les nouveaux modèles de financement (fixe, transitoire, flexible et transfert flexible) sont introduits graduellement, au moyen d'une approche axée sur le renforcement des capacités. Le continuum du contrôle va d'une prestation directe par la DGSPNI à l'administration autonome.

En conséquence, l'efficacité et l'économie, dans le contexte de la DGSPNI, peuvent être définies comme la progression des communautés des PNI vers les ententes flexibles de transfert. Plus la source de contrôle communautaire est grande, plus le groupe de CMT et les programmes sont efficaces et économiques sur le plan de la réalisation des résultats. En outre, la souplesse dont on dispose pour l'utilisation des fonds en fonction des besoins démontre une optimisation des ressources, car on ne gaspille pas d'argent pour des programmes qui ne sont pas nécessaires ou qui pourraient être contre-productifs. Cependant, à ce stade-ci, à cause du manque de données longitudinales, cela ne peut pas être évalué. Par conséquent, l'année financière 2008-2009 peut servir de niveau de référence pour les années futures.

Pour ce qui est de mesurer l'efficacité et l'économie des programmes de CMT, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a suggéré d'examiner l'efficacité technique et l'attribution des ressources.

L'efficacité technique désigne habituellement le fait d'obtenir le résultat maximum à partir d'une quantité physique donnée d'intrants ou, subsidiairement, d'utiliser le niveau minimal d'intrants requis pour atteindre un niveau donné d'extrants⁶².

L'efficacité attributive (ou allocative) désigne habituellement la *combinaison et la répartition* correctes de programmes ou de services. Il s'agit de l'équilibre entre les formes différentes et correctes de promotion de la santé, et il s'agit de l'équilibre entre les formes correctes de soins de santé et de promotion de la santé; il serait possible aussi d'obtenir de meilleurs résultats en faisant plus d'une chose et moins de quelque chose d'autre⁶³. Comme il a été mentionné dans la section « limites » de l'analyse portant sur l'efficacité et l'économie, l'attribution des programmes de la DGSPNI présente des difficultés, car il y a de nombreux autres fournisseurs de fonds et de services aux PNI vivant dans les réserves qui traitent des mêmes ou autres déterminants de la santé. Les individus ont peu de chance d'être capables de contrôler directement un grand nombre des déterminants de la santé. Santé Canada a relevé douze déterminants de la santé : 1) le revenu et le statut social, 2) l'emploi, 3) l'éducation, 4) les environnements sociaux, 5) les environnements physiques, 6) le développement sain des enfants, 7) l'hygiène de vie et les capacités d'adaptation personnelles, 8) les services de santé, 9) les réseaux de soutien social, 10) la biologie et le bagage génétique, 11) le sexe et 12) la culture.

⁶² Guide d'évaluation économique des programmes de promotion de la santé, OMS.

⁶³ Guide d'évaluation économique des programmes de promotion de la santé, OMS.

De plus, la nature des programmes de la DGSPNI sur le plan de la prestation des services ne permet pas de déterminer la combinaison de programmes de prévention et de promotion, ni la capacité d'évaluer le lien de causalité entre la combinaison de programmes et des résultats précis à l'échelon des communautés. La théorie qui sous-tend la totalité des programmes de la DGSPNI est que la combinaison de programmes est fondée sur les besoins de la communauté et déterminée par cette dernière. Les besoins, suivant la perspective, peuvent être ceux qui sont ressentis ou perçus par un individu; ceux qu'exprime un individu par les gestes visant à atténuer le besoin, comme le fait de consulter un médecin, ceux qui s'écartent d'une norme; par exemple, l'insuffisance pondérale à la naissance est définie comme un poids de moins de 1 500 grammes; ou ceux qui se comparent défavorablement aux conditions qui ont cours dans la société en général; par exemple, des taux d'infection tuberculeuse supérieurs et des taux de diabète supérieurs par rapport au reste du Canada. Aucune perspective unique des besoins n'est plus cruciale. Étant donné que ces perspectives peuvent mener à des impressions nettement différentes en terme de besoins qui existent dans une communauté quelconque, il est nécessaire d'évaluer plus d'une perspective si l'on veut créer un tableau composite des besoins des communautés⁶⁴. Cependant, compte tenu des limites que présentent les données recueillies au cours de la période visée par l'évaluation des programmes (2005-2006 à 2007-2008), ce niveau d'analyse n'était pas possible.

Lors de l'examen de la documentation, du recensement des écrits et des entretiens préliminaires, une série de facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'efficacité et l'économie du groupe de programmes ont été relevés :

- les processus en place pour attribuer les fonds;
- le roulement du personnel;
- le soutien assuré par les bureaux régionaux aux communautés;
- le soutien assuré par le bureau national aux bureaux régionaux;
- la qualité avec laquelle le groupe de programmes de CMT sont définis, sur le plan de leurs objectifs, leurs groupes visés, leurs activités et leurs responsabilités;
- la souplesse des programmes;
- le degré de coordination avec d'autres programmes;
- le niveau de gaspillage de vaccins;
- les modèles de financement qui sont en place;
- la dotation en personnel et les autres ressources disponibles;
- les progrès accomplis à ce jour à l'égard de la mise en œuvre de l'approche du groupe de programmes.

⁶⁴ Planning a Health Needs Assessment: The basic choices.

Les constatations de l'examen de la documentation et des recherches sur le terrain en rapport avec ces facteurs sont les suivantes:

1. Des stratégies différentes sont utilisées dans les trois programmes pour attribuer les fonds aux régions, et les opinions concernant l'efficacité de ces processus sont partagées.

Les bureaux régionaux de la DGSPNI établissent des plans de travail annuels qui sont présentés pour financement au bureau national. Les coordonnateurs régionaux, travaillant avec les gestionnaires et d'autres bureaux, établissent habituellement le plan de travail. Le bureau national attribue les fonds en fonction des plans de travail présentés et de la disponibilité des ressources, sauf dans le cas des programmes de lutte contre le VIH/sida et la tuberculose, dont les fonds sont attribués aux régions en appliquant une formule qui tient compte du financement historique, de la taille de la population, du fardeau de la maladie, de la vulnérabilité de la population, ainsi que de l'éloignement des communautés. Une fois que le bureau national a approuvé le plan de travail, les bureaux régionaux commencent à mettre en application les activités exposées dans le plan. Le ou les bureaux régionaux conserveront une partie des fonds en vue de payer leurs propres activités et de fournir un certain nombre de services directs. Ils concluent également des accords de contribution avec des communautés et d'autres partenaires d'exécution. Certains des fonds sont conservés par le bureau national, qui finance des activités de programme d'envergure nationale ainsi que ces propres accords de contribution.

Quand on a demandé aux coordonnateurs régionaux des programmes d'immunisation et de lutte contre le VIH/sida s'ils étaient d'accord pour dire que le processus actuel d'attribution des fonds aux communautés est efficace, 22 % des intervenants ont indiqué qu'ils n'étaient pas d'accord avec l'énoncé, tandis que 29 % ont indiqué qu'ils y souscrivaient d'une certaine façon. Treize pour cent ont indiqué qu'ils n'étaient ni d'accord ni en désaccord et 40 % ont déclaré qu'ils ne le savaient pas (tous les chiffres ont été arrondis à des chiffres significatifs).

Les préoccupations exprimées en ce qui concerne le système existant ont été axées sur la quantité de temps qui est consacrée à l'établissement et à l'examen des propositions, à attribuer des fonds et à administrer les accords, de même que sur l'équité du système existant (p. ex., les chiffres sur la population pour l'attribution des fonds relatifs au VIH/sida sont souvent inexacts, et les fonds ne tiennent pas suffisamment compte de situations uniques, comme la taille ou l'éloignement des communautés, ce qui a un impact sur les ressources requises).

La DGSPNI ne fournit pas directement les services de santé au niveau des communautés. Par l'entremise des organisations régionales, la DGSPNI attribue des fonds aux communautés et à d'autres organismes au moyen d'accords de contribution. De ce fait, le niveau de rapport se limite à l'activité en question, comme l'immunisation, la tuberculose et la prévention du VIH/sida. Cependant, aucun autre détail n'est fourni et, dans certains cas, suivant le modèle de financement, les fonds peuvent être réattribués comme la communauté le juge indiqué. De plus, la population visée est unique et il n'existe aucun groupe de comparaison véritable pour mesurer l'impact, ni de véritables solutions de rechange pour procéder à une analyse comparative.

Le CMT n'est qu'un des groupes de programmes qui finance l'exécution de programmes dans les communautés et il y a d'autres ministères, comme AINC, et d'autres organismes non gouvernementaux qui octroient des fonds additionnels. Il est donc difficile de mesurer l'attribution à cause du nombre d'autres programmes complémentaire et d'autres sources de financement.

2. Les taux élevés de roulement du personnel augmentent les coûts de formation et réduisent l'efficacité des activités aux trois niveaux du groupe de programmes.

Le roulement du personnel est un phénomène qui a touché les trois niveaux de programmes, et les taux sont particulièrement élevés aux niveaux nationaux. Les personnes qui ont pris part à l'évaluation étaient habituellement celles qui ont le plus d'expérience (p. ex., les personnes récemment embauchées sont plus susceptibles de refuser de participer parce qu'elles estiment qu'elles ne sont pas encore bien placées pour formuler des commentaires). Néanmoins, le pourcentage de personnes qui participe au programme depuis deux ans ou moins variait de 80 % des personnes interrogées à l'échelon national à 25 % chez les infirmières en santé communautaire et les directeurs de services médicaux, à 40 % au niveau régional et à 44 % chez les intervenants de la santé communautaire.

De ce fait, plus des deux tiers des coordonnateurs nationaux et régionaux ont exprimé leur désaccord (dont 54 % se sont dits tout à fait en désaccord) avec l'énoncé selon lequel le taux de roulement du personnel de santé à l'échelon national, régional et communautaire est relativement faible. Quinze pour cent sont tout à fait d'accord ou quelque peu d'accord avec l'énoncé précédent, et 11 % ne sont ni d'accord ni en désaccord.

Le roulement peut avoir un effet négatif marqué sur l'efficience et l'efficacité du groupe de programmes, à cause des facteurs suivants :

- la perturbation des programmes et des soins aux malades (il en résulte souvent que les programmes ne sont pas exécutés avant que le poste soit comblé et qu'une formation ait été dispensée ou qu'il faut recourir à des options plus coûteuses, comme des entrepreneurs ou des travailleurs occasionnels pour combler les lacunes jusqu'à ce qu'on ait trouvé un remplaçant permanent);
- la perte de connaissances propres à l'institution et au niveau corporatif;
- les coûts accrus qui sont associés aux activités de formation et d'orientation;
- la perte de relations entre les partenaires régionaux et nationaux et au sein de la communauté.

Diverses stratégies peuvent être appliquées pour régler les problèmes associés aux postes vacants. Quand on leur a demandé d'indiquer certains des facteurs qui contribuent à des taux de roulement supérieurs aux taux souhaités, les membres du personnel national et régional ont indiqué ce qui suit :

- la rémunération (p. ex. les salaires des infirmières communautaires ne sont pas concurrentiels et inférieurs à ceux que gagnent les infirmières au service des gouvernements provinciaux);
- le manque de soutien et d'appréciation du personnel (le sentiment que le personnel n'est pas valorisé);
- les problèmes d'organisation, de gestion ou de leadership, y compris le fait de ne pas prendre acte des problèmes ou d'y donner suite;
- les conditions de travail difficiles, y compris les facteurs tels que l'éloignement de la communauté, les pénuries de personnel infirmier, ainsi que les problèmes de santé et sociaux de la communauté;
- les lourdes charges de travail, ce qui donne lieu à de longues heures de travail pour le personnel infirmier et est une cause d'épuisement professionnel;
- les niveaux de stress élevés;
- de mauvaises méthodes de recrutement.

3. Les informations, l'aide, le soutien et les directives que fournissent les coordonnateurs nationaux et les coordonnateurs régionaux contribuent au fonctionnement efficient du groupe de programmes.

Selon l'examen de la documentation et les entretiens menés, les types d'information, d'aide, de directive et de mesures de soutien que fournit l'administration centrale se composent principalement des éléments suivants :

- l'accès à des informations et à des ressources (allant de rapports de recherche et d'une expertise spécialisée en matière de programme ou d'épidémiologie à des informations sur les normes et les lignes directrices);
- des conseils, des directives et une aide au sujet des budgets, des plans de travail, de l'établissement de rapports, de l'élaboration de politiques et d'évaluations.

Quand on leur a demandé d'évaluer leur satisfaction à l'égard des informations, de l'aide, du soutien et des directives fournis par le bureau national, 29 % des coordonnateurs régionaux se sont dits très satisfaits, 55 % se sont dits un peu satisfaits et 16 % ne l'étaient pas du tout.

Il a été signalé que les coordonnateurs nationaux sont en général une ressource utile, mais certains ont exprimé leurs préoccupations à l'égard du niveau élevé de roulement à l'échelon national, d'un manque perçu de compréhension des problèmes propres aux régions, ainsi que d'un manque de clarté à propos du rôle de l'administration centrale. Au nombre des occasions relevées par les coordonnateurs régionaux pour améliorer le soutien assuré par l'administration centrale figure une augmentation du nombre des réunions en personne avec des représentants régionaux, le fait de définir et de communiquer plus clairement les rôles et les responsabilités, ainsi que le fait d'atténuer les exigences en matière de production de rapports.

Les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire se sont dits généralement satisfaits de l'appui que leur procurent les bureaux régionaux de la DGSPNI, en ce sens 48 % ont indiqué qu'ils étaient très satisfaits, 34 % ont dit qu'ils étaient quelque peu satisfaits et 18 % ont indiqué qu'ils n'étaient pas satisfaits du tout.

Les suggestions des infirmières en santé communautaire et les directeurs régionaux en vue d'améliorer l'appui qu'assurent les bureaux régionaux de la DGSPNI sont résumées comme suit :

- augmenter les communications et l'échange de renseignements avec les communautés autochtones;
- créer des activités de formation plus uniformes et des séances d'éducation de rechange pour les infirmières et les dirigeants des communautés;
- augmenter les fonds attribués pour embaucher du personnel additionnel, améliorer les technologies et augmenter les activités de formation;
- réduire le roulement du personnel à l'échelon communautaire et régional;
- simplifier les exigences en matière de production de rapports.

En particulier, le personnel communautaire a souligné l'importance de favoriser des relations solides entre les communautés et le gouvernement.

4. L'efficacité des problèmes de CMT profite de la souplesse offerte et du fait qu'ils sont bien définis en fonction de leurs objectifs, des groupes visés, des activités et des responsabilités.

Les programmes sont bien structurés dans la mesure où ils sont :

- bien définis en fonction de leurs objectifs, de leurs groupes visés, des activités et des responsabilités;
- dans le cadre de cette structure de programme définie de manière large, suffisamment souple pour qu'il soit possible d'adapter les activités des programmes pour qu'ils reflètent les problèmes locaux et les conditions locales.

Comme il est indiqué au tableau 30, la plupart des directeurs, des infirmières et des coordonnateurs régionaux considèrent que les programmes sont souples (ce qui leur permet de les adapter en vue des communautés) et bien définis, notamment en ce qui concerne les objectifs, les groupes visés et les types d'activités. Il est important de signaler que le groupe de programmes a été créé en 2005, mais qu'il n'a pas été opérationnalisé avant 2008 et que cela aura une incidence sur le degré de souplesse et de clarté perçues des programmes.

Tableau 30 – Perceptions de la souplesse des programmes ainsi que de la clarté des objectifs et des rôles et responsabilités

Veuillez indiquer si vous êtes tout à fait en désaccord, passablement en désaccord, ni d'accord ni en désaccord, passablement d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants :	Directeurs et infirmières (n=247)		Coordonnateurs régionaux (n=21)	
	Tout à fait d'accord	Passablement d'accord	Tout à fait d'accord	Passablement d'accord
Les programmes sont souples et peuvent être adaptés de manière à répondre aux besoins de votre (vos) communauté (s).	39 %	33 %	44 %	34 %
Les programmes sont entièrement définis en fonction de leurs objectifs.	38 %	28 %	13 %	48 %
Les programmes sont clairement définis en fonction des groupes qu'ils visent.	36 %	34 %	38 %	27 %
Les programmes sont clairement définis en fonction de leurs activités.	41 %	23 %	43 %	18 %
Les programmes sont clairement définis en fonction de leurs responsabilités.	37 %	23 %	35 %	13 %

Tableau 31 – Perceptions du personnel de santé communautaire à l'égard du groupe de programmes de CMT

Veuillez indiquer si vous êtes tout à fait en désaccord, passablement en désaccord, ni d'accord ni en désaccord, passablement d'accord ou tout à fait d'accord avec les énoncés suivants :	Directeurs & infirmières (n=247)		Coordonnateurs régionaux (n=21)	
	Tout à fait d'accord	Passablement d'accord	Tout à fait d'accord	Passablement d'accord
Le niveau de gaspillage des vaccins est faible.	29 %	40 %	S.O.	S.O.
Les trois programmes financés dans le cadre du groupe de CMT sont coordonnés avec d'autres programmes liés à l'immunisation, le VIH/sida ou la tuberculose, et les complètent.	38 %	14 %	32 %	24 %
Les documents, les activités, les extraits et les services financés dans le cadre des programmes sont adaptés aux réalités culturelles.	40 %	18 %	25 %	35 %
Nous avons accès à des outils et à des renseignements utiles qui étayent et améliorent la prestation des services.	45 %	22 %	42 %	35 %
Les membres des groupes visés sont en mesure d'accéder aux services dont ils ont besoin.	43 %	23 %	S.O.	S.O.

Des progrès ont été accomplis au chapitre de la réduction du niveau de gaspillage des vaccins (voir le tableau 31). Par exemple, les bureaux régionaux ont effectué des recherches (p. ex., des recherches sur le type et l'âge des réfrigérateurs à vaccins actuels et la présence ou l'absence d'une source d'électricité de réserve; rapport sur les pratiques exemplaires en matière de gestion de la chaîne du froid) et fait des dépenses en capital particulières. La cause première des ruptures de la chaîne du froid est les pannes d'électricité. Près de 70 % des représentants des communautés ont convenu que le niveau de gaspillage des vaccins est faible.

Les ressources et la souplesse inhérente au système facilitent la coopération, la collaboration et l'établissement de bonnes relations avec les communautés, le personnel, les autorités de santé régionales et les gouvernements provinciaux. D'autres facteurs contribuent à l'efficacité du groupe de programmes :

- la détermination du personnel à exécuter et à améliorer les programmes à tous les niveaux (p. ex., en mettant l'accent sur les facteurs de succès clés, les leçons apprises, l'échange de renseignements et l'établissement d'un plan de travail et de capacités d'exécution);
- mettre davantage l'accent sur les résultats et l'obligation redditionnelle.

Les facteurs qui ont limités l'efficience du groupe de programmes ont été identifiés comme suit : les pénuries de personnel et les problèmes de capacité (p. ex., certaines communautés n'ont que des infirmières itinérantes donc un accès restreint aux services, les infirmières sont trop occupées); le manque de coordination et l'existence de priorités concurrentes entre les régions); les problèmes d'organisation (p. ex., restrictions dans les descriptions de travail, manque de connexion avec le système de santé publique, manque de vision ou de leadership); le signalement de problèmes, ainsi que l'ampleur des problèmes à régler (c'est-à-dire, les déterminants sociaux de la santé et le niveau de stigmatisation), et la résistance au changement.

5. L'analyse des résultats obtenus dans les communautés ne peut confirmer si oui ou non certains modèles de financement sont en soi plus efficaces ou efficaces que d'autres.

Santé Canada recourt à divers modèles de financement pour les accords de contribution qu'il conclut avec les communautés. Les modèles, qui varient sur le plan de leur souplesse, mettent l'accent sur les résultats et l'obligation redditionnelle ainsi que sur la transparence et deviennent de plus en plus souples à mesure que les communautés accroissent leurs capacités. Par exemple, dans le cadre du modèle de financement « fixe », les communautés doivent utiliser les fonds selon la manière définie dans l'accord de contribution, tandis que le « transfert flexible » accorde au bénéficiaire une souplesse totale pour les décisions relatives à l'exécution des programmes.

La littérature étaye la théorie que le contrôle local, la prise en charge et la décentralisation des services de santé améliorent bel et bien les résultats de santé de façon importante. La recherche a établi qu'il existe une corrélation entre un contrôle local accru et l'influence exercée sur les services de santé, et l'impact sur les résultats de santé est non seulement nettement amélioré, mais cet impact se fait sentir également à long terme.

Il convient tout d'abord de signaler que, comme le groupe de programmes n'a pas été mis en œuvre entièrement dans les communautés à cause d'une question de délais (p. ex., certains accords de contribution s'étendent sur trois ans), le plein effet du travail réalisé par le groupe de programmes ne s'est pas encore concrétisé.

Les intervenants associés au groupe de programmes ont émis des opinions diverses en ce qui concerne l'influence potentielle du modèle de paiement de transfert sur les résultats. Le personnel de l'administration centrale et le personnel régional ont indiqué que le groupe de programmes a aidé à renforcer les capacités des communautés (p. ex., grâce au perfectionnement des compétences et aux activités de sensibilisation), ce qui peut aider les communautés à évoluer le long du continuum qui mène à la longue à des modèles de financement plus complexes. Cependant, la question de savoir si le modèle de financement lui-même a eu un impact sur

l'efficacité ou l'efficacité relative d'un programme dans une communauté donnée a suscité quelques désaccords :

- certains ont laissé entendre qu'un accord de financement plus évolué est plus efficace parce qu'il réduit les coûts associés à la production de rapports, permet de mieux adapter les activités aux besoins et aux conditions des localités, et coordonne mieux les activités avec d'autres éléments des plans de santé communautaire;
- cependant, quelques intervenants ont exprimé l'avis que les activités du groupe de programmes soutenues par l'entremise d'accords de financement plus évolués ne sont peut-être pas plus efficaces ou efficaces, dans la mesure où ils peuvent réduire le niveau de participation et d'interaction avec les bureaux régionaux, réduire la coordination avec d'autres entités, y compris le gouvernement provincial, mener à une diminution de l'échange de renseignements, et subir peut-être l'impact de priorités conflictuelles et de problèmes de finances, de gouvernance ou de leadership.

Les résultats des entretiens et des sondages ont été recouverts avec différents types de modèles de financement : fixe, transfert, intégré, transitoire et consolidé. Les résultats sont présentés dans le tableau 32, à la page suivante. Là où l'on note quelques différences dans les résultats entre les communautés visées selon les types de modèles, ces différences sont probablement plus attribuables à d'autres facteurs (p. ex., des différences dans les caractéristiques des communautés, comme l'emplacement, l'éloignement, l'infrastructure, la gamme des services disponibles ou des différences dans les activités du groupe de programmes selon les régions) qu'au type de modèle lui-même.

Tableau 32 – Contraintes : réponses des intervenants aux entretiens et aux sondages par type de paiement de transfert

Question clé	Type de paiement de transfert				
	Fixe	Transfert	Intégré	Transitoire	Consolidé
Facteurs favorisant et limitant l'efficacité et l'efficacité (% de ceux qui sont passablement ou tout à fait d'accord avec l'énoncé)					
Les programmes sont clairement définis en fonction de leurs objectifs.	79 %	62 %	67 %	57 %	80 %
Les programmes sont clairement définis en fonction des groupes qu'ils visent.	84 %	65 %	63 %	61 %	71 %
Les programmes sont clairement définis en fonction de leurs activités.	74 %	58 %	67 %	44 %	80 %
Les programmes sont clairement définis en fonction de leurs responsabilités.	63 %	50 %	46 %	48 %	80 %
Le niveau de gaspillage de vaccin est faible.	91 %	58 %	46 %	78 %	55 %
Les programmes sont souples et peuvent être adaptés en vue de répondre aux besoins de votre (vos) communauté (s).	86 %	73 %	71 %	61 %	35 %
Les documents, les activités, les extraits et les services financés dans le cadre des programmes sont adaptés aux réalités culturelles.	67 %	54 %	54 %	52 %	55 %
Nous avons accès à des outils et à des renseignements utiles qui étayent et améliorent la prestation des services.	81 %	58 %	63 %	61 %	55 %
Les membres des groupes visés ont accès aux services dont ils ont besoin.	81 %	54 %	63 %	61 %	65 %
La communauté a pris en charge ces problèmes et types de programme.	54 %	42 %	50 %	39 %	45 %
Nous avons le personnel et les ressources nécessaires à l'échelon de la communauté pour fournir les services.	65 %	62 %	67 %	74 %	45 %
Nous avons le personnel et les ressources nécessaires à l'échelon de la communauté pour fournir les services et exécuter les programmes concernant le VIH/sida.	51 %	42 %	42 %	44 %	45 %
Nous avons le personnel et les ressources nécessaires à l'échelon de la communauté pour fournir les services et exécuter les programmes concernant la tuberculose.	56 %	58 %	58 %	61 %	60 %
Le taux de roulement du personnel de santé est relativement faible.	51 %	54 %	38 %	52 %	50 %
Les trois programmes sont coordonnés avec d'autres programmes liés à la vaccination, au VIH/sida ou à la tuberculose, et les complètent.	67 %	58 %	54 %	35 %	40 %

6. La mise en OEUVRE de la formule du groupe de programmes se situe encore à un stade relativement précoce de développement et, sur la plupart des plans, n'a pas encore eu un impact marqué sur l'exécution des programmes aux niveaux régionaux et communautaires.

En 2005, la DGSPNI a établi le groupe de programmes de CMT, qui a regroupé les trois programmes suivants : Vaccination, Tuberculose et VIH/sida. Il est important de signaler que le groupe de programmes n'a pas été opérationnalisé avant 2008 et que ce fait a une incidence sur l'ampleur des résultats des programmes. Comme il a été mentionné plus tôt, le groupe de programmes n'a pas été mis en œuvre entièrement dans les communautés à cause de délais (p. ex., certains accords de contribution s'étendent sur trois ans), de sorte que le plein effet du travail du groupe de programmes ne s'est pas encore concrétisé. Selon les coordonnateurs nationaux et régionaux ainsi que les cadres principaux de l'administration centrale, la formule du groupe de programmes peut faciliter les aspects suivants :

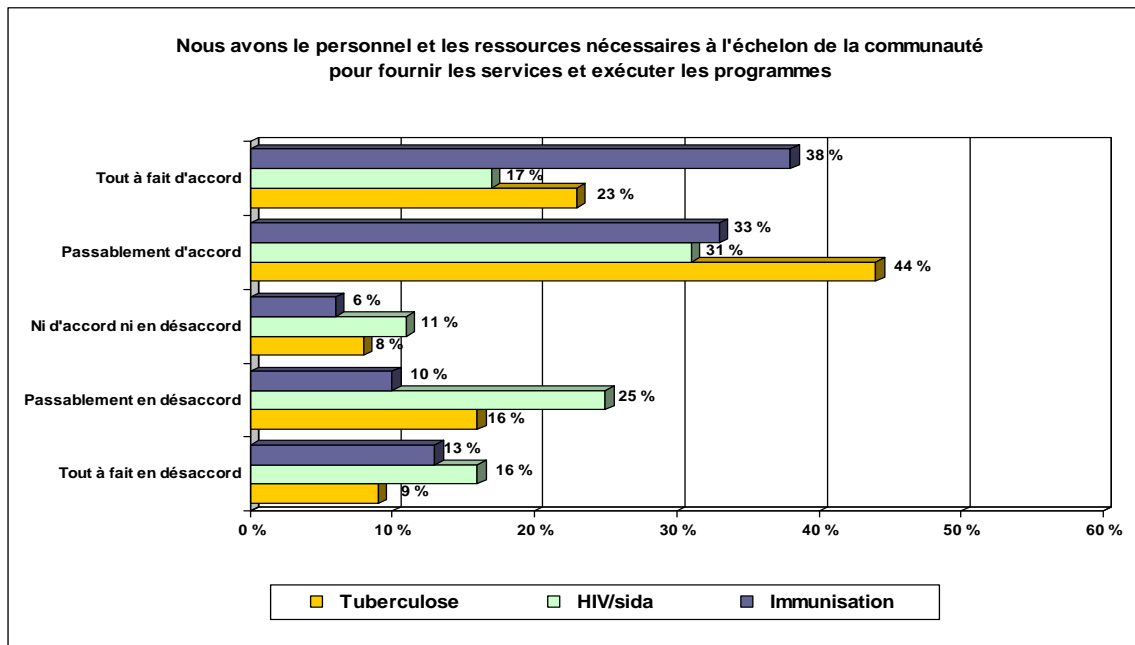
- une approche plus holistique (et moins cloisonnée) à l'égard de la conception de stratégies et de programmes exhaustifs qui ciblent plus directement les besoins des clients et des communautés;
- une collaboration et une intégration accrue des activités (p. ex., dans les programmes de sensibilisation ou les activités de formation);
- un échange accru d'informations, d'expertise et de leçons apprises;
- une plus grande complémentarité entre les programmes de la DGSPNI, ainsi qu'avec d'autres programmes qui servent les groupes visés;
- une administration simplifiée des programmes surtout dans les secteurs de la planification des programmes, de l'autorisation des programmes, de la budgétisation, de la production de rapports et de l'évaluation;
- une réduction des doubles emplois;
- une plus grande souplesse, ce qui permet aux communautés d'adapter leurs programmes et leurs budgets en fonction de leurs priorités et de leurs circonstances;
- une plus grande visibilité des programmes, tant dans les communautés visées qu'auprès des organismes partenaires.

Cependant, les résultats des entretiens menés avec les coordonnateurs nationaux et régionaux ainsi qu'avec les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire indiquent que l'orientation vers une formule de groupe de programmes plus coordonnée se situe à un stade relativement précoce de développement. Même si le groupe de programmes est assez connu, la plupart des intervenants considèrent encore la Tuberculose, l'Immunisation et le VIH/sida comme des programmes distincts qui sont mis en œuvre de façon indépendante. À part le processus de production de rapports et l'accent légèrement accru qui est mis sur les infections doubles, la plupart des intervenants ont indiqué qu'ils n'ont pas constaté de différences importantes dans la façon dont les programmes sont mis en œuvre depuis que la formule du

groupe de programmes a été adoptée. Il a été signalé que les programmes fonctionnaient encore dans une large mesure de manière cloisonnée. La connaissance de la formule du groupe de programmes est inférieure à l'échelon régional et plus encore à l'échelon communautaire que parmi le personnel à l'échelon national. Il faudra un certain nombre d'années avant que cette formule se réalise pleinement.

Les directeurs des services de santé et les infirmières en santé communautaire ont considéré que les niveaux de ressources étaient appropriés (tout à fait ou passablement d'accord), relativement à la prestation des services liés au programme de la tuberculose (67 %) et de l'immunisation (71 %). Cependant, 48 % des répondants ont indiqué que les niveaux de ressources concernant le VIH/sida étaient appropriés au chapitre de la prestation des services. Pour une ventilation détaillée des réponses, voir la figure 27.

Figure 27 – Perceptions concernant les niveaux de ressources du groupe de programmes de CMT



Occasions d'amélioration

Les représentants des communautés ainsi que les représentants régionaux et nationaux ont indiqué un large éventail de secteurs dans lesquels on pourrait envisager d'apporter des améliorations au groupe CMT et aux programmes qu'ils comportent ou songer à des approches de rechange. Les recommandations les plus fréquentes ont été les suivantes :

- améliorer les systèmes de surveillance et de production de rapports (augmenter l'accès aux données nécessaires et examiner les façons de simplifier le processus);
- améliorer la collaboration et la communication parmi les programmes et les niveaux du groupe CMT;
- affermir les relations avec d'autres intervenants clés, surtout le gouvernement provincial et les autorités de santé régionales;
- affermir davantage l'exécution d'activités d'éducation et de formation destinées aux intervenants de la santé communautaire (p. ex., utilisation accrue de diverses technologies);
- augmenter la participation des communautés à la conception et à l'exécution des activités du groupe de programmes;
- réduire le niveau de roulement du personnel et augmenter la dotation en personnel à l'échelon des communautés;
- augmenter l'accès à des documents adaptés aux réalités culturelles;
- offrir davantage de souplesse en rapport avec le financement des programmes.

Les recommandations officielles qui découlent de l'évaluation sont présentées à la section VIII.

VII CONCLUSIONS

Les principales constatations et conclusions concernant chacun des points à évaluer sont résumées sous les rubriques suivantes : pertinence, rendement, efficacité et économie.

Pertinence

Question d'évaluation N° 1 :

En quoi les activités et les résultats du groupe de programmes de CMT sont-ils conformes aux priorités du gouvernement fédéral?

Les objectifs du groupe de programmes de CMT sont conformes aux priorités et aux résultats stratégiques de Santé Canada ainsi qu'aux priorités du gouvernement fédéral.

Plus précisément, il ressort du recensement des écrits que les objectifs du groupe de programmes sont alignés sur les éléments suivants.

- Deux des priorités de Santé Canada mentionnées : « aider à améliorer l'état de santé de la population canadienne » et « réduire les risques pour la santé de la population canadienne ». Le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada – édition 2008-

2009 (ainsi que celles de 2007-2008 et 2006-2007) mettent en lumière ces deux secteurs, parmi les quatre priorités du ministère. En outre, le résultat final du groupe de programmes de CMT, qui est d'« aider à améliorer l'état de santé des individus, des familles et des communautés des PNI », cadre avec ces deux priorités du ministère.

- Le résultat stratégique de Santé Canada : « De meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités entre l'état de santé des Premières nations et des Inuits et celui des autres Canadiens ». L'édition 2008-2009 (ainsi que les éditions antérieures de 2005-2006, 2006-2007 et 2007-2008) du Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada ont inclus ce secteur dans l'un des quatre résultats stratégiques du ministère pour l'année financière de 2008-2009.
- Le Discours du trône de 2004 a souligné les différences qui existent sur le plan de la santé entre les Autochtones et les autres Canadiens, et il a mis en lumière la détermination du gouvernement fédéral à soutenir les services de santé destinés aux communautés autochtones en indiquant ce qui suit : « Le gouvernement et les dirigeants autochtones ont convenu d'objectifs mesurables qui permettront d'atténuer les écarts ainsi que leurs conséquences »⁶⁵. De plus, le gouvernement du Canada a souligné son engagement à « mieux adapter les services de santé à leurs besoins [ceux des Autochtones] ». Les objectifs et les résultats finaux du groupe de programmes de CMT concordent avec ces déclarations.

Question d'évaluation N° 2 :

En quoi le groupe de programmes de CMT est-il compatible avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?

- **Les activités du groupe de programmes de CMT sont compatibles avec le mandat du gouvernement fédéral, qui consiste à fournir des services de prévention des maladies et de promotion de la santé.** Le mandat principal de la DGSPNI consiste à fournir des services de prévention des maladies et de promotion de la santé. Ce mandat découle partiellement de la Politique sur la santé des Indiens, que le gouvernement du Canada a adoptée en 1979, en vue d'« obtenir dans les communautés indiennes un niveau croissant de santé, généré et maintenu par les communautés indiennes elles-mêmes ». La DGSPNI gère un éventail de programmes liés à la santé communautaire (p. ex., maladies chroniques et transmissibles, hygiène du milieu, préparation aux situations d'urgence), et entreprend également des activités de surveillance de la santé, d'analyses de données, de recherches et d'évaluation en vue d'étayer l'élaboration de politiques, de priorités et de décisions fondées sur des faits concrets, relativement à des investissements liés à la santé.

⁶⁵ Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-huitième législature du Canada, Journaux de la Chambre des communes : 2004.10.05, vol. 140.

- **Les partenaires et les autres intervenants (p. ex., représentants des autres programmes) croient que le gouvernement du Canada a un rôle à jouer dans le développement et le financement du groupe de programmes de CMT.** Lors des entretiens, les partenaires et les autres intervenants ont souligné que ces programmes sont importants pour la santé des Premières nations (ainsi que pour la population canadienne dans son ensemble).
- **Cependant, la plupart des représentants de la DGSPNI ne s'entendent pas tous pour dire que les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral sont clairement définis.**

Question d'évaluation N° 3 :

De quelle façon le groupe de programmes de CMT répond-il aux besoins en santé clairement définis des Premières nations et des Inuits?

- **Il ressort clairement de la littérature existante qu'il y a des différences marquées sur le plan de l'état de santé et des résultats en matière de santé entre les PNI et la population non autochtone du Canada.** Malgré certaines améliorations, l'état de santé des Premières nations demeure inférieur par rapport à celui des autres Canadiens. « Le tableau est celui d'une population où le niveau de maladies, de mortalité, de blessures, de toxicomanies et de violence familiale est disproportionné. Pour dire les choses simplement, les peuples autochtones obtiennent des résultats nettement inférieurs à l'égard de la quasi-totalité des mesures de la santé et du bien-être lorsqu'on les compare à la population canadienne en général »⁶⁶. L'incidence des maladies transmissibles parmi la population des PNI du Canada est nettement supérieure à celle de la population canadienne dans son ensemble. On relève des taux élevés de maladies pouvant être prévenues par un vaccin, une incidence supérieure de la tuberculose (éclosions sporadiques) et des taux supérieurs de cas de VIH/sida.
- **Le groupe de programmes de CMT est conçu pour s'attaquer aux problèmes qui ont un impact sur les taux de maladies transmissibles.** Plus précisément, les programmes sont censés réduire l'incidence et l'impact des maladies transmissibles en améliorant la connaissance que l'on a de ces dernières, en augmentant les taux d'immunisation, en réduisant les comportements à risque, en améliorant l'accès aux mesures de contrôle et aux traitements et en élargissant l'accès à des informations opportunes et pertinentes. Le groupe de programmes n'est pas conçu pour s'attaquer directement à certains des déterminants sociaux de la santé, comme les logements surpeuplés, la mauvaise qualité de l'eau, le revenu et le statut social, l'éducation et l'alphabétisation, ou le milieu social.
- **Les informateurs clés croient que les programmes sont très nécessaires.** La grande nécessité des programmes a été attribuée aux sérieux problèmes de santé auxquels sont confrontés les Autochtones dans les réserves, à l'importance de l'appui du

⁶⁶ Lemchik-Favel, L. and Jock, R., Aboriginal Health Systems in Canada: Nine Case Studies, Journal of Aboriginal Health, January 2004, pages 28-51, page 31.

gouvernement pour lutter contre les maladies transmissibles dans les communautés des Premières nations, à l'importance d'exercer une surveillance efficace dans le cadre de la lutte contre les maladies, du peu de connaissances des Premières nations au sujet des maladies transmissibles, du besoin d'une plus grande collaboration au sujet des problèmes de santé, ainsi que de l'efficacité perçue des programmes.

Rendement

Question d'évaluation N° 4 :

De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il réussi à accroître et à améliorer la collaboration et le réseautage?

- **La plupart des représentants nationaux et régionaux qui participent au groupe de programmes de CMT établissent des réseaux et collaborent régulièrement avec un large éventail d'organismes et de programmes dont les objectifs sont semblables à ceux du groupe de programmes de CMT.** D'après les entretiens menés ainsi qu'un examen des plans de travail régionaux et des rapports d'activités annuels, il est évident que le groupe de programmes est efficace pour nouer des partenariats et des alliances avec d'autres services du gouvernement fédéral, organismes provinciaux et régionaux, communautés, associations et autres entités. Les efforts de collaboration sont axés sur un éventail de questions, comme les soins aux malades, les traitements et les mesures de soutien, de même que l'éducation et la prévention.
- **Les activités de réseautage et de collaboration ont augmenté et se sont améliorées au cours des dernières années.** Quatre pour cent des coordonnateurs nationaux et régionaux et 5 % des autres intervenants (formés principalement de représentants des autres organismes et programmes) ont indiqué que le niveau d'interaction et de collaboration a diminué au cours des trois dernières années. Selon les rapports de rendement annuels, la participation du personnel du groupe de programmes à divers comités a augmenté au cours de la période de trois ans, passant de 58 collaborations en 2005-2006 à 79 en 2007-2008, ce qui dénote une plus grande efficacité dans ce secteur. Plus de 600 accords de réseautage et de collaboration ont été relevés au cours de la période de trois ans. Toutes les parties concernées reconnaissent de plus en plus l'importance de la collaboration. L'adoption d'un plus grand nombre d'approches axées sur la clientèle, la capacité de prendre appui sur les relations existantes, les changements d'ordre structurel (consolidation des autorités de santé régionales) et les améliorations apportées aux techniques de communication ont contribué à affermir le réseau des programmes de CMT et, de là, à créer plus d'occasions de collaboration.
- **L'amélioration de la collaboration et du réseautage a profité au groupe de programmes de CMT, de la manière suivante :**
 - clarifier davantage les rôles des parties respectives;

- veiller à ce que les besoins et les problèmes des Premières nations se reflètent dans la conception des stratégies et la prestation des services, ce qui incite à mettre davantage l'accent sur les déterminants sociaux de la santé;
 - améliorer la coordination des activités de programme et réduire ainsi les chevauchements;
 - faciliter l'échange de renseignements et de leçons apprises;
 - faciliter l'exécution d'interventions conjointes face à des situations clés (p. ex., planification en cas de pandémie);
 - améliorer l'accès à un vaste éventail de points de vue et d'expertises spécialisées;
 - permettre que les programmes et les services soient exécutés de façon homogène entre les organismes concernés.
- **L'un des résultats est que l'on considère de façon générale que les activités du groupe de programmes complètent plutôt qu'elles ne chevauchent les programmes que d'autres offrent.** Le groupe de programmes complète d'autres programmes en visant à sensibiliser davantage les groupes visés aux problèmes liés aux maladies transmissibles, en soutenant les activités de prévention, de traitement et de contrôle, en favorisant la collaboration, en affermissant les capacités des communautés (au moyen d'activités telles que la formation), et en améliorant l'accès aux renseignements de surveillance.

Question d'évaluation N° 5 :

De quelle façon et dans quelle mesure les systèmes de surveillance liés au groupe de programmes de CMT génèrent-ils des renseignements pertinents et en temps voulu?

- **Des données de surveillance efficaces sont un élément clé dans la lutte contre les maladies transmissibles.** Les systèmes de détection précoce aident à réduire le lourd fardeau des maladies transmissibles et la vulnérabilité aux maladies auxquels font face de nombreuses communautés des Premières nations à cause des ressources médicales limitées et des conditions de vie inférieures. Les intervenants, à tous les niveaux du groupe de programmes, dont l'administration centrale, les régions, les provinces et les communautés, se servent des données de surveillance pour évaluer les besoins, examiner le rendement et élaborer des stratégies, des politiques et des programmes. Il y a toutefois des difficultés qui sont associées à la surveillance et qui limitent l'utilisation des données qui y sont associées.
- **Même si certains progrès ont été accomplis, l'accès à des données de surveillance exactes et en temps opportun demeure une difficulté importante pour le groupe de programmes de CMT.** La plupart des répondants ont indiqué que, en général, les données de surveillance que l'on recueille actuellement pour le groupe de programmes ne sont pas exactes, pertinentes ou en temps opportun. Cela est attribué à un manque d'accords d'échange de renseignements avec les gouvernements provinciaux, aux difficultés que l'on a à identifier les membres des groupes visés au sein des systèmes existants en raison des écarts entre les provinces au sujet de la déclaration de l'origine

ethnique. D'autres problèmes comprennent l'utilisation de multiples systèmes de bases de données entre les régions, et même au sein de ces dernières, le fait que l'on continue de dépendre de systèmes papier, ainsi que le roulement du personnel au niveau des communautés et des régions. Il est nécessaire de disposer de données de surveillance pour la planification des programmes, l'élaboration des politiques et des stratégies, ainsi que la surveillance et l'évaluation de l'exécution des programmes.

Question d'évaluation N° 6 :

De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il contribué à améliorer la prévention, le contrôle et le traitement des maladies transmissibles dans les communautés des Premières nations et des Inuits?

Un défi de taille pour l'évaluation du groupe de programmes de CMT est la disponibilité restreinte de données secondaires fiables qu'il est possible d'utiliser pour évaluer de manière objective les progrès accomplis sur le plan de la contribution à une amélioration de la prévention, du contrôle et du traitement des maladies transmissibles dans les communautés des PNI. En l'absence d'autres mesures quantifiables, il a été demandé aux personnes qui ont les contacts les plus étroits avec les programmes (coordonnateurs nationaux et régionaux de programme, infirmières en santé communautaire et directeurs des services de santé) d'évaluer et de commenter les progrès accomplis par le groupe de programmes de CMT par rapport à une série d'objectifs connexes. Les principales conclusions sont résumées ci-dessous :

Immunisation

- **D'importants progrès ont été accomplis sur le plan de la mise en œuvre de vaccins nouvellement recommandés.** Selon les données de rendement régional, les taux de couverture du vaccin contre la varicelle ont augmenté chez les enfants de tous les groupes d'âge.
- **Les taux de couverture des vaccinations systématiques au sein de la population visée se sont améliorés.** Les infirmières en santé communautaire et les directeurs des services de santé ont fait état de progrès importants en rapport avec l'amélioration des taux de vaccination systématique; cependant, les données de rendement régionales ne le confirment pas (il y a de sérieux problèmes quant à l'exactitude des données disponibles au sujet des taux de vaccination). Des stratégies, telles que le fait de rehausser le profil de vaccination, la mise en œuvre de programmes de rappel, l'offre de mesures incitatives et une amélioration du réseautage ont été, croit-on, efficaces pour améliorer la couverture entre les régions, mais les taux demeurent nettement inférieurs à l'objectif ultime de 95 %.
- **Les efforts faits pour promouvoir l'immunisation au moyen d'activités d'éducation et de sensibilisation ont été efficaces,** et surtout les annonces faites dans des médias, comme la presse écrite, la radio et la télévision, les ateliers, les programmes de rappel, et la création de relations à long terme avec les parents, les dirigeants des communautés et les praticiens de la santé.

- **La connaissance des taux de couverture vaccinale, l'incidence des maladies pouvant être prévenues par un vaccin, les obstacles à l'immunisation et les pratiques de mise en œuvre exemplaire se sont améliorés.** Cependant, malgré les progrès accomplis, il subsiste des préoccupations au sujet des données restreintes et souvent inexactes.

Maladies transmissibles par le sang et infections transmissibles sexuellement

- **Des progrès substantiels ont été accomplis sur le plan du travail fait avec d'autres organismes pour établir une intervention coordonnée et intégrée face aux maladies transmissibles par le sang et aux infections transmissibles sexuellement** à l'échelon national et international. On a signalé que des progrès ont été accomplis sur le plan des travaux faits avec d'autres ministères fédéraux, associations nationales et groupes internationaux.
- **Les changements déclarés dans les comportements à risque élevé étaient liés à la participation des membres des communautés à des activités d'éducation et de sensibilisation.** Dans l'ensemble, quelques progrès ont été signalés à propos du fait d'encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation concernant les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement et, de façon correspondante, à réduire les comportements à risque. Les stratégies et les mécanismes qui ont été les plus efficaces comprennent les ateliers communautaires, les exposés faits en classe dans les écoles de niveau primaire et secondaire, ainsi que l'utilisation de documents promotionnels adaptés aux réalités culturelles. Les facteurs limitant les progrès comprennent un manque général d'intérêt parmi les groupes visés, les contraintes de temps et de ressources, la nature délicate du sujet, ainsi que l'accès restreint à des documents adaptés aux réalités culturelles.
- **Certaines communautés ont fait état d'améliorations liées au fait de servir les personnes vulnérables et à celles qui ont contracté le VIH.** L'augmentation des tests et des mesures d'éducation et de soutien destinées aux personnes vulnérables au VIH ou ayant contracté ce virus est souvent associée à une connaissance accrue des maladies transmissibles par le sang et des infections transmissibles sexuellement ainsi qu'à une réduction de la stigmatisation au sein de la communauté. Un facteur important qui limite les taux de tests de dépistage et l'utilisation de mesures de soutien disponibles est la stigmatisation.
- **Les coordonnateurs ont fait état d'une augmentation de la disponibilité d'interventions fondées sur des faits concrets, en rapport avec les maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement.** Les coordonnateurs ont considéré que le programme bénéficiait d'un partage accru de renseignements et du fait que l'on mettait davantage l'accent sur les approches basées sur des faits concrets.
- **Cependant, on a signalé moins de progrès en rapport avec la réduction de l'incidence des maladies transmissibles par le sang et les infections transmissibles sexuellement.** Si l'on tient compte des limites associées aux données (pour ce qui est des tests VIH positifs déclarés, le statut ethnique est signalé dans 30 % des cas environ), le nombre de tests VIH positifs déclarés au sein de la population

Tuberculose

- **L'amélioration de la sensibilisation et la meilleure connaissance de la tuberculose ont été attribuées, en partie, au fait d'encourager les membres des groupes visés à prendre part à des activités d'éducation et de sensibilisation.** On estime qu'au sein des communautés, environ 27 % des groupes visés ont pris part à des activités d'éducation et de sensibilisation, comme des ateliers, des séances d'éducation, y compris des séances de dépistage, des exposés, des ateliers et des cliniques en milieu scolaire, des diners-conférences et des campagnes de sensibilisation, comme des brochures, des articles de bulletin, des émissions radio et des trousseaux d'information destinés aux nouvelles mères.
- **Des progrès restreints ont été accomplis sur le plan de la détection, du diagnostic et du traitement.** Selon les données du Système canadien de déclaration des cas de tuberculose (SCDCT), les taux d'incidence demeurent élevés et le fardeau disproportionné de la maladie chez les peuples autochtones se poursuit. Les coordonnateurs régionaux ont évalué les progrès accomplis sur le plan de la réduction de l'incidence de l'infection tuberculeuse latente à un niveau nettement inférieur par rapport aux infirmières en santé communautaire et aux directeurs des services de santé.

Question d'évaluation N° 7 :

De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il favorisé la prise en charge par la communauté et sa capacité à déceler, à signaler et à combattre les maladies transmissibles?

- **Le groupe de programmes de CMT a eu un impact marqué sur la capacité des communautés grâce à un meilleur accès à des activités de formation et à d'autres ressources pour les infirmières en santé communautaire et d'autres personnes au sein des communautés.** D'après les recherches menées sur le terrain et d'autres renseignements que les régions ont fournis, on estime qu'il y a eu 1 600 personnes (700 infirmières et 900 autres) qui ont participé au groupe de programmes à l'échelon communautaire dans toutes les régions. Les données obtenues des rapports de rendement indiquent que plus de 200 séances de perfectionnement des compétences ont été organisées entre 2005-2006 et 2007-2008, et que près de 10 000 personnes y ont participé. Vingt-quatre pour cent des infirmières en santé communautaire et des directeurs des services de santé ont indiqué ne pas avoir reçu une forme quelconque de formation ou de perfectionnement professionnel par l'entremise du groupe de programmes. La plupart ont jugé que la formation qu'il avait suivie était fort utile pour déceler les maladies transmissibles, les signaler et lutter contre elles.

- **Les directeurs des services de santé, les infirmières en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont exprimé des opinions partagées à savoir dans quelle mesure les communautés prennent en charge les problèmes de santé liés aux maladies transmissibles ainsi que les programmes connexes.** Les indicateurs d'une prise en charge accrue dans certaines communautés comprennent des niveaux de participation croissants à des programmes de sensibilisation, une augmentation des taux d'immunisation, ainsi que la participation accrue du personnel, du chef et du conseil de bande à la promotion, à la participation et au soutien de programmes de sensibilisation et d'éducation. À part l'efficacité des programmes eux-mêmes, certains des facteurs qui peuvent influencer le niveau de prise en charge par la communauté comprennent les compétences du personnel des soins de santé local (y compris les compétences interpersonnelles), l'accent mis sur la participation de la communauté, le niveau de roulement du personnel, le nombre et la prévalence d'autres problèmes au sein de la communauté, le modèle de paiement de transfert dans le cadre duquel la communauté est financée, la mesure dans laquelle les dirigeants de la communauté appuient les programmes, et l'expérience antérieure de la communauté sur le plan des relations avec le gouvernement ainsi que sur celui de la lutte contre les maladies transmissibles.

Question d'évaluation N° 8 :

De quelle façon et dans quelle mesure le groupe de programmes de CMT a-t-il contribué à améliorer à long terme l'état de santé des membres des Premières nations et des Inuits?

- **Le groupe de programmes accomplit quelques progrès sur le plan de l'amélioration à long terme de l'état de santé.** On considère que les activités telles que les programmes d'éducation et de sensibilisation influencent de manière positive les taux d'immunisation qui s'appliquent aux vaccins nouveaux et systématiques. Ces activités comprennent les suivantes : améliorer la connaissance des maladies transmissibles, amoindrir la stigmatisation, réduire les comportements à risque élevé et mieux sensibiliser les jeunes et les adultes à la façon de se protéger contre les ITS et le VIH, et améliorer les activités de dépistage, de tests et de soutien. Même si ces résultats ne se reflètent pas encore dans les données dont on dispose sur les taux d'infection, on prévoit que les programmes préparent la voie à une réduction des taux. Cependant, il faut se souvenir que des résultats de santé à long terme sont fonction de multiples facteurs, dont un grand nombre déborde le cadre du groupe de programmes.

Question d'évaluation N° 9 :

La mise en œuvre du groupe de programmes de CMT a-t-elle eu des répercussions involontaires (positives et négatives) et a-t-elle donné lieu à des résultats élargis?

- **Fort peu d'impacts et d'effets imprévus ont été relevés dans le cadre de la recherche.** L'un des impacts importants qui a été relevé est le fait que les activités du groupe de programmes ont aidé à préparer les régions et les communautés à faire face à des éclosions sérieuses. La campagne de vaccination massive qui a été menée avec succès lors de l'épidémie de grippe H1N1 a montré que la DGSPNI a amélioré les efforts de coordination ainsi que les capacités des communautés à réagir à une pandémie. Le degré élevé de coordination a permis de réduire le gaspillage de vaccins et de réduire l'incidence de la maladie.

Efficiences et économie

Question d'évaluation N° 10 :

Quels sont les facteurs qui favorisent ou qui entravent l'efficacité du groupe de programmes de CMT?

Les principales conclusions concernant cette question d'évaluation sont résumées ci-dessous :

- **L'engagement du personnel, les relations solides avec d'autres groupes, la souplesse des programmes et des objectifs, des groupes visés et des activités clairement définies ont contribué à l'efficacité du groupe de programmes de CMT.** Les intervenants ont souligné la capacité d'adapter les activités de manière à ce qu'elles reflètent les besoins et le milieu régionaux et locaux, une forte coopération et collaboration avec les autres groupes de programmes, l'engagement du personnel à exécuter et à améliorer les programmes à tous les niveaux, de même que l'accent accru que l'on met sur les résultats et l'obligation redditionnelle.
- **Le roulement et les pénuries de personnel limitent l'efficacité du groupe de programmes de CMT.** Le roulement du personnel continue de limiter le succès du programme. Par exemple, les deux tiers des coordonnateurs nationaux et régionaux ont indiqué qu'ils n'étaient pas d'accord (cela inclut 54 % de personnes qui se sont dites tout à fait en désaccord) avec l'énoncé selon lequel le taux de roulement lié au personnel de santé à l'échelon national, régional et communautaire est relativement faible. Le roulement peut avoir un impact négatif important sur l'efficacité du groupe de programmes en perturbant l'exécution des programmes, en occasionnant une perte de connaissances sur le plan institutionnel et corporatif, et en augmentant le besoin d'activités de formation et d'orientation. D'autres facteurs qui, considère-t-on, limitent l'efficacité du groupe de programmes incluent les priorités concurrentes entre les régions, les problèmes organisationnels (p. ex., des restrictions dans les descriptions de travail, le manque de connexion avec le système de santé publique, ainsi que le manque de vision ou de leadership), les problèmes de production de rapports, de même que l'ampleur des problèmes à régler.

Question d'évaluation N° 11 :

De quelle façon et dans quelle mesure le type de paiement de transfert a-t-il influé sur les résultats attendus?

- **Il est impossible de démontrer, d'après les preuves obtenues dans le cadre de la présente évaluation, que certains types de modèle de paiement de transfert sont en soi plus efficaces que d'autres pour produire des résultats positifs. Il est peut-être trop tôt pour montrer l'impact réel à cause de la durée (3 ans) de certains accords de contribution et du fait que le modèle de rapport communautaire du groupe de programmes a été opérationnalisé il y a deux ans seulement (2008).** La DGSPNI se sert d'un certain nombre de modèles de financement différents dans son approche à l'égard de l'exécution de programmes communautaires. Les modèles de financement sont conçus pour être introduits graduellement, dans le cadre d'une approche axée sur le renforcement des capacités, qui est fondée sur la disposition des communautés à assumer des niveaux croissants de responsabilités. Les intervenants associés au groupe de programmes ont exprimé des opinions diverses au sujet de l'influence que pourrait avoir le modèle de paiement de transfert sur les résultats. Le présent rapport d'évaluation résume les résultats en fonction des types de modèle de financement. S'il est possible de noter quelques différences dans les résultats entre les communautés soumises à des types de modèle différents, ces différences sont probablement davantage imputables à d'autres facteurs (p. ex., les différences dans les caractéristiques des communautés, comme l'emplacement, l'éloignement, l'infrastructure ou la gamme de services disponibles, ou les différences dans les activités du groupe de programmes dans les régions) qu'au type de modèle lui-même.

Question d'évaluation N° 12 :

Quels sont les avantages de l'approche du groupe de programmes et les occasions d'amélioration?

Les principales conclusions concernant cette question d'évaluation sont résumées ci-dessous :

- **L'approche du groupe de programmes bénéficie d'un appui à l'échelon national, régional et communautaire.** Cette approche crée d'importantes occasions d'adopter une formule plus holistique, facilite davantage la collaboration et l'intégration des activités, permet d'échanger des renseignements et de l'expertise, simplifie la production de rapports et l'administration, et améliore la visibilité des programmes, tant dans les communautés visées qu'auprès des organismes partenaires.
- **La mise en œuvre de l'approche du groupe de programmes se situe encore à un stade de développement relativement précoce.** À part certaines activités de production de rapport et mesures de coordination précoces, la mise en œuvre de l'approche du groupe de programmes n'a pas encore eu un impact marqué sur l'exécution des programmes à l'échelon régional et communautaire. Il faudra attendre un certain nombre d'années avant que les résultats de cette approche se concrétisent entièrement.

VIII RECOMMANDATIONS

Les principales recommandations qui découlent de l'évaluation sont les suivantes :

- 1. Favoriser, au premier rang des priorités, la mise en œuvre d'une approche plus stratégique et mieux coordonnée lors de la conception et la mise sur pied des activités du groupe de programmes.** Afin de profiter pleinement des avantages potentiels de l'approche de groupe, la DGSPNI devrait élaborer un plan stratégique qui définit clairement la vision nationale qui sous-tend le groupe de programmes, la structure des programmes, les priorités stratégiques à privilégier, les interactions entre les trois programmes et les activités connexes ainsi que la relation avec les autres ressources.
- 2. Collaborer avec les gouvernements provinciaux, l'ASPC et le personnel régional et communautaire pour renforcer le système de surveillance.** Pour ce faire, Santé Canada doit collaborer avec les gouvernements provinciaux et l'ASPC afin d'améliorer les ententes, les processus et les protocoles d'échange de renseignements. La DGSPNI doit également assurer une formation continue afin d'appuyer la mise en œuvre des systèmes de surveillance et de la stratégie de mesure du rendement. Il y aura lieu d'examiner des options pour relier plus directement le financement au respect des exigences en matière de rapports et à l'atteinte des résultats escomptés.
- 3. Favoriser l'échange accru de renseignements, de ressources, de données de recherche et de pratiques exemplaires au sein et entre les programmes, les régions et les communautés.** Il faudrait élaborer une stratégie portant sur l'ensemble du groupe de programmes afin de tirer profit des efforts actuels au moyen de stratégies comme l'examen des pratiques exemplaires et des pratiques prometteuses; la conception d'un site Web propre au groupe de programmes qui permettrait aux intéressés d'échanger des renseignements, des ressources, des données de recherche et des pratiques exemplaires; et inscrire les pratiques exemplaires et les pratiques prometteuses à l'ordre du jour des séances de formation et des conférences.
- 4. Élaborer une stratégie de formation officielle pour le groupe de programmes et en appuyer la mise en œuvre.** Cette stratégie permettra de définir les objectifs et les priorités, de déterminer les possibilités, de concevoir et d'échanger les outils de formation communs, d'appuyer les options de prestation multiples (p. ex. séances nationales et régionales, séances de formation locales, mentorat, jumelage, ateliers en ligne, vidéoconférences, téléconférences, publications, mises à jour et webinaires), et de faire en sorte que le groupe de programmes puisse mieux bénéficier des autres ressources actuelles en matière de formation et d'éducation.

5. **Collaborer avec d'autres intervenants au sein de Santé Canada afin d'élaborer et de mettre en œuvre des stratégies visant à réduire le roulement de personnel et ses conséquences aux échelons national, régional et communautaire.**

6. **Favoriser, au premier rang des priorités, une prise en charge accrue des activités du groupe de programmes par les communautés.** Une prise en charge et un leadership vigoureux par les communautés rehaussent le profil des programmes et des enjeux, confèrent une plus grande crédibilité et importance aux messages, favorisent une participation accrue aux programmes et facilitent la promotion et la prestation des activités des programmes, y compris les programmes de sensibilisation et d'éducation.