



Health Santé
Canada Canada

PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES ET DES BLESSURES (PMCB)

Évaluation du Groupe

Rapport final

Octobre 2011

Canada 

TABLE DES MATIÈRES

- **Plan d'action de gestion – Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB) – Évaluation du Groupe**
- **Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB) – Évaluation du Groupe – Rapport final**

Prévention des maladies chroniques et des blessures – Évaluation du groupe

Plan d'action de gestion

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/produits livrables	Responsabilité	Date prévue d'achèvement
<p>1. Élaborer et mettre en œuvre une approche solide pour la collecte et l'analyse des données de rendement pour améliorer la qualité de rapports continus sur le rendement et l'évaluation périodique du Groupe.</p>	<p>La collecte de données, une priorité de la Direction des programmes communautaires (DPC) pour éclairer la mesure du rendement, est un thème essentiel du Modèle logique Modes de vie sains, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011.</p> <p>Collecte de données :</p> <p>1a. Élaborer la stratégie pour la collecte de données de la Division Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB).</p> <p>1b. Créer les outils de collecte de données/de planification qui soutiennent la disponibilité des données aux fins de mesure du rendement.</p> <p>Évaluation :</p> <p>2. Élaborer l'approche d'évaluation de la PMCB pour la relier au cadre d'évaluation modes de vie sains et éclairer le cadre qui orientera la prochaine évaluation complète de la composante modes de vie sains, dont la réalisation est prévue pour 2013-2014.</p> <p>3. Soutenir les rapports analytiques/études spéciales sur les programmes/services de modes de vie sains.</p>	<p>1a. et 1b. Stratégie pour la collecte de données de la Division Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB).</p> <p>2. Cadre d'évaluation modes de vie sains.</p> <p>3. Quatre rapports analytiques/études spéciales sur les programmes et les services de modes de vie sains.</p>	<p>1. Directeur, Division PMCB, Direction des programmes communautaires (DPC), Direction générale de la santé des Premières nations et Inuits (DGSPNI), Santé Canada (SC)</p> <p>2. Directeur, Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM), Direction générale du Contrôleur ministériel (DGCM), SC</p> <p>3. Directeur, Division PMCB, DPC, DGSPNI, SC</p>	<p>1a. 1b. 31 mars 2012</p> <p>2. 31 mars 2012</p> <p>3. 31 mars 2013</p>
<p>2. Miser sur les efforts communautaires pour favoriser des milieux positifs et durables afin de surmonter les obstacles et de relever les défis liés à l'accès et à la participation aux programmes/services communautaires modes de vie sains. Une attention particulière devrait être portée aux obstacles/défis qui peuvent être le plus efficacement surmontés/relevés par le Groupe.</p>	<p>Les milieux améliorés qui favorisent l'accès individuel et communautaire, ainsi que la participation aux programmes/services de modes de vie sains, constituent une priorité de la DPC et un important résultat du Modèle logique Modes de vie sains, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011.</p> <p>Les efforts de prévention primaire et de promotion de la santé fondés sur des données probantes favorisent le développement des milieux positifs qui améliorent l'accès aux aliments sains et la promotion d'une saine alimentation, d'activité physique, d'atteinte de poids corporels sains et de sensibilisation au diabète.</p>	<p>1a. De 250 à 300 initiatives d'éducation du programme Nutrition Nord Canada sont offertes.</p> <p>1b. 70 projets communautaires sur la sécurité alimentaire sont en place.</p> <p>1c. 4 plans régionaux de sécurité alimentaire ont été élaborés (IDA).</p> <p>2. 40 autres collectivités ont reçu une aide financière, par l'entremise du fonds d'incitation à l'activité physique (phase 2).</p> <p>3a. 7 projets de démonstration sur la prévention du diabète dans les collectivités urbaines sont en cours.</p> <p>3b. De 15 à 20 projets communautaires sur la prévention du diabète chez les Premières nations, les Inuits et les Métis en milieu urbain (PDPNIMMU) sont en cours.</p>	<p>Directeur, Division PMCB, (DPC), DGSPNI, SC</p>	<p>1a. 31 mars 2012</p> <p>1b. 31 mars 2012</p> <p>1c. 31 mars 2012</p> <p>2. 31 mars 2012</p> <p>3a. 31 mars 2012</p> <p>3b. 30 septembre 2013</p>

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/produits livrables	Responsabilité	Date prévue d'achèvement
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soutenir les collectivités admissibles dans leur élaboration/mise en œuvre d'activités d'éducation nutritionnelle, par l'entremise du programme Nutrition Nord Canada (NNC) et d'autres programmes de la DPC qui visent à mieux faire connaître l'alimentation saine et le perfectionnement des compétences en matière de sélection et de préparation d'aliments sains vendus en magasin et aliments traditionnels. 2. Augmenter le nombre d'activités communautaires sur le diabète, par l'entremise du fonds d'incitation à l'activité physique. 3. Favoriser et renforcer l'accès aux activités de prévention du diabète en milieu urbain qui créent ou renforcent les milieux positifs dont les politiques et les pratiques favorisent la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. 			
<p>3. Soutenir et améliorer les progrès réalisés au cours des cinq dernières années sur le plan du renforcement des capacités au niveau communautaire qui ont directement contribué à l'efficacité globale du Groupe.</p>	<p>Le renforcement des capacités, une priorité de la DPC, est un thème essentiel du Modèle logique Modes de vie sains, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011.</p> <p>Miser sur et intensifier le soutien des mesures communautaires fondées sur des données probantes qui favorisent les milieux et les conditions qui soutiennent les individus, les familles et les collectivités dans leur adoption de pratiques saines.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmenter la formation, le soutien et/ou l'éducation continue pour tous les programmes communautaires, par l'entremise des équipes pluridisciplinaires régionales et de l'utilisation de la technologie pour renforcer l'exécution des activités de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) et du programme NNC par les infirmières en soins communautaires, les travailleurs communautaires en prévention du diabète (TCPD) et autres travailleurs communautaires. 	<ol style="list-style-type: none"> 1a. De 120 à 125 infirmières en soins communautaires et soins à domicile ont reçu une formation sur les lignes directrices de pratique clinique et les stratégies de gestion des maladies chroniques. 1b. 25 nouveaux TCPD ont reçu une formation (et obtenu leur diplôme). 1c. 50 travailleurs communautaires ont reçu une formation en vertu du programme NNC. 1d. Possibilités de formation intégrée destinée aux travailleurs affectés aux programmes communautaires sur le partage/l'échange des connaissances, y compris l'utilisation de la technologie. 	<ol style="list-style-type: none"> 1a. Directeur, Division des soins de santé primaires (DSSP), Direction des soins de santé primaires et de la santé publique (DSSPSP), DGSPNI, SC 1b. à 1d. Directeur, Division PMCB, DPC, DGSPNI, SC 	<ol style="list-style-type: none"> 1a. D'ici le 31 mars 2012 1b. D'ici le 31 mars 2012 1c. D'ici le 31 mars 2012 1d. D'ici le 31 mars 2013

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/produits livrables	Responsabilité	Date prévue d'achèvement
<p>4. Soutenir et rehausser la collaboration et le réseautage à tous les niveaux pour veiller à ce que les activités demeurent pertinentes sur le plan culturel, et optimiser l'utilisation des ressources et favoriser les nouvelles technologies et possibilités de collaboration avantageuse.</p>	<p>La participation/collaboration des intervenants, une priorité de la DPC, est un thème essentiel du Modèle logique Modes de vie sains, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Renforcer les partenariats de collaboration (p. ex. avec les organisations autochtones nationales, les régions de Santé Canada, les organisations concernées par les maladies chroniques, les partenaires internationaux, les secteurs privé et sans but lucratif, autres secteurs de Santé Canada, ministères fédéraux et agences gouvernementales, provinces et territoires) qui soutiennent et/ou éclairent l'élaboration et l'administration des programmes/services communautaires modes de vie sains et pertinents sur le plan culturel. 2. La promotion de la santé, par l'entremise de programmes communautaires, est une priorité de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). La DGSPNI élabore un cadre de développement communautaire et de renforcement des capacités (DCRC), et crée les compétences et facilite les partenariats pour soutenir une capacité accrue de DCRC dans les collectivités autochtones. La direction générale prépare également une approche intégrée pour ses programmes de promotion de la santé qui permettra aux collectivités de mieux gérer leurs circonstances individuelles, en plus d'instaurer les milieux positifs et d'influencer les comportements. 3. Renforcer les possibilités et les mécanismes d'amélioration du partage des connaissances. 	<ol style="list-style-type: none"> 1a. Entretien 7 partenariats actuels et 2 nouveaux partenariats de l'IDA sur l'activité physique. 1b. Un réseau a été créé; ce réseau est composé, entre autres, de représentants régionaux, de marchands de vente au détail et de membres des collectivités, pour appuyer la mise en application des initiatives communautaires d'éducation nutritionnelle du programme NNC. 2. Rapports pour le Comité exécutif de Santé Canada sur : <ul style="list-style-type: none"> - Les stratégies à l'appui du développement communautaire et du renforcement des capacités dans les collectivités autochtones. - Les stratégies sur l'intégration des activités de promotion de la santé et de marketing social de la DGSPNI. 3. Examen des technologies (p. ex. sites Web, vidéoconférences) pour favoriser le partage de connaissances. 	<p>Directeur, Division PMCB, DPC, DGSPNI, SC</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1a. D'ici le 31 mars 2012 1b. D'ici le 31 mars 2012 2. D'ici le 31 mars 2012 3. D'ici le 31 mars 2012
<p>5. Compte tenu de l'importance des travaux stratégiques en matière de nutrition, de prévention des maladies chroniques et de prévention des blessures pour assurer l'efficacité de l'élaboration des programmes, le Groupe devrait soutenir et</p>	<p>L'élaboration des politiques et le partage des connaissances, deux priorités de la DPC, sont des thèmes essentiels du Modèle logique Modes de vie sains, en vigueur depuis le 1^{er} avril 2011.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Recueillir et utiliser les meilleures données probantes disponibles pour éclairer l'élaboration des politiques/programmes de 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observations à incorporer dans les processus FPT concernant les éléments suivants : <i>Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité – Déclaration sur la prévention et la promotion de la part des ministres canadiens de la Santé, de la Promotion de la santé et du Mode de vie sain et Freiner l'obésité juvénile : Cadre d'action fédéral, provincial et territorial pour la promotion du poids</i> 	<p>Directeur, Division PMCB, DPC, DGSPNI, SC</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. D'ici le 31 mars 2012 2a. D'ici le 31 mars 2012 2b. D'ici le 31 mars 2012

Recommandations	Réponse de la direction	Résultats/produits livrables	Responsabilité	Date prévue d'achèvement
<p>augmenter les travaux dans ces domaines clés. Il devrait se concentrer sur l'élaboration de politiques à l'appui des programmes existants et sur des activités axées sur le développement, l'interprétation et l'échange de connaissances pour soutenir les groupes nationaux, les régions et les collectivités.</p>	<p>modes de vie sains.</p> <p>2. Fournir une expertise stratégique pour renforcer et éclairer les travaux d'élaboration des politiques sur les questions de santé contemporaines (p. ex. le diabète de grossesse, la santé en milieu scolaire, la sécurité alimentaire) et les nouveaux enjeux en santé (p. ex. l'obésité, la politique alimentaire).</p>	<p><i>santé</i></p> <p>2a. Examen des données probantes et des pratiques exemplaires; détermination des modèles et mesures pour la santé globale dans le milieu scolaire autochtone.</p> <p>2b. Document établissant la portée de l'amélioration de l'accès et la disponibilité des aliments traditionnels (principalement dans le Nord).</p>		



Health Santé
Canada Canada

**PRÉVENTION DES MALADIES
CHRONIQUES ET DES BLESSURES (PMCB)**

ÉVALUATION DU GROUPE

Rapport final

Mai 2011

Canada 

Préparé par :

Goss Gilroy inc.
Conseillers en gestion
150, rue Metcalfe, pièce 900
Ottawa (Ontario) K2P 1P1

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire.....	iii
1.0 Introduction.....	1
1.1 Description du Groupe PMCB.....	1
1.2 Contexte de l'évaluation.....	10
2.0 Méthodes.....	13
2.1 Visites dans les collectivités.....	13
2.2 Entrevues d'informateurs clés non membres de la collectivité.....	15
2.3 Examen de documents.....	15
2.4 Recension des écrits.....	15
2.5 Description de l'analyse.....	16
2.6 Limites et défis.....	16
3.0 Constatations de l'évaluation de la pertinence du Groupe PMCB.....	18
P1.1 Besoins de santé actuels des Premières nations et des Inuits, relativement à la prévention des maladies chroniques et des blessures.....	18
P1.2 Évolution des besoins de santé des Premières nations et des Inuits en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures.....	24
P1.3 Lien entre les besoins actuels et les activités PMCB.....	26
P1.4 Répondre aux besoins communautaires à l'aide de programmes et de mécanismes de soutien axés sur la PMCB.....	31
P2.1 Compatibilité entre le Groupe PMCB et les priorités du gouvernement au moment de la création du Groupe.....	34
P2.2 Compatibilité entre le Groupe PMCB et les priorités gouvernementales actuelles.....	35
P3.0 Compatibilité entre le Groupe PMCB et le mandat/rôle du gouvernement en vue de répondre aux besoins de santé des membres des Premières nations et des Inuits.....	36
4.0 Constatations de l'évaluation du rendement du Groupe PMCB.....	38
R4.1.1 Participation accrue des Premières nations et des Inuits dans les programmes et les mécanismes de soutien PMCB.....	38
R4.1.2 Meilleur accès aux programmes et mécanismes de soutien de qualité axés sur la PMCB.....	41
R4.1.3 Prestation de programmes de qualité.....	44
R4.1.4 Sensibilisation accrue aux comportements sains liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures.....	47
R4.1.5 Amélioration de la pratique de comportements sains liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures.....	50
R4.2.1 Amélioration du continuum de programmes et mécanismes de soutien dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.....	52
R4.2.2 Activités de collaboration et de réseautage accrues et améliorées.....	54
R4.3 Propriété accrue des collectivités des Premières nations et des Inuits pour l'exécution de programmes et mécanismes de soutien axés sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.....	56
R4.4 Capacités renforcées des collectivités des Premières nations et des Inuits d'exécuter des programmes et mécanismes de soutien axés sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.....	59
R5.1 Démonstration d'efficacité et d'économie.....	62
5.0 Récapitulatif.....	66
5.1 Principales constatations.....	66
5.2 Observations supplémentaires.....	72
5.3 Conclusions.....	73
5.4 Recommandations.....	78
Annexe A — Modèle logique du Groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures.....	79

ACRONYMES

ACD	Association canadienne du diabète
AINC	Affaires indiennes et du Nord Canada
APN	Assemblée des Premières Nations
CGRR	Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats
DGRP	Direction générale des régions et des programmes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
DMERM	Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère
EFCPN	Entente de financement Canada-Premières Nations
FPT	Fédéral/provincial/territorial
GCRC	Gabarit de compte rendu communautaire
IDA	Initiative sur le diabète chez les Autochtones
ISPDMC	Intervenants spécialisés dans la prévention du diabète en milieu communautaire
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
MC	Maladie chronique
MPNRICI	Membres des Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites
OAN	Organisation autochtone nationale
ONG	Organisation non gouvernementale
PB	Prévention des blessures
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PMCB	Prévention des maladies chroniques et des blessures
PPMAHRIMU	Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors-réserve et des Inuits en milieu urbain
SC	Santé Canada
VTT	Véhicule tout-terrain

SOMMAIRE

Aperçu du Groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures

Le présent rapport décrit les constatations de l'évaluation du Groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada. Dans le cadre du renouvellement des autorisations de programmes de 2005, la DGSPNI a intégré ses programmes et ses activités à l'intérieur de groupes de programmes et domaines politiques connexes afin d'appuyer une approche complète à l'administration des programmes et de simplifier l'exécution et l'intégration des programmes et des activités. Le Groupe PMCB ne comprend qu'un programme communautaire, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), et trois secteurs de politique (politique sur la nutrition; politique sur la prévention des maladies chroniques; et politique sur la prévention des blessures accidentelles).

À titre de résultats stratégiques prédominants pour son ensemble de programmes, y compris ceux exécutés par l'entremise du Groupe PMCB, la DGSPNI cible de meilleurs résultats pour la santé et la réduction des inégalités en matière de santé entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Le personnel de la DGSPNI et des bureaux régionaux de Santé Canada collabore étroitement avec les représentants des collectivités autochtones à l'exécution, principalement dans les réserves, des programmes de santé publique et communautaire à l'appui des objectifs susmentionnés.

Dans ce contexte, les priorités du Groupe sont les suivantes : aider les bénéficiaires admissibles (Premières nations, Inuits et Métis) à concevoir, à élaborer, à mettre en œuvre, à coordonner, à exécuter et à évaluer les programmes de prévention du diabète, de même qu'à développer des connaissances et des politiques axées sur la promotion de la santé nutritionnelle et la sécurité alimentaire. Ces priorités visent à réduire, chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, le nombre de maladies, de décès et d'incapacités qui découlent d'une maladie chronique et d'une blessure accidentelle. Les activités de prévention sont exécutées aux niveaux national, régional et communautaire. Les dépenses liées aux programmes et services de soutien fournis en vertu du Groupe PMCB au cours des exercices 2005-2006 à 2009-2010 s'élèvent à environ 205 millions de dollars.

Aperçu de l'évaluation

Globalement, l'évaluation visait à examiner la pertinence et le rendement du Groupe PMCB par rapport aux divers résultats escomptés. Puisque le Groupe PMCB avait complété un cycle opérationnel en mars 2010, une évaluation a été réalisée pour répondre aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor. L'évaluation était axée sur les questions fondamentales déterminées par Santé Canada (SC) dans le cadre de la *Stratégie de l'évaluation du groupe* -

Prévention des maladies chroniques et des blessures qui était fondée sur le document *Directive sur la fonction d'évaluation (2009)* qui accompagne la Politique du Conseil du Trésor sur l'évaluation.

La portée de l'évaluation s'étendait d'avril 2005 à mars 2010. L'évaluation était principalement axée sur les programmes et initiatives destinés aux Autochtones qui vivent dans des réserves et aux Inuits des collectivités inuites. Même si l'évaluation a permis de recueillir certaines données auprès de représentants des territoires et de la région du Nord, presque toute la collecte de données primaires a été effectuée dans les collectivités des Premières nations et des Inuits situées au sud du 60^e parallèle. L'évaluation a été réalisée au cours de la période d'avril à décembre 2010 et la quasi-totalité des activités de collecte de données primaires (p. ex. les visites dans les collectivités et les entrevues des informateurs clés) a eu lieu entre juin et août 2010.

Les principales méthodes d'évaluation comportaient des visites dans 29 collectivités où ont été tenues 75 entrevues auprès d'employés affectés à la santé communautaire et 27 entrevues auprès de dirigeants des collectivités, de même que des groupes de discussion avec 197 participants dans des activités de la PMCB et 105 non-participants. En outre, 34 entrevues d'informateurs clés ont été réalisées auprès de représentants de l'Assemblée des Premières nations (APN) et d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), de représentants de SC (DGSPNI et bureaux régionaux) et de représentants de la santé des territoires. Les autres sources de données comprenaient un examen approfondi des documents ainsi qu'une recension des écrits ciblant surtout les analyses économiques de la prévention des maladies chroniques et des blessures.

Conclusions

En général, l'évaluation a démontré la pertinence et le bon rendement du Groupe; cependant, les résultats auraient été plus concluants en termes de rendement si des données complètes sur le rendement et la surveillance du Groupe avaient été disponibles pour la période de l'évaluation (2005-2010).

La conception et la mise en œuvre du Groupe PMCB permettent de répondre aux besoins en termes de prévention des maladies chroniques cernés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les principales caractéristiques déterminantes du Groupe sont l'approche communautaire sur la prestation des services, l'accent placé sur le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances, ainsi qu'une structure de groupe qui favorise la collaboration entre les secteurs de programmes et de politiques à l'intérieur du Groupe.

La conception et la mise en œuvre du Groupe PMCB permettent d'aborder les besoins sur le plan de la prévention des blessures cernés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits par l'entremise de services de soutien d'un secteur de politique qui facilite le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances avec des collectivités élaborant et mettant en application des activités et des politiques axées sur la prévention des blessures. Les résultats de l'évaluation démontrent que même si la prévention des blessures n'était pas une priorité pour plusieurs collectivités au cours de la période 2005-2010, il est probable que ce secteur le deviendra pour plusieurs collectivités à la suite des travaux sur la prévention des blessures

récemment exécutés au niveau national et dans certaines régions. À mesure que le niveau de priorité du secteur augmentera, le Groupe pourra continuer de maintenir et d'améliorer son soutien par l'élaboration de politiques, des activités de développement, d'interprétation et d'échange de connaissances, des partenariats et des réseaux.

Le Groupe PMCB s'harmonise avec les priorités fédérales actuelles et les mandats et responsabilités du gouvernement canadien sur la santé des Premières nations et des Inuits.

Le Groupe PMCB a contribué efficacement à améliorer les niveaux de compréhension et de connaissance des individus sur le diabète, l'alimentation saine et l'activité physique. Les résultats de l'évaluation démontrent que le Groupe a contribué à aider certains de ces individus à faire le prochain pas vers des changements comportementaux réels et durables en termes d'alimentation saine et d'activité physique. L'évaluation présente d'autres données selon lesquelles la capacité appropriée des collectivités à fournir des programmes de promotion de la santé et créer des milieux positifs contribue à favoriser des changements comportementaux sains et durables.

L'évaluation a permis de cerner divers obstacles qui, s'ils sont convenablement abordés, pourraient élargir la portée du Groupe, contribuant ainsi à améliorer les niveaux de compréhension et de connaissance.

L'évaluation a fait ressortir la collaboration et la création de réseaux à plusieurs niveaux à titre de domaine clé de réussite du Groupe PMCB. Compte tenu des avantages positifs signalés eu égard à ce résultat, il est important de maintenir et d'améliorer les efforts du Groupe dans ce domaine lorsque l'occasion se présente.

L'évaluation a confirmé que le Groupe PMCB a réussi, grâce à ses efforts, à renforcer les capacités du personnel affecté à la santé communautaire et responsable de la mise en application des activités du Groupe, et à contribuer aux résultats positifs au niveau communautaire. Compte tenu des avantages connexes, le Groupe devra absolument poursuivre ces efforts dans ce domaine.

En général, les données probantes indiquent que l'exécution des activités du Groupe PMCB produit des économies et des gains d'efficacité suffisants en minimisant les ressources nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés, tout en maximisant les extrants et les progrès vers l'atteinte des résultats.

Recommandations

Selon les constatations et les conclusions de l'évaluation, cinq recommandations ont été formulées pour le Groupe PMCB.

Recommandation n° 1 :

Élaborer et mettre en œuvre une approche solide pour la collecte et l'analyse des données de rendement pour améliorer la qualité des rapports continus sur le rendement et l'évaluation périodique du Groupe.

Recommandation n° 2 :

Miser sur les efforts communautaires pour favoriser des milieux positifs et durables afin de surmonter les obstacles et de relever les défis liés à l'accès et à la participation aux programmes et services communautaires modes de vie sains. Une attention particulière devrait être portée aux obstacles et défis qui peuvent être le plus efficacement surmontés par le Groupe.

Recommandation n° 3 :

Soutenir et améliorer les progrès réalisés au cours des cinq dernières années sur le plan du renforcement des capacités au niveau communautaire qui ont directement contribué à l'efficacité globale du Groupe.

Recommandation n° 4 :

Soutenir et rehausser la collaboration et le réseautage à tous les niveaux pour veiller à ce que les activités demeurent pertinentes sur le plan culturel, et optimiser l'utilisation des ressources et favoriser les nouvelles technologies et possibilités de collaboration avantageuse.

Recommandation n° 5 :

Compte tenu de l'importance des travaux stratégiques en matière de nutrition, de prévention des maladies chroniques et de prévention des blessures pour assurer l'efficacité de l'élaboration des programmes, le Groupe devrait soutenir et augmenter les travaux dans ces domaines clés. Il devrait se concentrer sur l'élaboration de politiques à l'appui des programmes existants et sur des activités axées sur le développement, l'interprétation et l'échange de connaissances pour soutenir les groupes nationaux, les régions et les collectivités.

1.0 Introduction

Le présent rapport décrit les constatations de l'évaluation du Groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada.

1.1 Description du Groupe PMCB

1.1.1 Historique et contexte du Groupe

Dans le cadre du renouvellement des autorisations de programmes de 2005, la DGSPNI a intégré ses programmes et ses activités à l'intérieur de groupes de programmes et domaines politiques connexes afin d'appuyer une approche complète à l'administration des programmes et de simplifier l'exécution et l'intégration des programmes et des activités. La Direction des Programmes communautaires (DPC) de la DGSPNI comprend trois (3) groupes : Enfance et jeunesse, Santé mentale et toxicomanies, et Prévention des maladies chroniques et des blessures (PMCB). Le Groupe PMCB veille à l'élaboration et à l'administration des programmes et services communautaires de promotion de la santé et de prévention du diabète chez les Autochtones et les Inuits, en plus d'apporter un appui politique dans les domaines des maladies chroniques, de la nutrition et de la prévention des blessures. Le Groupe cible les membres, les familles et les collectivités dans leur ensemble.

Outre la création des groupes, deux autres importants changements ont influé sur le contexte du Groupe PMCB au cours de la période d'évaluation :

- En 2005, la DGSPNI a adopté quatre nouveaux modèles de financement à l'appui des activités communautaires dont le but était de permettre aux collectivités d'acquiescer progressivement une plus grande souplesse dans l'utilisation des fonds, tout en minimisant les exigences en matière de rapports.
- En 2006, l'aide financière accordée à l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), le seul programme communautaire de PMCB, a été augmentée de façon appréciable pour atteindre 190 millions de dollars sur cinq ans. Cette hausse de financement devait donner lieu à une amélioration des programmes de prévention du diabète dans les collectivités autochtones et inuites de toutes les régions du pays, assurer l'accès à des activités de dépistage précoce fondées sur les Lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète (ACD), et rehausser la collaboration avec les provinces et les territoires pour améliorer la prestation des services.

1.1.2 Aperçu des initiatives, programmes et objectifs du Groupe

Le Groupe PMCB ne comprend qu'un programme communautaire, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), et trois secteurs de politique (politique sur la nutrition; politique sur la prévention des maladies chroniques; et politique sur la prévention des blessures accidentelles)¹.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

L'IDA est la plus importante composante du Groupe et la seule qui administre des programmes et services communautaires dont la présence régionale est appréciable.

L'IDA vise, au bout du compte, à réduire le taux d'incidence et de prévalence du diabète chez les Autochtones et à améliorer l'état de santé des membres, familles et des collectivités des Premières nations et des Inuits. Pour réduire le taux de prévalence du diabète de type 2 et ses complications chez les Autochtones, l'IDA soutient un éventail d'activités axées sur la promotion de la santé, la prévention, le dépistage et les soins communautaires et appropriés sur le plan culturel.

De plus, l'IDA vise à encourager les milieux favorables et à :

- augmenter l'activité physique et les habitudes d'alimentation saine pour réduire le taux de prévalence des facteurs de risque (p. ex., l'obésité);
- améliorer l'accès au dépistage et à la détection du diabète;
- améliorer la qualité de vie des diabétiques et atténuer les complications (c.-à-d. meilleure prise en charge du diabète);
- améliorer la collaboration et les partenariats;
- sensibiliser les gens à l'égard du diabète, de ses facteurs de risque et complications, et des stratégies de prévention;
- accroître la participation des Autochtones et des Inuits à l'administration des programmes et mécanismes de soutien;
- améliorer les initiatives de soutien communautaires qui sont axées sur la prévention du diabète.

Au cours de la période d'évaluation (2005-2010), l'IDA a administré deux volets de programmes et services :

- Membres des Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites (MPNRICI) – financement de projets communautaires et pertinents sur le plan culturel qui sont axés sur le dépistage et le traitement du diabète, la promotion de la santé et la prévention.

¹ La description des composantes du Groupe est extraite du *Rapport de 2009 sur le rendement du Groupe pour la période 2004-2005 à 2006-2007*.

- Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors-réserve et des Inuits en milieu urbain (PPMAHRIMU) – financement (sur présentation d’une demande) de programmes primaires de prévention et promotion de la santé à l’intention des collectivités autochtones de toutes les régions du pays. Le PPMHRIMU a également fait la promotion de la nécessité d’activités de dépistage, de traitement et d’aiguillage qui sont la responsabilité des gouvernements provinciaux et territoriaux pour ces populations.

Une des principales activités de l’IDA au cours de cette période était axée sur le renforcement des capacités des spécialistes communautaires autochtones et inuits à administrer les projets et les services au moyen de la formation pour intervenants spécialisés dans la prévention du diabète en milieu communautaire (ISPDMC). En consultation avec divers partenaires et spécialistes, le personnel affecté à l’IDA a déterminé les compétences essentielles des ISPDMC pour orienter la sélection régionale des programmes de formation. Plusieurs établissements d’enseignement ont offert la formation des ISPDMC. Au cours de la période 2004-2005 à 2009-2010, au total, 336 participants ont terminé les programmes de formation des ISPDMC.

Les intervenants spécialisés dans le diabète interagissent avec des fournisseurs locaux de services de santé et sont soutenus par des équipes pluridisciplinaires régionales de santé. La création de ces équipes régionales de professionnels de la santé composées d’une diététicienne/nutritionniste agréée, d’un spécialiste de l’activité physique et d’un coordonnateur du diabète, a été une initiative clé au cours de la période 2005-2010. Cette approche d’équipe pluridisciplinaire régionale, fondée sur l’*U.S. Diabetes Prevention Program (USDPP)*², fournit une expertise professionnelle sur la nutrition et l’activité physique à l’appui des interventions communautaires, en plus des relations, de la formation et de l’encadrement des intervenants locaux concernés par le diabète.

Les trois secteurs de politique du Groupe sont la politique sur la nutrition, la politique sur la prévention des maladies chroniques et la politique sur la prévention des blessures accidentelles. Les objectifs globaux de ces trois secteurs de politique sont le développement, l’interprétation et l’échange de connaissances pour éclairer les politiques et les programmes, et la création et le maintien de partenariats. À l’intérieur de ces objectifs globaux, chaque secteur de politique a des objectifs particuliers, tel que précisé ci-dessous.

Politique sur la nutrition

La Politique sur la nutrition vise à rehausser la santé nutritionnelle des Autochtones et des Inuits en collaborant étroitement avec les partenaires des secteurs dans les domaines prioritaires suivants : sécurité alimentaire; poids santé; alimentation adéquate et prévention des maladies chroniques.

² *Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin. N Engl J Med. 7 février 2002; 346: pages 393 à 403.*

Objectifs de la Politique sur la nutrition :

- Collaborer avec les spécialistes qui œuvrent dans le domaine de la nutrition des Premières nations et des Inuits (et, dans certains cas, des Autochtones en général) à l'échange d'information et l'organisation d'un groupe de discussion pour obtenir des observations à incorporer dans les initiatives nationales.
- Cibler les besoins de nutrition des Premières nations et des Inuits (et, dans certains cas, des Autochtones en général) et élaborer ou renforcer les politiques, les stratégies, les programmes, les projets, la recherche et les initiatives de renforcement des capacités pour répondre à ces besoins.
- Développer et renforcer les capacités, y compris la capacité en matière de ressources humaines, pour administrer les programmes et les services liés à la nutrition au moyen de ressources, d'outils, de mécanismes de soutien et d'activités de formation.
- Faciliter la création de milieux favorables qui contribuent à améliorer les pratiques nutritionnelles et les modes de vie sains dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Il est important de préciser que même si la description susmentionnée reflète fidèlement celle du programme qui figure dans le Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats (CGRR) de 2007 du Groupe, la cible de la Politique sur la nutrition a continué d'évoluer au cours de la période d'évaluation pour répondre aux besoins évolutifs des Premières nations et des Inuits et pour favoriser le développement des connaissances et le leadership/l'expertise sur les politiques, les programmes³, la recherche et la surveillance, ainsi que sur les initiatives de renforcement des capacités liées à la santé nutritionnelle des Autochtones canadiens.

Domaines d'activité :

- Soutenir les efforts de collecte de données de base sur la nutrition et la sécurité alimentaire (p. ex., l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations [EANEPN]).
- Adapter l'orientation nationale sur l'alimentation pour répondre aux besoins des Autochtones (p. ex., Bien manger avec le Guide alimentaire canadien – Premières nations, Inuit et Métis).
- Collaborer avec les partenaires et les autres intervenants des Premières nations et des Inuits pour traiter des questions de nutrition et de sécurité alimentaire (p. ex., groupe de référence sur la sécurité alimentaire, groupe consultatif sur les interventions en nutrition fondées sur le détail).
- Formuler des conseils pour la création de programmes et l'élaboration de politiques sur la promotion de la santé (p. ex., accent accru sur la planification communautaire de la sécurité alimentaire dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, création de Nutrition Nord Canada).

³ Un accent plus marqué est placé sur les programmes communautaires fédéraux qui ont une composante de nutrition, p. ex., l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones.

Politique sur la prévention des maladies chroniques

La Politique sur la prévention des maladies chroniques vise à contribuer à la réduction du taux d'incidence et de prévalence des maladies chroniques chez les membres des Premières nations et des Inuits en collaborant à la réalisation des objectifs suivants avec les partenaires des Premières nations et des Inuits, des organisations axées sur les maladies chroniques, l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la Direction des soins de santé primaires et de santé publique de la DGSPNI :

- Sensibiliser la population à la prévention des maladies chroniques au niveau national, régional et communautaire.
- Soutenir le développement, l'analyse et l'échange des connaissances pour éclairer les politiques, les stratégies, les programmes et la recherche dans le domaine de la prévention des maladies chroniques.
- Appuyer les efforts d'intégration de la prévention et de la gestion des maladies chroniques au niveau communautaire.

La Politique sur la prévention des maladies chroniques éclaire l'élaboration des politiques et des programmes dans des secteurs particuliers de prévention des maladies chroniques (notamment le cancer, la santé cardiovasculaire, les accidents vasculaires cérébraux et la santé pulmonaire) et la promotion de la compréhension d'une approche intégrée sur la prévention des maladies au niveau communautaire. Les principaux domaines d'activité sont les suivants : soutenir la participation des organisations nationales de Premières nations et Inuits à l'élaboration de politiques; favoriser le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances sur les pratiques fondées sur des preuves cliniques en ce qui concerne la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans les collectivités autochtones; et renforcer les capacités pour l'élaboration et l'administration d'activités de prévention et de prise en charge des maladies chroniques dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Politique sur la prévention des blessures

La Politique sur la prévention des blessures vise à contribuer à la réduction du taux d'incidence et de la gravité des blessures accidentelles (p. ex., liées à un incendie, une chute, un accident de la route, une noyade et un empoisonnement) chez les membres des Premières nations et des Inuits, en collaborant avec des partenaires à la réalisation des objectifs suivants :

- Sensibiliser la population sur la prévention des blessures au niveau national, régional et communautaire.
- Soutenir le développement, l'analyse et l'échange des connaissances pour éclairer les politiques, les stratégies, les programmes et la recherche dans le domaine de la prévention des blessures.
- Renforcer les capacités et rehausser la coordination entre les intervenants multisectoriels engagés dans la prévention des blessures chez les membres des Premières nations et des Inuits.

Pour atteindre ces objectifs, les responsables de la Politique sur la prévention des blessures entreprennent l'élaboration de politiques, le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances et le renforcement des capacités, et s'emploient à collaborer et à créer des partenariats avec ceux qui travaillent auprès des membres des Premières nations et des Inuits pour leur fournir l'expertise sur la prévention des blessures pouvant être intégrée à d'autres programmes.

Portée du Groupe (bénéficiaires ciblés)

Le Groupe PMCB touche plus de 600 collectivités des Premières nations et des Inuits grâce aux programmes communautaires sur le diabète (promotion de la santé, prévention, dépistage et traitement). De plus, le Groupe touche les Métis, les populations autochtones hors-réserve et les Inuits en milieu urbain (au moyen de projets financés sur présentation d'une demande de financement) dans le cadre de projets sur la prévention primaire du diabète et la promotion de la santé. Au total, 62 projets ont été exécutés à la suite du processus de présentation d'une demande fondée sur l'examen par les pairs.

La portée du Groupe s'étend directement et indirectement à toutes les populations autochtones par le biais d'un éventail d'activités d'élaboration de politique, de développement des connaissances et de consultation à l'appui de programmes et services de la Direction générale, du Ministère et de l'ensemble du gouvernement. Les activités PMCB comprennent la production de données probantes/connaissances; la création de partenariats, la collaboration et la consultation d'organisations des Premières nations, des Inuits et des soins de santé; la direction d'initiatives stratégiques et la contribution à ces initiatives; la création de ressources d'information; et le renforcement des capacités. Ces activités contribuent aux secteurs de programmes et de politiques du Groupe, ainsi qu'aux initiatives du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux et des organisations autochtones nationales et locales.

Gouvernance du Groupe

Le Comité exécutif de la DGSPNI surveille les travaux du Groupe. Le Comité exécutif est composé de représentants de la haute direction (DGSPNI, administration centrale), des bureaux régionaux de SC, d'autres directions générales de SC, de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). Les membres du Comité discutent et déterminent les objectifs, les plans et les priorités à l'aide d'un processus consultatif qui se répercute sur l'élaboration de plans opérationnels et financiers. Au moyen d'un processus annuel d'attribution de fonds et d'examen périodiques des pressions exercées sur le système, les fonds du Groupe sont distribués pour répondre aux priorités et répondre aux besoins et aux risques urgents. Les bureaux régionaux collaborent étroitement avec les organisations autochtones régionales et la haute direction de Santé Canada à la détermination et à l'examen des priorités régionales dans le contexte des priorités nationales, et à l'établissement de stratégies répondant aux besoins régionaux. Chaque région compte sur un organisme de consultation représentant les Premières nations et des Inuits pour fournir une orientation sur la mise en application des programmes dans la région.

Il existe plusieurs réseaux pour partager l'information sur l'IDA et pour orienter ses activités, notamment l'*Inuit Diabetes Network* et le groupe de travail de l'APN sur le diabète. Ces réseaux se rencontrent par le biais de conférence téléphonique et en personne à raison de une à trois fois

par année. La DPMCB de la DGSPNI et la Direction générale des régions et des programmes (bureaux régionaux) disposent d'un réseau de collaboration, l'Équipe de personnes-ressources régionales sur l'IDA (composée de membres d'équipes pluridisciplinaires régionales), qui se réunit chaque mois pour planifier les activités de l'IDA et discuter des activités et des enjeux. On dispose également de plusieurs groupes consultatifs spécialisés, y compris l'Équipe nationale sur l'activité physique, le Groupe consultatif sur le renforcement des capacités et le Groupe consultatif d'experts (composé de représentants clés de collectivités autochtones, universitaires, médicales, de recherche et gouvernementales).

En collaboration avec les partenaires des Premières nations et des Inuits et les bureaux régionaux, l'administration centrale dirige la politique stratégique, le développement et l'échange des connaissances et la planification de programmes à l'appui des travaux du Groupe. Plus particulièrement, l'administration centrale doit :

- coordonner les liens avec d'autres ministères et organismes gouvernementaux, des provinces/territoires, des organisations autochtones nationales (OAN) et des organisations non gouvernementales (ONG);
- coordonner les communications entre les régions;
- mettre en œuvre une stratégie de mesure du rendement et une stratégie d'évaluation, de la façon décrite dans le CGRR;
- contribuer au développement des connaissances et formuler des conseils sur les nouvelles tendances, questions et priorités pour soutenir et éclairer l'élaboration de politiques et de programmes (surtout pour l'activité physique, la nutrition, la sécurité alimentaire et le diabète);
- recueillir et analyser de façon continue les données disponibles et utiliser cette information pour éclairer la conception et la mise en application des programmes;
- participer directement à la gestion et la surveillance d'accords de contribution pour un programme qui cible les Autochtones résidant à l'extérieur de leurs collectivités traditionnelles.

Entre 2005 et 2010, l'administration centrale a coordonné le Programme de prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors-réserve et des Inuits en milieu urbain (PPMAHRIMU) de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA). L'administration centrale a géré et surveillé les accords de contribution en communiquant et discutant régulièrement avec les bénéficiaires (par des visites sur place et la production de rapports).

En collaboration avec les Premières nations et les Inuits, les bureaux régionaux jouent un rôle de premier plan à l'appui de l'exécution efficace des activités et services du Groupe PMCB visant à mettre en œuvre et surveiller les politiques, programmes et initiatives et à évaluer leur rendement conformément à une gestion fondée sur les résultats. Plus particulièrement, les bureaux régionaux doivent :

- gérer et surveiller les accords de contribution en communiquant et discutant régulièrement avec les bénéficiaires (par des visites sur place et la production de rapports);
- compiler et analyser régulièrement les données recueillies aux termes des exigences de production de rapports au niveau communautaire;

- surveiller le rendement des activités et initiatives pour lesquelles les bureaux régionaux doivent rendre compte et prendre des décisions éclairées;
- soutenir les activités d'évaluation de programme au moyen de communications et par la prestation de renseignements et de services de coordination des travaux d'évaluation exécutés dans les collectivités;
- en consultation avec le comité consultatif régional, mettre en application les recommandations formulées en fonction des résultats d'une évaluation;
- soutenir les collectivités dans la planification des programmes, le développement des capacités et d'autres aspects liés à l'administration et à l'exécution des programmes;
- offrir un rôle consultatif pour les activités politiques de programme;
- collaborer étroitement avec les partenaires des Premières nations et des Inuits au niveau régional et local pour veiller à l'exécution efficace des programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures.

Les bureaux régionaux contribuent aux travaux nationaux d'élaboration des politiques en présentant leurs points de vue uniques à l'administration centrale – détermination des problèmes et des priorités, façonnement de l'orientation stratégique et de programme et contribution des expertises.

Ressources

Le tableau 1 présente les dépenses prévues et réelles du Groupe PMCB pour les exercices financiers 2005-2006 à 2009-2010.

Tableau 1 : Dépenses prévues et réelles du Groupe PMCB (en millions de dollars)

Programmes de PMCB	2005-2006		2006-2007		2007-2008		2008-2009		2009-2010	
	Prévues	Réelles								
Initiative sur le diabète chez les Autochtones	20,3	17	29,7	23,3	40	33,7	45	39,6	55	49,3
Prévention des blessures	1	0,5	1	0,7	1	0,9	1	0,7	1	0,5
Sécurité alimentaire et nutrition	1	1,8	1	2,1	1	1,8	1	2,5	1	2,5
Prévention des maladies chroniques	0,6	0	0	0	0	0,1	0	0,2	0	0,8
Transfert du PMCB	0	0	0	0	0	0	0	15,2	0	12,2
Total - Groupe PMCB	22,9	19,3	31,7	26,1	42	36,5	47	58,2	57	65,3

Source : Santé Canada, Direction générale du contrôleur ministériel, Services financiers (DGSPNI), 2010

Notes :

- Les dépenses prévues et réelles comprennent les coûts du Ministère, les coûts liés au Régime d'avantages sociaux des employés (RASE) et les frais de logement.
- Le code d'activité du programme « Transfert de PMCB » a été utilisé pour saisir les coûts associés aux programmes au titre de l'autorisation du Programme de prévention des maladies chroniques incluse dans les accords de transfert pluriannuel sur les services de santé qui avaient été conclus à l'époque entre les bénéficiaires inuits et de Premières nations et les bureaux régionaux.

1.1.3 Modèle logique du Groupe

Le Groupe PMCB respecte une logique de programme comportant des activités et extrants qui contribuent à l'obtention de résultats précis. Le modèle logique du Groupe est présenté à l'annexe A.

Principales activités et principaux extrants

Les principales activités du Groupe PMCB sont les suivantes :

- 1) Collaborer avec des Premières nations et des Inuits, des responsables fédéraux/provinciaux/territoriaux (FPT) et des organisations FPT (dans le cadre d'accords, de projets conjoints, de groupes de travail et d'alliances stratégiques).
- 2) Administrer des programmes et mécanismes de soutien PMCB (dans le cadre de projets et d'activités, et avec des participants et des clients).
- 3) Diriger, innover et incorporer des pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes de PMCB (dans le cadre de politiques et de procédures, de lignes directrices et cadres, de rapports et de conférences).
- 4) Éduquer et sensibiliser les gens sur la PMCB (sous forme d'activités d'éducation et de sensibilisation).
- 5) Renforcer les capacités en développant une force de travail communautaire compétente (dans le cadre d'évaluations des besoins en formation, de formation axée sur les compétences, de matériel didactique approprié sur le plan culturel, de séances de formation et de travailleurs formés).

Résultats escomptés

En collaborant étroitement avec des Premières nations et des Inuits, des responsables et des organisations FPT, le Groupe PMCB s'efforce d'augmenter et d'améliorer les collaborations et le réseautage entre les intervenants.

Les autres activités (administration des programmes; direction, innovation et incorporation de pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes; éducation et sensibilisation; et renforcement des capacités) devraient :

- améliorer le continuum de programmes et mécanismes de soutien dans les collectivités des Premières nations et des Inuits;
- accroître la participation des Premières nations et des Inuits dans les programmes et les mécanismes de soutien;
- mieux faire connaître les comportements sains.

Les résultats immédiats devraient contribuer à l'obtention des résultats intermédiaires suivants :

- augmenter la pratique de comportements sains chez les Premières nations et les Inuits;
- accroître la propriété collective des Premières nations et des Inuits et leurs capacités de traiter des maladies chroniques et des blessures;

- améliorer l'accès aux programmes et aux mécanismes de soutien de qualité et bien coordonnés pour les membres, les familles et les communautés des Premières nations et des Inuits.

L'obtention de ces résultats immédiats et intermédiaires devrait mener à la réalisation du résultat ultime du Groupe PMCB, soit de contribuer à améliorer l'état de santé des membres, des familles et des collectivités des Premières nations et des Inuits au moyen de programmes et mécanismes de soutien renforcés de PMCB.

Facteurs déterminants externes au Groupe

Pour mesurer l'atteinte des résultats du programme et des activités du Groupe PMCB, l'évaluation devait absolument prendre en compte les facteurs externes qui complètent la PMCB et en influencent la réalisation. Par exemple, les collectivités sont situées dans des provinces et territoires dans lesquels les gouvernements offrent un programme PMCB qui couvre des domaines semblables de prévention. Compte tenu du fait que certaines activités PMCB sont combinées à d'autres activités communautaires de promotion de la santé, il est difficile de séparer l'influence et la contribution des activités individuelles sur les résultats.

Enfin, d'autres facteurs plus globaux qui sont externes au Groupe PMCB influencent l'obtention des résultats; ils sont reflétés dans la diversité des collectivités desservies par le Groupe PMCB, notamment le niveau d'isolement, le développement économique, le leadership et le niveau d'éducation de la collectivité.

1.2 Contexte de l'évaluation

1.2.1 Justification de l'évaluation

But de l'évaluation

Comme le Groupe PMCB avait terminé un cycle opérationnel en mars 2010, une évaluation a été réalisée pour répondre aux exigences du Secrétariat du Conseil du Trésor. L'évaluation a porté surtout sur les questions fondamentales déterminées par SC dans le cadre de la *Stratégie d'évaluation du groupe - Prévention des maladies chroniques et des blessures* qui était fondée sur le document *Directive sur la fonction d'évaluation (2009)* accompagnant la Politique du Conseil du Trésor sur l'évaluation. Les problèmes sont classés dans deux catégories : pertinence et rendement.

Intervenants et public cible

L'évaluation devrait appuyer SC (administration centrale et bureaux régionaux) et ses partenaires autochtones (APN et ITK) dans la gestion liée aux résultats en fournissant des renseignements sur la réalisation des résultats pour le Groupe.

1.2.2 Objectif, facteurs à considérer, portée et choix du moment

Objectif de l'évaluation

L'objectif global était d'évaluer la pertinence et le rendement du Groupe PMCB par rapport aux divers résultats escomptés.

Facteurs d'évaluation du Groupe

Les évaluations du Groupe sont conçues pour évaluer la réalisation globale des résultats intégrés de haut niveau d'un ensemble de programmes et politiques. Cette évaluation avait pour objectif d'étudier d'un point de vue global la façon dont la combinaison des programmes et politiques à l'intérieur du Groupe et la collaboration avec d'autres ressources externes contribue à l'atteinte des résultats escomptés. Les constatations de l'évaluation sont structurées comme des contributions aux résultats plutôt que des causes des résultats.

La présente évaluation comportait un défi relativement à la composition du Groupe. Tel que décrit plus haut dans le texte, le Groupe compte un programme (IDA) très important et trois secteurs de politique. La composante IDA accapare presque tout le budget du Groupe; elle est la composante la plus visible dans les collectivités et est structurée en fonction de la conception et de l'exécution d'activités et d'extrants précis, comparativement aux trois composantes de type politique. Les unités politiques sont plus diffuses – en plus de contribuer aux activités de l'IDA et à d'autres activités du Groupe, elles contribuent aux activités et programmes des autres groupes de la DGSPNI et les soutiennent (p. ex., Programme canadien de nutrition prénatale - PCNP, Grandir ensemble). Par conséquent, les données recueillies pour l'évaluation portaient en grande partie sur les activités, les extrants et les résultats de l'IDA. Dans la mesure du possible, les données et les renseignements recueillis pour les secteurs de politique étaient axés sur la mesure dans laquelle les unités politiques contribuaient globalement à la réalisation des résultats du Groupe (p. ex., fournir du matériel pour les activités de l'IDA afin de faciliter la sensibilisation à la nutrition et le réseautage coopératif).

Portée de l'évaluation

L'évaluation couvrait une période quinquennale (avril 2005 à mars 2010) et portait principalement sur les programmes et les initiatives destinés aux membres des Premières nations vivant dans des réserves et aux Inuits des collectivités inuites. Même si l'évaluation a permis de recueillir certaines données de représentants des territoires et de la région du Nord, presque toute la collecte de données primaires a été effectuée dans des collectivités des Premières nations et des Inuits situées au sud du 60^e parallèle. La composante PPMHRIMU, qui a récemment fait l'objet d'une évaluation⁴, faisait partie de l'un des aspects de l'examen de la documentation.

Choix du moment de l'évaluation

L'évaluation a été réalisée entre les mois d'avril et de décembre 2010; presque toute la collecte de données primaires (visites de collectivités et entrevues des informateurs clés) a eu lieu entre les mois de juin et d'août 2010.

⁴ Catalyst Research and Communications (2010) *Evaluation of the Métis, Off-reserve First Nations and Urban Inuit Prevention and Promotion Component of the Aboriginal Diabetes Initiative*.

1.2.3 Questions et enjeux liés à l'évaluation

Tel que précisé dans les objectifs de l'évaluation, la pertinence et le rendement constituaient les principaux enjeux de l'évaluation. Dans ces deux catégories générales d'enjeu, le cadre de l'évaluation a permis d'établir huit questions d'évaluation très importantes et 16 questions et résultats précis de recherche (voir le tableau 2).

Tableau 2 : Questions de l'évaluation

Questions d'évaluation très importantes	Questions et résultats précis de l'évaluation
Problème : Pertinence	
P 1.0 Est-ce que le Groupe PMCB répond clairement aux besoins de collectivités des Premières nations et des Inuits en matière de prévention des maladies chroniques (PMC) et de prévention des blessures (PB)?	P 1.1 Quels sont les besoins de santé actuels des Premières nations et des Inuits en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures?
	P 1.2 Comment ces besoins ont-ils changé depuis la dernière période de financement?
	P 1.3 Est-ce qu'il existe un lien précis entre les besoins actuels et les activités administrées par le Groupe PMCB?
	P 1.4 Est-ce que les programmes et les mécanismes de soutien administrés par le Groupe PMCB répondent aux besoins de leur collectivité en termes de prévention des maladies chroniques et des blessures?
P 2.0 Dans quelle mesure les travaux du Groupe sont-ils liés aux priorités gouvernementales?	P 2.1 En vertu de quel budget ou de quelle autre priorité les programmes et mécanismes de soutien de ce Groupe ont-ils été créés et en quelle année (source d'autorisation de programme/Groupe)?
	P 2.2 Est-ce que ce Groupe est compatible avec les priorités gouvernementales actuelles? Expliquer la compatibilité entre ses résultats escomptés et les priorités gouvernementales actuelles.
P 3.0 Dans quelle mesure ce Groupe est-il approprié pour le gouvernement fédéral et constitue-t-il un rôle fédéral essentiel?	P 3.1 Dans quelle mesure les programmes du Groupe PMCB concordent-ils avec les rôles et le mandat du gouvernement fédéral sur le traitement des besoins de santé des Premières nations et des Inuits?
Problème : Rendement	
R 4.1 Est-ce que les programmes et les mécanismes de soutien de PMCB répondent aux besoins des Premières nations et des Inuits? Si tel est le cas, comment y répondent-ils?	R 4.1.1 Participation/portée accrue des membres, des familles et des collectivités des Premières nations et des Inuits aux programmes et mécanismes de soutien.
	R 4.1.2 Meilleur accès à des programmes et mécanismes de soutien de qualité.
	R 4.1.3 Administration de programmes de qualité.
	R 4.1.4 Sensibilisation accrue à des comportements sains.
	R 4.1.5 Meilleure pratique des comportements sains.
R 4.2 Est-ce que les programmes de PMCB collaborent entre eux au niveau communautaire, régional et national pour obtenir les résultats escomptés du modèle logique? Si tel est le cas, comment?	R 4.2.1 Continuum amélioré de programmes et mécanismes de soutien dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.
	R 4.2.2 Collaboration et réseautage accrus et améliorés.
R 4.3 Est-ce que les investissements du programme PMCB contribuent à rehausser la propriété des Premières nations et des Inuits relativement à l'exécution des programmes et mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures?	R 4.3.1 Propriété accrue des collectivités des Premières nations et des Inuits et capacités renforcées pour combattre les maladies chroniques et les blessures.

Questions d'évaluation très importantes	Questions et résultats précis de l'évaluation
R 4.4 Est-ce que les investissements du programme PMCB contribuent à renforcer les capacités de ressources humaines (c.-à-d. la formation) dans les collectivités des Premières et des Inuits pour administrer les programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures?	R 4.4.1 Propriété accrue des collectivités des Premières nations et des Inuits et capacités renforcées pour combattre les maladies chroniques et les blessures.
R 5.1 Est-ce que le programme PMCB fait des économies et obtient des gains d'efficience?	R 5.1.1 Est-ce que le programme utilise efficacement les ressources par rapport à la production d'extrants et au progrès vers l'atteinte des résultats?
	R 5.1.2 Est-ce que les ressources affectées à l'exécution du programme correspondent à la quantité minimale de ressources requises pour obtenir les résultats escomptés?

2.0 Méthodes

Cette section présente un aperçu des méthodes précises d'évaluation mises en œuvre et de l'approche d'analyse, en plus d'une brève discussion sur les limites et les enjeux que le lecteur doit prendre en compte dans son examen des constatations de l'évaluation.

2.1 Visites dans les collectivités

Les visites dans les collectivités constituaient l'une des principales méthodes ayant été utilisées pour recueillir les données primaires de l'évaluation. Un membre de l'équipe d'évaluation a effectué une visite d'une ou deux journées dans une collectivité particulière pour interroger des informateurs clés (intervenants) de la collectivité, y compris des dirigeants de collectivités et du personnel de santé communautaire. Le membre de l'équipe a animé des groupes de discussion avec des membres de la collectivité, lorsque de tels groupes ont pu être organisés avec l'aide du personnel de santé communautaire.

Sélection des collectivités

La sélection des collectivités représentait la première étape des visites dans les collectivités. Les collectivités ont été sélectionnées à l'aide d'un système d'échantillonnage jugé en fonction d'un certain nombre de facteurs, notamment la diversité par région, population, type d'accord de financement et niveau d'isolement. Au départ, l'équipe d'évaluation a sélectionné un échantillon principal et deux échantillons de rechange à partir des listes des collectivités qui exécutent des programmes de l'IDA. Les représentants régionaux de SC ont examiné ces sélections et ont fourni des observations sur les collectivités sélectionnées et des renseignements supplémentaires à prendre en compte, notamment les niveaux d'activités de l'IDA dans les collectivités et l'éventuel fardeau de réponse pour les collectivités (p. ex., collectivités qui avaient auparavant participé à des visites sur place dans le cadre de d'autres évaluations). Les représentants régionaux de SC ont d'abord communiqué avec les collectivités sélectionnées pour qu'elles consentent à ce que l'équipe d'évaluation communique directement avec eux afin de discuter de leur éventuelle participation à l'évaluation.

L'équipe d'évaluation a communiqué avec 31 collectivités, dont 29 ont accepté de participer à l'évaluation. Les deux collectivités qui ont refusé de participer ont exprimé leur intérêt pour l'évaluation, mais n'étaient pas en mesure de se préparer pour une visite pendant la saison estivale en raison des congés et du roulement de personnel. Quatre des 29 collectivités participantes ont indiqué qu'elles préféraient participer par le biais d'entrevues téléphoniques plutôt que par la visite sur place d'un membre de l'équipe d'évaluation, compte tenu des problèmes de coordination des calendriers de la saison estivale.

Entrevues des informateurs clés des collectivités

Dans le cadre des visites des collectivités, des entrevues semi-structurées ont été effectuées avec du personnel de santé communautaire (spécialistes de l'IDA, personnel de santé au niveau de la direction et ISPDMC présents dans la collectivité) et des dirigeants de collectivités (chefs, membres de Conseil, Aînés, etc.). Les entrevues du personnel de santé communautaire, d'une durée moyenne de 90 minutes, couvraient presque toutes les questions d'évaluation. Les entrevues des dirigeants ont duré en moyenne 45 minutes. Dans les 29 collectivités qui ont participé à l'évaluation, 75 employés de santé communautaire et 27 dirigeants des collectivités ont été interrogés.

Les principaux thèmes découlant des entrevues d'informateurs clés sont présentés en fonction des divers groupes d'informateurs clés (p. ex., personnel de santé communautaire, dirigeants de collectivités, représentants régionaux). Le rapport présente le nombre de situations dans lesquelles un thème particulier a été soulevé par les informateurs clés, comparativement au nombre total d'informateurs clés qui ont répondu à une question particulière, pour fournir une indication du taux de prévalence de certains thèmes parmi les groupes d'informateurs clés. Par exemple, *le personnel de santé de la majorité des collectivités a convenu que X était une réussite (23 collectivités sur 29)*. Le nombre de base (29 collectivités) change en fonction du thème, car certaines collectivités n'ont pas répondu à une question particulière. Les motifs de non-réponse à une question précise étaient les suivants : non-disponibilité de représentants qui pouvaient fournir une réponse à certaines questions en raison des calendriers d'été; des personnes interrogées qui possédaient des connaissances ou des antécédents limités dans certains domaines traités aux entrevues; et une période insuffisante pour réaliser des entrevues approfondies, ce qui a exigé le classement des questions posées par ordre de priorité.

Groupes de discussion composés de membres d'une collectivité

Le personnel de santé communautaire a aidé l'équipe d'évaluation dans son recrutement de membres de la collectivité pour participer aux groupes de discussion. Certains groupes de discussion étaient principalement composés de participants de l'IDA et d'autres étaient surtout composés de membres de la collectivité qui n'avaient pas participé aux récentes activités de l'IDA. Il y a eu un certain chevauchement entre les groupes (c.-à-d. groupes de participants par rapport à groupes de non-participants), en raison du mode de composition des groupes dans chaque collectivité. De plus, certains employés de santé communautaire n'étaient pas en mesure de désigner des non-participants pour ce genre de séance. Les séances des groupes de discussion ont duré en moyenne 90 minutes, selon le nombre de participants. Des rafraîchissements ont été offerts aux participants et on leur a remis la somme de 20 \$ pour leur participation aux discussions. Au total, 302 membres de collectivité ont participé aux groupes de discussion (197 participants de l'IDA et 105 non-participants).

2.2 Entrevues d'informateurs clés non membres de la collectivité

En plus des visites dans les collectivités, une variété de répondants non membres de la collectivité ont été interrogés, notamment des représentants de Santé Canada (administration centrale et régions), des territoires et de certaines organisations autochtones nationales (OAN). Le chargé de projet a identifié les éventuels répondants avant de leur envoyer une invitation pour participer à une entrevue téléphonique ou en personne, selon la proximité de leur région à la capitale nationale. Un guide d'entrevue semi-structurée et personnalisé pour le répondant accompagnait l'invitation. Les entrevues ont duré en moyenne 60 minutes. Des entrevues ont été réalisées avec 34 répondants : 6 représentants nationaux de la DGSPNI, 20 représentants régionaux de SC, 6 représentants des trois territoires et 2 représentants d'organisations autochtones nationales (APN et ITK). Des représentants régionaux ont identifié quelques représentants provinciaux comme d'éventuelles personnes à interroger, mais ceux-ci n'étaient pas disponibles pour une entrevue pendant la période de collecte de données visé par l'évaluation.

2.3 Examen de documents

Au tout début, le chargé de projet a fourni une liste de documents pour orienter l'examen des documents. La liste de documents a été élargie tout au long de l'évaluation, à mesure que l'on découvrait d'autres documents dans le cadre des entrevues des informateurs clés et à l'aide des références citées dans les documents suggérés. En règle générale, l'équipe d'évaluation a systématiquement examiné environ 150 documents, y compris des rapports statistiques, des rapports d'évaluations antérieures des programmes du Groupe et des publications liées aux politiques. L'examen de la documentation a permis de saisir des renseignements pertinents de chaque document, en plus d'organiser l'information en fonction d'indicateurs qui avaient un lien direct avec une question d'évaluation. Cet examen a permis à l'équipe d'évaluation de regrouper les données probantes de tous les documents pour chaque indicateur et de les comparer de manière systématique.

2.4 Recension des écrits

Le personnel de la Direction de la mesure et de l'évaluation du rendement du Ministère (DMERM) de Santé Canada a réalisé une recension des écrits et de contenu pour les questions d'évaluation axées sur l'efficacité et l'économie du Groupe PMCB. La recension couvrait la documentation érudite et la littérature grise qui traitent des analyses économiques sur la prévention des maladies chroniques et des blessures. Les résultats de cette recension des écrits ont été partagés avec l'équipe d'évaluation et intégrés dans les constatations globales de l'évaluation.

2.5 Description de l'analyse

Les méthodes qualitatives permettent de recueillir des observations riches et approfondies de ceux qui sont directement concernés par l'objet de l'examen. Cette approche permet au chercheur d'explorer les pensées, les idées et les opinions qui ne pourraient pas l'être à l'aide de méthodes quantitatives. Une fois la recherche terminée, l'uniformité des réponses fait ressortir des thèmes clés qui démontrent la qualité des réponses.

L'analyse de plusieurs sources de données a été entreprise à l'aide de trois niveaux de matrice de données probantes. Initialement, les constatations/données de premier niveau ont été saisies dans les matrices de données probantes pour chaque source de données (p. ex., analyse de la documentation, entrevues dans les collectivités et entrevues à l'extérieur des collectivités). Les matrices de premier niveau ont été organisées en fonction d'un répondant/document par indicateur. Les matrices de premier niveau ont ensuite été analysées selon l'indicateur, puis les matrices de second niveau comportant des sous-groupes de résumé par indicateur (le cas échéant) ont été créées pour chaque source de données. Enfin, une matrice générale et globale de troisième niveau de données probantes a été compilée pour regrouper les données de chaque source, selon la question d'évaluation. Le personnel de la DMERM a entrepris l'analyse et l'élaboration de rapports de l'évaluation de l'économie et l'efficacité du Groupe.

2.6 Limites et défis

L'évaluation a permis d'étudier la pertinence et le rendement du Groupe PMCB en ce qui a trait à sa contribution à l'atteinte des résultats précisés dans le modèle logique du programme. Les sources de données étaient solides pour démontrer la pertinence et certains des résultats plus immédiats. Comme pour toute étude d'évaluation de cette ampleur et de cette complexité, nous avons dû composer avec des limites et défis variés. Le lecteur doit en être informé et les prendre en compte dans son interprétation des constatations et recommandations de l'évaluation. Les prochains paragraphes décrivent ces principaux défis et les limites les plus importantes :

- **Manque de données sur le rendement et la surveillance pour le Groupe** – Les données sur lesquelles l'évaluation du rendement peut être fondée relativement à de nombreux résultats étaient limitées, compte tenu des enjeux rencontrés par le Groupe PMCB dans sa collecte et son analyse systématique des données sur le rendement et la surveillance tout au long de la période de l'évaluation. Cet enjeu a partiellement été abordé par triangulation, dans la mesure du possible, et par conditionnement de l'analyse et des conclusions, au besoin.
- **Incapacité de démontrer des liens directs de cause à effet** – Tel que mentionné plus haut, l'évaluation avait été conçue pour démontrer les contributions probables des activités et extraits du Groupe PMCB pour les résultats escomptés, plutôt que pour démontrer les liens directs de cause à effet et les répercussions incrémentielles. Cependant, ce problème est courant dans une évaluation de programme – surtout en prévention et promotion de la santé communautaire. Cette incapacité ne constituait pas plus une limite dans cette évaluation que dans tout autre exercice du genre et elle a été considérée comme une condition des constatations tout au long de l'analyse.

- **Manque de données de référence** – Bon nombre des résultats escomptés sous-entendent un changement incrémentiel par rapport aux données de référence (p. ex., augmentation, amélioration). L'évaluation n'a pu déterminer l'ampleur de cette augmentation, au-delà des perceptions et des souvenirs des informateurs clés recueillis de façon qualitative, compte tenu de l'absence de mesures de référence pour les résultats établis en 2005 lors de la création initiale du Groupe et des données limitées de rendement disponibles.
- **Confiance appréciable sur l'information fournie par des personnes qui ont des intérêts directs dans le Groupe** – Presque tous les participants de l'évaluation étaient directement concernés par l'exécution des programmes et initiatives du Groupe ou responsables de la mise en application des composantes du Groupe. Cette situation a été contrebalancée en partie par le recrutement de non-participants au sein des groupes de discussion dans certaines collectivités. Cependant, les informateurs clés ne semblaient pas réticents à discuter des aspects négatifs de l'exécution et du rendement du programme, ce qui indiquerait que les intérêts directs ne constituent pas une source solide de biais dans les réponses.
- **Choix du moment de l'évaluation par rapport à la disponibilité des données essentielles** – Le choix du moment de l'évaluation n'a pas permis de profiter de certaines sources de données essentielles qui n'étaient pas disponibles au moment de l'analyse et la production des rapports, notamment les données du Gabarit de compte rendu communautaire (GCRC) récemment mis en application, du rapport d'évaluation sur les projets pilotes de Garantie de délais d'attente pour les patients (GDAP) dans les collectivités autochtones, ainsi que des constatations de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations (ERS) pour la période allant de 2008 à 2010, de l'Étude épidémiologique sur la gestion clinique du diabète chez les Premières nations du Canada (CIRCLE) et de l'Étude sur les Premières nations, l'alimentation, la nutrition et l'environnement.
- **Analyses de l'économie et de l'efficacité** – La recension des écrits consacrée à l'étude des conséquences des coûts a révélé que ce type d'analyse ne serait pas approprié pour l'évaluation du Groupe PMCB. Une analyse quantitative fiable sur le plan régional pour la fourchette de coûts des différents programmes et des résultats de prévention n'a pas été effectuée, car elle exigerait du temps et des ressources considérables dépassant la portée de l'évaluation. Le caractère utile de ce genre d'analyse de niveau national serait probablement limité, puisque la conception et l'administration de la PMCB comprennent un vaste éventail de programmes assortis d'un ensemble varié d'objectifs, d'approches sur la prévention, de populations de participants et de modifications apportées d'une année à l'autre aux programmes PMCB. En outre, les données administratives pour la PMCB ne favorisent pas l'analyse quantitative des coûts-résultats. La création de ces données ferait partie d'un processus pluriannuel comprenant d'appréciables consultations, ressources et modifications dans les pratiques comptables en vigueur. Les sources de données pour l'efficacité et l'économie sont, par conséquent, limitées à la recension des écrits et aux entrevues des informateurs clés au niveau national, régional et communautaire.

3.0 Constatations de l'évaluation de la pertinence du Groupe PMCB

P1.1 Besoins de santé actuels des Premières nations et des Inuits, relativement à la prévention des maladies chroniques et des blessures

À l'échelle des collectivités et des régions, le diabète a été mentionné le plus fréquemment comme l'un des principaux problèmes de maladie chronique pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. En 2002-2003, les membres adultes des Premières nations présentaient un taux de prévalence du diabète de 19,7 %, comparativement à 5,2 % dans la population adulte canadienne en général. Une récente étude démontre que les membres des Premières nations contractent le diabète beaucoup plus tôt dans leur vie et à un rythme beaucoup plus rapide que les populations non autochtones. De plus, les femmes des Premières nations sont touchées de façon disproportionnée. Les personnes qui travaillent avec les collectivités inuites ont observé que même si le taux de diabète chez les adultes des collectivités inuites est inférieur (3 % en 2005-2006) à celui de bon nombre de collectivités des Premières nations, le taux de prévalence des facteurs de risque associés au diabète augmente rapidement chez les Inuits adultes. L'évaluation a cerné d'autres importants problèmes de santé chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le cancer, la santé mentale et les toxicomanies et les maladies respiratoires. Même si la prévention des blessures n'était pas perçue comme une priorité clé chez certaines collectivités dans lesquelles des activités axées sur la prévention des blessures étaient mises en application, les principaux problèmes déterminés comprenaient les blessures découlant de la consommation de substances, p. ex., la conduite avec facultés affaiblies, les accidents de véhicules automobiles, y compris les véhicules tout terrain (VTT), la sécurité à bicyclette et la sécurité nautique. L'évaluation a confirmé divers enjeux liés à la nutrition dans les collectivités, y compris la disponibilité et l'accessibilité d'aliments sains, le faible revenu et la pauvreté, les coûts élevés des aliments sains, les connaissances et les compétences liées à l'alimentation et à la nutrition, la motivation et les choix de modes de vie sains, et l'accessibilité des aliments plus traditionnels.

Problèmes clés de santé chronique cernés

Pour toutes les sources de données, le diabète a été le plus fréquemment cité comme un problème de santé chronique pour les membres des Premières nations et des Inuits dans le cadre des visites des collectivités, des entrevues des représentants non communautaires et de l'examen de la documentation. Le personnel de santé communautaire a ciblé le diabète comme un problème de santé clé dans 27 des 29 collectivités visitées. Dans un même ordre d'idées, presque tous les représentants régionaux de SC (15 sur 16) et tous les représentants territoriaux (5 sur 5) interrogés ont mentionné le diabète comme un problème de santé clé à régler dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

Les taux antérieurs de prévalence du diabète précisés dans la phase I de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations (2002-2003)⁵ indiquaient un taux général de prévalence de 19,7 % chez les membres adultes des Premières nations⁶. Les taux mesurés plus récemment dans certaines collectivités sont semblables, par exemple dans la région des Cris de l'Est de la baie James (Iiyiyiu Aschii) où le taux brut de prévalence du diabète de type 2 chez les adultes était de 19,1 % en 2007⁷. Dans un même ordre d'idées, les résultats de l'étude de suivi sur les maladies chroniques chez les membres des Premières nations vivant dans des réserves et les Inuits (2009) demandée par la DGSPNI démontrent que 16 % des répondants adultes ont mentionné que leur médecin leur avait confirmé un diagnostic de diabète; ces données sont les mêmes que celles d'une étude similaire réalisée en 2006⁸. Ces taux sont élevés comparativement à celui de 5,2 % pour la population adulte canadienne en général en 2002-2003⁹.

Selon une étude épidémiologique récemment publiée qui compare les populations autochtones et non autochtones de la Saskatchewan, les membres des Premières nations connaissent une épidémie de diabète de type 2 qui touche de façon disproportionnée les femmes pendant leurs années de procréation¹⁰. Les taux d'incidence et de prévalence du diabète étaient 4 fois plus élevés chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones et 2,5 fois plus élevés chez les hommes autochtones que chez les hommes non autochtones. Le nombre de cas de diabète était le plus élevé chez les membres des Premières nations âgés entre 40 et 49 ans, comparativement aux personnes de 70 ans et plus ou à la population non autochtone. Au cours de la période de 20 ans visée par l'étude, le taux de prévalence du diabète a augmenté de 9,5 % à 20,3 % chez les femmes autochtones et de 4,9 % à 16,0 % chez les hommes autochtones, comparativement aux changements de taux chez les femmes non autochtones de 2,0 % à 5,5 % et de 2,0 % à 6,2 % chez les hommes non autochtones au cours de la même période.

Le diabète sucré de la grossesse (DSG), une intolérance au glucose qui peut se développer pendant la grossesse, se manifeste chez environ 3,7 % des femmes non autochtones, mais le taux d'incidence chez les femmes autochtones se situe entre 8 et 18 %¹¹. Les données probantes suggèrent que le DSG prédispose les femmes au diabète de type 2, car environ 4 à 10 % des cas de DSG mènent au diabète de type 2 dans les 9 premiers mois après la grossesse¹². Jusqu'à 70 % des femmes autochtones atteintes de DSG dans leur première grossesse développeront plus tard

⁵ ONSA (2007) *Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations (ERS) 2002-2003; Résultats pour les adultes, les adolescents et les enfants des collectivités des Premières nations.*

⁶ Autre source possible pour les taux plus à jour sur le diabète : Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations dont la collecte de données a été effectuée au cours de la phase I (2002-2003) et de la phase II (2007-2008). La collecte de données de la phase II cadre avec la portée de l'évaluation; cependant, le rapport n'a toujours pas été finalisé.

⁷ Cree Board of Health and Social Services of James Bay (2008) *Cree Diabetes Information System (CDIS) 2007 Annual Report.*

⁸ Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report.*

⁹ Santé Canada (novembre 2009) *Fiche de renseignements sur la santé des Autochtones et des Inuits.*

¹⁰ Dyck, Osgood, Lin, Gao et Stang (2010) *Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults*, Canadian Medical Association Journal, 182 (3), pages 249 à 256.

¹¹ Comité sur les Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Can J Diabetes*. 2008.

¹² Kim C., Berger D.K. et S. Chamany. Recurrence of gestational diabetes mellitus: a systematic review. *Diabetes Care* 2007;30(5): pages 1314 à 1319.

un diabète de type 2, comparativement à environ 40 % des femmes non autochtones¹³. Le diabète pendant la grossesse a été établi comme le plus important facteur de risque pour le diabète de type 2 chez les enfants des Premières nations du Manitoba¹⁴.

Pendant les entrevues, les représentants territoriaux et le personnel de santé communautaire d'une des deux collectivités inuites ont mentionné que même si le taux actuel de diabète est inférieur aux taux présents dans de nombreuses collectivités des Premières nations, leurs perceptions étaient que les facteurs de risque de diabète augmentent rapidement dans de nombreuses collectivités inuites, ce qui accentue leurs attentes à l'effet que les taux actuels de diabète augmenteront également rapidement. Le taux de prévalence du diabète chez les Inuits adultes en 2005-2006 était de 3 %, comparativement à 5,1 % pour la population adulte canadienne en général¹⁵.

En plus du diabète, le personnel de santé communautaire a cerné les autres problèmes de santé chroniques suivants : maladies cardiovasculaires (20 des 29 collectivités), cancer (9 des 29 collectivités), santé mentale et toxicomanies (8 des 29 collectivités) et maladies respiratoires (6 des 29 collectivités). Cette constatation était conforme à celles tirées des entrevues des représentants régionaux et territoriaux, qui avaient également établi que les maladies cardiovasculaires (12 sur 16 et 4 sur 5, respectivement) et le cancer (7 sur 16 et 4 sur 5, respectivement) constituaient les principaux problèmes de santé chroniques dans les collectivités.

Problèmes liés aux blessures

En règle générale, le personnel de santé communautaire a éprouvé des difficultés à commenter sur la détermination des principaux problèmes de blessures à régler par les collectivités. Le personnel de santé de 6 des 29 collectivités a indiqué que les blessures et la prévention des blessures n'étaient pas vraiment des problèmes pour leurs collectivités, alors que le personnel de santé de 9 autres collectivités n'était pas en mesure de commenter sur les questions liées à ce domaine. Pour les 14 autres collectivités, les problèmes les plus fréquemment invoqués étaient les blessures découlant de la consommation de substances (7 collectivités), d'accidents de véhicules automobiles, y compris les VTT (6 collectivités), de sécurité à bicyclette (4 collectivités) et de sécurité nautique (3 collectivités).

Selon l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations (ERS) pour la période 2002-2003, les enfants autochtones subissent les mêmes types de blessures que les autres enfants, mais à des taux plus élevés : 17,5 % des enfants autochtones d'une réserve ont reçu des soins médicaux pour une blessure, comparativement à 12 % des enfants autochtones hors-réserve

¹³ Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Gestational Diabetes and First Nations Women: A Literature Review. 2009. Disponible à l'adresse : http://www.naho.ca/documents/fnc/english/gestational_diabetes_first_nations_women.pdf.

¹⁴ Young, T.K., Martens, P.J., Taback, S.P., Sellers, E.A., Dean, H.J., Cheang, M. et B. Flett. Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(7): pages 651 à 655.

¹⁵ Dyck, Osgood, Lin, Gao et Stang (2010) *Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults*, Canadian Medical Association Journal, 182 (3), pages 249 à 256.

et à 10 % des enfants canadiens en général¹⁶. L'ERS démontre que 28,8 % des membres adultes des Premières nations vivant dans une réserve ont subi une blessure assez grave pour recevoir des soins médicaux au cours de l'année précédant l'enquête¹⁷, comparativement à 13,1 % des Canadiens d'âge adulte en 2003¹⁸.

Problèmes liés à la nutrition

Les visites dans les collectivités, les entrevues et l'examen de la documentation ont permis de cibler d'importants besoins en matière de nutrition. Le personnel de santé communautaire, les représentants régionaux de SC et les représentants territoriaux ont le plus fréquemment mentionné les problèmes suivants :

- **Disponibilité des choix d'aliments sains dans la collectivité et accès à ceux-ci** – Le personnel de santé de 17 des 29 collectivités, le personnel régional de SC (12 sur 14) et les représentants territoriaux (5 sur 6) ont mentionné que la disponibilité et l'accès constituaient de graves problèmes, notamment la disponibilité limitée de choix d'aliments sains dans les magasins locaux, accès limité des aliments offerts par les dépanneurs et l'accès restreint au transport hors de la collectivité pour magasiner dans des épiceries qui offrent une meilleure sélection. Par exemple, dans certaines situations, la seule épicerie est très éloignée (35 \$ en taxi); par conséquent, de nombreux résidents n'ont pas les moyens de s'y rendre plus d'une fois par mois. En outre, les aliments sont expédiés au magasin local seulement une fois par mois; si les membres de la collectivité ne sont pas disponibles ou s'ils n'ont pas l'argent nécessaire pour magasiner à ce moment, la sélection des aliments devient limitée pour le reste du mois. Lors de l'analyse des réponses par éloignement d'une collectivité, celle-ci n'a pas clairement démontré la tendance escomptée, probablement en raison du fait que même si de nombreuses collectivités visitées ont été catégorisées comme « non isolées »¹⁹, les distances sont souvent appréciables entre les collectivités et le centre commercial le plus rapproché où un meilleur choix d'aliments sains est offert.
- **Faibles revenus et pauvreté** – Également lié au problème d'accès aux choix d'aliments sains est le fait que plusieurs membres des collectivités vivent dans la pauvreté donc des ménages à très faible revenu. Le personnel de santé de 16 des 29 collectivités, 6 des 14 représentants régionaux de SC et 5 des 6 représentants territoriaux ont mentionné cet important problème lié à la nutrition. Compte tenu des questions de coût élevé des aliments

¹⁶ Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002-2003; Résultats pour les adultes, les adolescents et les enfants des collectivités des Premières nations. Assemblée des Premières nations; novembre 2005.

¹⁷ Ibidem

¹⁸ Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, Profils d'indicateurs de la santé, par sexe, Canada, provinces, territoires, régions sanitaires et groupes affinitaires. 2005. Rapport n° CANSIM, tableau 105-0200. Profils d'ESCC, catalogue 82-576-XIE.

¹⁹ La DGSPNI classe les collectivités des Premières nations dans un des quatre types suivants : *non isolées* - collectivités jouissant d'un accès routier, et situées à moins de 90 kilomètres des services médicaux; *semi-isolées* - collectivités jouissant d'un accès routier, mais dont les services médicaux sont situés à plus de 90 kilomètres; *isolées* - collectivités jouissant d'un service aérien régulier et d'un service téléphonique approprié, mais d'aucun accès routier; *éloignées et isolées* - collectivités ne jouissant d'aucun service aérien régulier, ni d'accès routier, et jouissant d'un service téléphonique et radiophonique minimal. Source : Santé Canada (2008) *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003*.

sains (se reporter ci-dessous), ce problème exacerbe une situation déjà difficile pour les membres de la collectivité. Une collectivité a donné comme exemple des familles qui n'ont pas les moyens de se procurer une voiture et qui doivent par conséquent acheter leurs aliments au dépanneur, où le choix d'aliments sains est restreint. Des participants des groupes de discussion ont aussi indiqué qu'ils n'avaient pas assez d'argent pour risquer de le gaspiller en achetant des aliments sains qu'ils ne connaissaient pas et qu'ils n'aimeraient peut-être pas.

- **Coût des aliments sains** – Les options d'aliments sains disponibles ont été décrites dans de nombreuses situations comme trop dispendieuses, plus particulièrement après avoir pris en compte les coûts du transport. Le personnel de santé de 14 des 29 collectivités, 10 des 14 représentants régionaux de SC et 5 des 6 représentants territoriaux ont précisé cet obstacle à une alimentation saine dans les collectivités. Les exemples de certaines collectivités démontrent que les options d'aliments plus sains étaient plus dispendieuses – un sac de croustilles coûte peut-être 2 \$, mais une grappe de raisins (de très mauvaise qualité) est vendue à 6 \$ ou plus; les pâtes faites de blé entier sont plus dispendieuses que les pâtes blanches et le sac de 4 litres de lait vendu à 14 \$ est plus dispendieux que les boissons gazeuses.
- **Connaissances et compétences** – Environ la moitié du personnel de santé des collectivités (13 des 29 collectivités) et des représentants régionaux de SC (8 sur 14), et du tiers des représentants territoriaux (2 sur 6) ont mentionné que le manque de connaissances et de compétences en matière de sélection et de préparation des aliments influence la nutrition. Les résidents de plusieurs collectivités possèdent des compétences en cuisine limitées, en plus d'un manque général de connaissances de ce qui constitue un aliment sain, de l'importance des tailles des portions et de la nécessité d'équilibrer les choix d'aliments en fonction des différents groupes d'aliments. Dans une collectivité, ce manque de connaissances a été attribué à une génération de parents qui avaient vécu dans des pensionnats et qui ne possédaient pas les compétences à transmettre à leurs enfants. Dans le cadre d'une entrevue, un informateur clé a ajouté que les membres de la collectivité ne comprenaient pas l'importance de la taille des portions et qu'ils consommeraient tout un pain de blé entier, car il s'agissait d'un aliment sain.
- **Motivation et choix de mode de vie** – Environ le tiers du personnel de santé des collectivités (8 des 29 collectivités) et des représentants régionaux de SC (4 sur 14), et un représentant territorial sur deux ont fait mention du défi commun de motiver les gens à modifier leur mode de vie et leurs choix d'aliments. Dans ces collectivités, le personnel de santé a précisé que les connaissances et les compétences étaient un problème moins important que la motivation nécessaire pour que les membres de la collectivité modifient leur alimentation et leurs choix d'aliments. Dans les groupes de discussion, certains membres de la collectivité ont mentionné qu'ils avaient appris à frire tous les aliments dans le gras de bacon et qu'il était très difficile de s'habituer à différents aliments (p. ex., salades, aliments faibles en gras). On a aussi donné comme exemple la préférence au bannock frit, même si certaines recettes avaient été adaptées pour le bannock cuit au four.
- **Accès aux aliments traditionnels** – Les défis des collectivités relativement à l'accès aux aliments traditionnels locaux ont également été mentionnés par le personnel de santé de 6 des 29 collectivités, 5 des 14 représentants régionaux de SC et 5 des 6 représentants

territoriaux. Les défis comprenaient l'incidence des changements climatiques sur les voies de migration de divers animaux, les coûts élevés des ressources nécessaires pour la chasse et la pêche (p. ex., équipement, carburant, munitions), la sécurité des aliments locaux, compte tenu des éventuels problèmes de contamination, et la rareté de certaines espèces de végétaux et d'animaux en raison des changements liés aux habitats. Par exemple, une collectivité est située à proximité d'un lac pollué par une industrie locale; l'alimentation traditionnelle de ses résidents comprenait beaucoup de poissons capturés dans le lac, mais qu'ils ne pourraient plus consommer. Un autre exemple concernait les coûts associés à la chasse. Les dépenses décrites dans une collectivité isolée comprenaient l'achat initial d'un VTT (d'un montant pouvant atteindre 50 000 \$, transport inclus) et les coûts élevés du carburant nécessaire. Ces dépenses ont été décrites comme très importantes en raison des faibles revenus et des niveaux de pauvreté dans la collectivité. Les défis liés aux lacunes au niveau des connaissances et des compétences comprenaient le transfert des compétences traditionnelles d'une génération à l'autre sur la façon de chasser, pêcher, regrouper, préserver et préparer les aliments traditionnels et locaux. Dans une collectivité visitée, seulement quelques aînés possédaient toujours les connaissances et les compétences nécessaires pour préparer la viande sauvage. Des participants de groupes de discussion ont mentionné que les résidents de la collectivité apportaient leur viande sauvage chez les aînés pour la faire préparer, car les plus jeunes avaient perdu cette connaissance et cette compétence.

Selon les sources de données obtenues dans le cadre des visites des collectivités et des entrevues des informateurs clés, les données de diverses enquêtes réalisées entre 2001 et 2009 démontrent que l'insécurité alimentaire est plus grave chez les populations autochtones que chez les populations non autochtones, et qu'elle constitue un problème critique dans les collectivités du Nord et isolées. Les taux d'insécurité alimentaire liés aux revenus des ménages autochtones hors-réserve de toutes les régions du pays (33 %; insécurité alimentaire grave - 14 %) sont environ 3 à 4 fois plus élevés que dans les ménages non autochtones (9 %; insécurité alimentaire grave - 3 %) ²⁰. Au Nunavut, 85 % de la population est inuite; les taux d'insécurité alimentaire liés aux revenus des ménages mesurés entre 2003 et 2008 variaient entre 33 % ²¹ et 83 % ²².

Les visites sur place et les entrevues d'informateurs clés ont confirmé que dans de nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits, la sécurité alimentaire est influencée par le faible niveau de disponibilité et d'abordabilité des choix d'aliments sains, p. ex., les fruits et les légumes, les grains entiers et les produits laitiers. Selon des représentants de la DGSPNI, le Groupe de référence sur la sécurité alimentaire composé de représentants de l'APN, de l'ITK et du gouvernement fédéral (Santé Canada et Affaires indiennes et du Nord Canada) a déterminé certains facteurs uniques pour les Premières nations et les Inuits, notamment le fait que les aliments traditionnels et les aliments achetés en magasin doivent être pris en compte pour comprendre les problèmes d'insécurité alimentaire. D'autres facteurs clés ont une incidence sur la sécurité alimentaire, p. ex., la pauvreté, la contamination de l'environnement, les changements

²⁰ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.2, Nutrition (2004) : *Sécurité alimentaire liée au revenu dans les ménages*.

²¹ Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2007-2008). Disponible à l'adresse suivante : <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/key-stats-cles-2007-2008-fra.php>.

²² AINC (2003) *La nutrition et la sécurité alimentaire à Kugaaruk, au Nunavut – Enquête de référence pour le projet-pilote lié au programme Aliments-poste*.

climatiques mondiaux, la perte des identités culturelles, les connaissances traditionnelles et les pratiques alimentaires traditionnelles, ainsi que l'approvisionnement incertain, la qualité et les prix élevés des aliments vendus en magasin, plus particulièrement dans les collectivités éloignées et isolées.

P1.2 Évolution des besoins de santé des Premières nations et des Inuits en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures

Selon les données qualitatives recueillies dans le cadre des visites des collectivités et des entrevues, les enjeux liés au traitement des problèmes de santé chroniques dans les collectivités étaient perçus comme ayant détérioré, si l'accent avait été placé sur les taux de maladie, ou les mêmes ou atténués, si l'accent avait été placé sur l'amélioration des mécanismes de soutien et des forces des collectivités au cours de la dernière décennie. Ceux qui se concentraient sur les taux de maladie reconnaissaient que les taux pour plusieurs maladies chroniques avaient probablement augmenté au cours de cette période, en partie en raison d'un meilleur dépistage dans de nombreuses collectivités. Cette augmentation des taux a ensuite été interprétée comme ayant accru les défis globaux. Ceux qui se concentraient sur les mécanismes de soutien et les forces de la collectivité percevaient les défis comme s'étant atténués au cours de la dernière décennie, car les collectivités avaient mis en œuvre diverses activités ayant favorisé une meilleure sensibilisation des membres de la collectivité aux facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Des représentants régionaux de SC ont également précisé que l'ampleur des défis variait considérablement, compte tenu de l'importante diversité des collectivités quant à la capacité de gestion et de mise en application des programmes de promotion de la santé.

La question de savoir si les défis relevés relativement aux problèmes de santé chroniques dans les collectivités avaient évolué au cours des dix dernières années a été posée au personnel de santé communautaire, aux dirigeants des collectivités et aux représentants régionaux de SC. Le personnel de santé communautaire était divisé sur cette question : presque la moitié des personnes interrogées (12 sur 29) ont mentionné une atténuation des défis au cours de cette période et les autres (13 sur 29) ont indiqué que les défis étaient les mêmes. Une plus faible proportion de répondants (4 sur 29) a précisé que les défis avaient accru au cours de cette période. Les répondants des collectivités qui avaient mentionné une atténuation des défis ont fourni des exemples à l'appui de leur réponse; p. ex., les membres de la collectivité participent à plus d'activités physiques, une meilleure connaissance des facteurs de risque associés au diabète et des changements dans les programmes de restauration scolaire. Dans une collectivité, le personnel de santé collaborait étroitement avec la cafétéria de l'école locale pour veiller à ce que le personnel serve des aliments sains et conformes au Guide alimentaire canadien. Les menus étaient présentés au personnel de santé afin de confirmer qu'ils étaient sains et appropriés. Dans une autre collectivité, le personnel de santé offrait des cours de cuisine santé dans les écoles et les cafétérias/services d'alimentation de la Première nation.

Le personnel de santé communautaire qui croyait que les défis étaient demeurés plus ou moins constants a fourni des exemples portant sur une meilleure sensibilisation des membres de la collectivité plutôt que sur des changements comportementaux réels. Les employés de certaines collectivités ayant mentionné que les défis avaient augmenté, mettaient l'accent sur le taux accru d'incidence du diabète et d'autres maladies chroniques dans leur collectivité, p. ex., le cancer et les maladies cardiovasculaires. L'analyse des réponses, en fonction de la taille de la collectivité, l'éloignement, le modèle de financement ou la présence d'un ISPDMC formé, n'a révélé aucun schéma général apparent.

Les entrevues des dirigeants de 17 collectivités ont révélé qu'environ la moitié d'entre eux (8 sur 17) percevaient que les défis avaient augmenté au cours de la dernière décennie et d'autres (6 dirigeants sur 17) croyaient que les défis étaient demeurés les mêmes; 3 dirigeants ont mentionné que les défis étaient atténués. Ce schéma de réponses contredit celui du personnel de santé communautaire. Il est intéressant de remarquer que, comme les quelques employés de santé communautaire qui avaient précisé que les défis étaient atténués, les dirigeants des collectivités avaient également tendance à se concentrer sur les taux plus élevés de maladies chroniques dans les collectivités comme une indication que les défis avaient accru.

Les réponses des représentants régionaux de SC étaient plus ou moins divisées : défis accrus (5 sur 13), mêmes défis (3 sur 13) ou défis atténués (5 sur 13) au cours de la dernière décennie. À l'instar des autres groupes, ceux qui croyaient que les défis avaient accru se concentraient sur les augmentations des taux de maladies chroniques, plus particulièrement le diabète. Certains représentants régionaux de SC (6 sur 13) ont poussé un peu plus loin leur interprétation en ajoutant qu'une importante proportion des augmentations de taux était probablement causée par le plus grand nombre d'activités de dépistage dans plusieurs collectivités. Les défis augmentent lorsqu'un plus grand nombre de personnes reçoivent un diagnostic exigeant une surveillance, une éducation et divers mécanismes de soutien et services qui proviennent de ressources communautaires risquant d'être déjà fort mobilisées. Quelques représentants régionaux de SC (5 sur 13) ont également souligné la diversité des capacités des collectivités a contribué à certains défis liés à la résolution de problèmes tels que l'augmentation des taux de diabète.

Le personnel de santé communautaire et les dirigeants des collectivités ont également été invités à commenter sur la mesure dans laquelle le nombre de mécanismes de soutien communautaires axé sur les modes de vie sains avait augmenté au cours de la même période. Plus des trois-quarts du personnel de santé communautaire (22 sur 28) ont mentionné une augmentation du nombre de mécanismes de soutien et de forces communautaires et le reste (6 sur 28) ont indiqué que le nombre leur semblait être demeuré le même. Les dirigeants des 17 collectivités interrogées ont mentionné une augmentation du nombre de mécanismes de soutien et de forces communautaires au cours de la dernière décennie. Ils ont précisé, par exemple, la présence de divers types de personnel de santé communautaire (p. ex., nutritionnistes, infirmières spécialisées dans le diabète, ISPDMC), de cliniques de dépistage dans les cliniques locales de santé et de groupes de soutien pour les diabétiques.

Aucune donnée quantitative n'était disponible à ce stade-ci pour déterminer de façon systématique la mesure dans laquelle les besoins de santé liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures ont évolué au cours de la période d'évaluation (2005-2010). Les

constatations de la deuxième phase de l'Enquête longitudinale régionale sur la santé des Premières nations (ERS), où des données ont été recueillies en 2007-2008, devraient permettre de comparer les nouveaux besoins de santé des collectivités des Premières nations avec ceux de la première phase (2002-2003).

P1.3 Lien entre les besoins actuels et les activités PMCB

Selon les constatations de la recension des écrits, les activités du Groupe PMCB sont compatibles avec les interventions généralement décrites dans les écrits comme étant efficaces pour répondre aux divers besoins de prévention des maladies chroniques précisés par les collectivités. Les cinq principaux domaines d'activité du modèle logique du Groupe PMCB correspondent aux facteurs de réussite communs précisés pour les interventions axées sur la prévention des maladies chroniques.

Les approches PMCB, y compris pour l'IDA, ont été établies en fonction d'un certain nombre de modèles internationaux. Des études réalisées en Chine (1997)²³, en Finlande (2001)²⁴ et aux États-Unis (2002)^{25,26} démontrent que d'importants changements de modes de vie, y compris la perte de poids et l'activité physique régulière, mènent à des diminutions du risque de diabète (et d'autres maladies chroniques) dans les populations à risque élevé. Le modèle utilisé pour la conception des activités de l'IDA et l'approche des équipes pluridisciplinaires régionales sont ceux de l'U.S. Diabetes Prevention Program (USDPP).

Tel que précisé à la section 1.1.3, les cinq principaux groupes d'activités du Groupe PMCB, comme définis dans le modèle logique, sont : 1) collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, et avec des responsables fédéraux/provinciaux/territoriaux (FPT); 2) administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures; 3) diriger, innover et incorporer des pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures; 4) éduquer et sensibiliser les gens sur la prévention des maladies chroniques et des blessures; et 5) renforcer les capacités en développant une force de travail communautaire compétente.

²³ Pan XR, Li GW, Hu YH *et coll.* The effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The DA Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*. 1997; 20(4): pages 537 à 544.

²⁴ Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G. *et coll.*, Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*. 2001 May 3; 344(18): pages 1 343 à 1 350.

²⁵ Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin. *N Engl J Med*. 2002 February 7; 346: pages 393 à 403.

²⁶ Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes care*. 2002; 25(12): pages 2 165 à 2 171.

L'examen de la documentation sur l'efficacité de la prévention des maladies chroniques préparé pour Santé Canada²⁷ démontre que divers facteurs sont liés à la réussite des programmes et initiatives mis en application pour répondre aux besoins associés à la prévention des maladies chroniques. Le tableau 3 ci-après présente ces principaux facteurs, lesquels sont alignés, le cas échéant, sur les principaux groupes d'activités du Groupe PMCB. Au moins un domaine d'activités est aligné sur chaque facteur de réussite cerné. Il est important de préciser que divers autres facteurs sont associés à l'étendue de la mise en œuvre des activités définies dans le modèle logique. La mise en œuvre et l'orientation reflètent la diversité des collectivités et régions qui participent aux programmes et aux initiatives du Groupe PMCB.

²⁷ Jacobson, P., McMurchy, D. et R.W.H. Palmer. (2006) *Chronic Disease Prevention: A Review of the Effectiveness Literature*. Rapport non publié préparé pour Santé Canada.

Tableau 3 : Concordance entre les facteurs de réussite cernés et les activités PMCB

Facteur de réussite (Jacobson et coll.)	Groupe d'activités PMCB pertinent	Exemples d'activités
Établir les bases – Assurer la participation et la propriété communautaires, favoriser une compréhension commune des besoins, priorités et objectifs, traiter de l'organisation sociale, etc.	Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT.	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer un plan de travail. • Participer aux groupes de travail nationaux et régionaux d'organisations des Premières nations et des Inuits. • Mettre en œuvre les accords de contribution.
Participation communautaire – Les interventions doivent refléter les besoins et les priorités de la collectivité, en plus d'être adaptées pour ceux qui utilisent des approches de consultation et de participation.	Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT.	<ul style="list-style-type: none"> • Secteurs stratégiques pour traiter des déterminants de la santé et des environnements de promotion de la santé. • Dresser la liste des priorités au niveau communautaire. • Sélectionner et créer les activités au niveau communautaire. • Créer des outils et des guides pertinents sur le plan culturel.
Caractère approprié sur le plan culturel – Les programmes et les services doivent refléter la collectivité dans laquelle ils sont fournis.	Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT.	<ul style="list-style-type: none"> • Développer des activités et les mettre en application dans la collectivité. • Créer des outils et des guides pertinents sur le plan culturel. • Participer aux groupes de travail nationaux et régionaux d'organisations des Premières nations et Inuits.
Conception du programme - Le format, l'écologie et la pertinence du matériel et des interventions doivent être conçus selon un cadre théorique solide et adaptés pour combiner les connaissances médicales et une perspective de santé holistique.	<p>Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures.</p> <p>Domaine d'activités n° 3 : Diriger, innover et incorporer des pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et surveiller. • Offrir un soutien national et régional pour la sélection et la création des activités communautaires. • Secteurs stratégiques pour produire des renseignements pertinents et fondés sur des données probantes.
Renforcement des capacités – La collectivité, l'administration du programme et le professionnel de la santé ou fournisseur de soins de santé.	Domaine d'activités n° 5 : Renforcer les capacités en développant une force de travail communautaire compétente.	<ul style="list-style-type: none"> • Former des ISPDMC. • Offrir une formation sur la prise en charge individuelle. • <i>A Journey to the Teachings</i>.²⁸

²⁸ *A Journey to the Teachings* (JTT) (en anglais seulement) est un guide didactique sur la prévention des blessures qui a été créé par Santé Canada en 2009 à l'appui du renforcement des capacités des collectivités des Premières nations et des Inuits. Le guide JTT présente un programme inclusif par étape pour offrir aux professionnels de la santé des collectivités des Premières nations et des Inuits des ateliers axés sur la promotion de la sensibilisation à la prévention des blessures accidentelles (p. ex., chutes, accidents de véhicules automobiles, noyade, empoisonnement) et des blessures intentionnelles (p. ex., suicide).

Facteur de réussite (Jacobson et coll.)	Groupe d'activités PMCB pertinent	Exemples d'activités
Participation individuelle – L'importance d'une participation individuelle dans les activités de promotion de la santé et les divers facteurs qui peuvent influencer la participation.	Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures. Domaine d'activités n° 4 : Éduquer et sensibiliser les gens sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités à l'intention des membres de la collectivité (marche pour le diabète, expositions sur la santé, kiosques d'information dans les pow-wow).
Éducation et changement de comportement – Aborder les lacunes dans l'intégralité des renseignements de santé, leur exactitude, leur actualité, leur rentabilité et leur caractère convenable sur le plan culturel.	Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures. Domaine d'activités n° 4 : Éduquer et sensibiliser les gens sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités dans les écoles et à l'intention des membres de la collectivité (cours de cuisine, cuisines et jardins communautaires, préparation des aliments traditionnels, formation sur la prise en charge individuelle).
Nutrition et activité physique – Il a été démontré qu'un certain nombre de facteurs influencent les modifications de comportement alimentaire et que les programmes d'activité physique doivent refléter les activités quotidiennes normales de la collectivité et période de loisirs.	Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures. Domaine d'activités n° 4 : Éduquer et sensibiliser les gens sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités à l'intention des membres de la collectivité (club de marcheurs, programme de restauration scolaire, planification de menus). • Créer des outils et des guides pertinents (<i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien - Premières nations, Inuit et Métis</i>).
Tabagisme – Bien établi comme une des principales causes de plusieurs maladies chroniques; le taux de prévalence du tabagisme dans les collectivités des Premières nations et des Inuits est extrêmement élevé.	Domaine d'activités n° 4 : Éduquer et sensibiliser les gens sur la prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités d'éducation et de sensibilisation à l'intention des membres de la collectivité axées sur les facteurs de risque liés aux maladies chroniques, y compris le tabagisme.
Prévention secondaire et tertiaire – Acceptation générale d'une approche de services intégrés sur la prévention des maladies chroniques au lieu de mettre l'accent sur une maladie; il a été démontré que la prestation locale de services intégrés améliore les résultats.	Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT. Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Collaborer et créer des réseaux au niveau national, régional et communautaire. • Intégrer les activités dans tous les domaines de programmes au niveau communautaire. • Mettre l'accent sur les facteurs de risque généraux associés aux maladies chroniques pour les activités communautaires.
Défis liés à l'éloignement – Reconnaissance des défis liés à la prestation des soins de santé dans les régions éloignées.	Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT. Domaine d'activités n° 2 : Administrer des programmes et des mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures.	<ul style="list-style-type: none"> • Activités sélectionnées, élaborées et mises en application par la collectivité, selon ses priorités, ses besoins et ses défis. • Créer des partenariats dans les régions éloignées pour favoriser des environnements de promotion de la santé.

Facteur de réussite (Jacobson et coll.)	Groupe d'activités PMCB pertinent	Exemples d'activités
<p>Affectation des ressources et financement – Les ressources adéquates et du personnel bien soutenu sont essentiels pour assurer la réussite des interventions.</p>	<p>Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT.</p> <p>Domaine d'activités n° 5 : Renforcer les capacités en développant une force de travail communautaire compétente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien régional pour les collectivités. • Former le personnel professionnel et communautaire. • Mettre en application les accords de contribution en vertu des divers modèles de financement.
<p>Surveillance et évaluation – La surveillance est une composante essentielle de la planification, de la mise en application et de l'évaluation des activités axées sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques.</p>	<p>Domaine d'activités n° 1 : Collaborer avec des collectivités et des organisations des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec des responsables FPT.</p> <p>Domaine d'activités n° 3 : Diriger, innover et incorporer des pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer et surveiller les activités. • Collaborer et créer des réseaux avec d'autres organismes pour développer la surveillance.

La recension des écrits réalisée dans le cadre de cette évaluation a également révélé des données probantes similaires sur la concordance plus globale entre les activités PMCB et les besoins liés aux maladies chroniques et à la prévention. La recension des écrits a démontré que les avantages de la PMCB sont en général bien développés, tant d'un point de vue sociétal que de système de soins de santé, mais plus particulièrement dans une perspective d'analyse économique. Les écrits font état des avantages socioéconomiques positifs globaux, en plus des avantages au niveau individuel, à partir des interventions semblables en termes de portée et d'orientation, jusqu'aux interventions assurées au sein du Groupe PMCB.

Les entrevues d'informateurs clés et les visites sur place ont démontré que l'orientation des activités au niveau communautaire est surtout donnée au diabète et ses facteurs de risque, puisque la quasi-totalité du financement distribué par le Groupe est associé à l'IDA. Les collectivités qui possèdent de meilleures capacités de développement et de mise en œuvre de programmes adopteraient une approche plus globale sur les maladies chroniques. Les constatations des entrevues des informateurs clés de l'APN et de l'ITK, des représentants territoriaux et des représentants régionaux de SC confirment néanmoins que le traitement des facteurs de risque associés au diabète (p. ex., mauvaise nutrition, inactivité physique) permet aux collectivités d'aborder les mêmes facteurs de risque associés à bien d'autres maladies chroniques (p. ex., le cancer et les maladies cardiovasculaires).

P1.4 Répondre aux besoins communautaires à l'aide de programmes et de mécanismes de soutien axés sur la PMCB

En règle générale, les programmes du Groupe PMCB fonctionnent bien dans les collectivités. Toutes les collectivités ont mentionné que les programmes et les activités de l'IDA aident leurs membres à relever les défis liés aux maladies chroniques, et plus particulièrement au diabète. Les collectivités qui comptent un ISPDMC formé et les collectivités de plus petite taille étaient plus enclines à coter les programmes comme contribuant considérablement à relever les défis. Selon le personnel de santé communautaire, les domaines qui aident les membres des collectivités comprennent les activités de promotion et de sensibilisation (p. ex., marches pour le diabète, kiosques d'information dans le cadre de pow-wow, émissions radiophoniques sur la prévention du diabète), les activités d'éducation (p. ex., ateliers, sessions du midi chez les employeurs locaux, sessions multiples sur la perte de poids/l'alimentation saine, soins axés sur le diabète, formation sur l'utilisation des nouvelles trouses d'analyse sanguine plus exacte) et les activités de dépistage et de soins (p. ex., cliniques de podologie, cliniques de dépistage des problèmes plus communs de santé associés au diabète, vérification de l'exactitude des trouses d'analyse sanguine, planification des menus, consultation individuelle). Les défis présentés par les programmes de l'IDA comprennent : veiller à ce que le programme atteigne les résidents de la collectivité (p. ex., jeunes, hommes, Aînés), l'équilibre entre les divers types d'activités (p. ex., sensibilisation, éducation, dépistage et soins), la transposition des meilleures connaissances en changements de comportements (p. ex., connaître l'importance d'une saine nutrition et modifier effectivement l'alimentation) et veiller à ce que la collectivité possède les capacités et les ressources nécessaires pour réaliser ses priorités et assurer la continuité des programmes.

Les visites des collectivités ont permis d'évaluer la mesure dans laquelle les programmes et les mécanismes de soutien PMCB répondaient aux besoins communautaires dans les domaines de prévention des maladies chroniques et des blessures. Le personnel de santé communautaire a été invité à coter l'étendue dans laquelle les programmes et activités de l'IDA aident les membres des collectivités à relever les défis (tel que présenté à la section 3.1). Tous les répondants ont indiqué que les programmes PMCB fonctionnaient bien dans leur collectivité. Le personnel d'environ la moitié des collectivités (15 sur 27) a répondu que les programmes aidaient « beaucoup »²⁹ et les autres ont mentionné que les programmes aidaient « passablement ». Aucun répondant n'a mentionné que les programmes n'aidaient pas du tout.

Les collectivités qui comptent sur un ISPDMC formé étaient plus enclines à coter les programmes comme aidant « beaucoup », comparativement à celles qui ne comptent pas d'ISPDMC formé. Presque deux fois plus de collectivités qui comptent sur un ISPDMC ont répondu « beaucoup », comparativement à « passablement » (10 contre 5); les répondants des collectivités qui n'ont pas d'ISPDMC étaient également divisés entre « passablement » et « beaucoup » (6 contre 6).

Une autre tendance a été observée, soit que les collectivités de plus petite taille (moins de 2 000 membres) ont été plus susceptibles de coter les programmes comme aidant « beaucoup », comparativement aux plus importantes collectivités qui comptent plus de 2 000 membres. Presque toutes les collectivités de plus petite taille ont indiqué que les programmes aidaient « beaucoup », comparativement à quelques-unes qui ont coté les programmes comme aidant « passablement » (13 contre 2). Les plus importantes collectivités ont été moins enclines à coter les programmes comme aidant « beaucoup » que « passablement » (3 contre 6). Cela s'explique en partie par le fait que les collectivités de plus petite taille sont en mesure de développer une certaine « masse critique » de ressources spécialisées au titre de l'IDA, ce qui pourrait être moins évident dans les plus importantes collectivités, compte tenu des différences au niveau de l'ampleur.

La constatation à l'effet que les programmes PMCB ont une certaine valeur pour les collectivités de plus petite taille est importante, car presque toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits sont de petite taille. Les récentes statistiques révèlent une population de moins de 1 000 membres dans 90 % des collectivités des Premières nations et 60 % des collectivités des Inuits³⁰. En outre, 57 % des Premières nations et 38 % des Inuits vivent dans des collectivités de moins de 500 membres³¹.

Le personnel de santé des collectivités a fait mention de plusieurs activités et composantes de programme qui aidaient les membres de la collectivité à relever leurs défis de santé liés au diabète, dont bon nombre étaient des activités de promotion et sensibilisation (21 des 29 collectivités) et des activités comme les expositions sur la santé, les concours de perte de

²⁹ Pendant les entrevues des informateurs clés, pour obtenir une certaine mise à l'échelle des réponses autres que « oui » et « non », les informateurs ont été invités à répondre à certaines questions à l'aide d'un barème à 3 points : « pas du tout », « passablement » et « beaucoup ».

³⁰ Santé Canada. Le 1^{er} mars 2009. Fiche de renseignements sur les Premières nations et les Inuits. Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé (DIARS), DGSPNI.

³¹ Santé Canada. Le 1^{er} février 2011. Fiche de renseignements sur les Premières nations et les Inuits. Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé (DIARS), DGSPNI.

poids et les marches pour la sensibilisation au diabète. Les activités d'éducation ont également été mentionnées (17 des 29 collectivités), notamment les ateliers, les cours de cuisine et les programmes scolaires. Le troisième principal groupe comprenait les activités de dépistage et de soins (14 des 29 collectivités), p. ex., les cliniques de podologie, les cliniques de dépistage et les visites à domicile.

Les principaux enjeux soulignés par les collectivités relativement aux programmes et aux mécanismes de soutien PMCB étaient semblables aux défis habituels auxquels les programmes de promotion de la santé communautaire sont généralement confrontés :

- **Portée du programme** – Même si la participation semble élevée dans de nombreuses collectivités, la portée du programme demeure un problème dans certaines collectivités, car seulement une proportion des personnes qui devraient en profiter est touchée (7 des 29 collectivités). La section 4.1 traite en détail des obstacles possibles à la participation.
- **Défis liés à l'équilibre des diverses activités** – Compte tenu de l'ampleur des programmes PMCB, et plus particulièrement de l'IDA, certaines collectivités (9 sur 29) ont mentionné des défis liés au traitement de diverses composantes, notamment la prévention et le dépistage du diabète, ainsi que les soins aux diabétiques. Par conséquent, on est porté à mettre l'accent sur les principales priorités de la collectivité à un moment précis et à couvrir les domaines pour lesquels la collectivité possède les ressources et les capacités et dispose du personnel.
- **Transposer de meilleures connaissances en changements de comportements** - Certaines collectivités ont mentionné le défi de veiller à ce que de meilleures connaissances découlant de diverses activités donnent effectivement lieu à des changements de comportement à plus long terme, surtout dans les comportements liés à l'activité physique et à une alimentation plus saine (11 des 29 collectivités). Il s'agit d'un défi connu pour les programmes de promotion de la santé en général.
- **Capacités et ressources** - Certaines collectivités ont mentionné un défi appréciable lié à l'atteinte des besoins de leur collectivité, soit l'insuffisance des ressources nécessaires pour répondre aux besoins prioritaires déterminés (7 des 29 collectivités). La taille de la collectivité est le principal facteur associé à ce défi. Comme les affectations de fonds s'appuient sur une formule de répartition par habitant, les collectivités de plus petite taille ne reçoivent pas assez de fonds pour entreprendre les activités qui ciblent différents sous-groupes de population et pour aborder la prévention, le dépistage et les soins. Les collectivités de plus petite taille dont les ressources sont limitées éprouvent également des difficultés à veiller à ce que les travailleurs communautaires affectés à la PMCB reçoivent une formation adéquate, puisque ces derniers travaillent souvent à temps partiel et/ou assument des responsabilités dans plusieurs domaines et programmes au sein de leur collectivité. Les représentants territoriaux des collectivités nordiques ont également mentionné des défis liés aux capacités.

P2.1 Compatibilité entre le Groupe PMCB et les priorités du gouvernement au moment de la création du Groupe

Les objectifs et les résultats escomptés du Groupe PMCB étaient compatibles avec les priorités du gouvernement du Canada lors de la création du Groupe en 2005. La *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, les discours du Trône de l'époque et le *Plan directeur de la santé des Autochtones* soulignent les priorités dans les domaines de la promotion de la santé, le traitement des facteurs de risque associés à l'inactivité physique et à la mauvaise nutrition, la prévention des blessures et la mise en place de stratégies de lutte contre la maladie.

Le Groupe PMCB a été formé en 2005. Des liens précis existaient à l'époque entre les priorités du gouvernement du Canada et les résultats escomptés du Groupe PMCB. Des exemples de ces liens sont présentés dans la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, les discours du Trône des 37^e et 38^e Parlements et le *Plan directeur de la santé des Autochtones* qui a été examiné dans le cadre de la rencontre des premiers ministres et des dirigeants autochtones nationaux en 2005. En voici quelques-uns :

- **La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes vie sains (2005)** - « La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains est un cadre conceptuel d'action soutenue fondé sur une approche favorisant une population en santé. Elle donne une vision d'une nation saine, où tous les Canadiens jouissent de conditions leur permettant d'être en bonne santé. Comme la Stratégie en matière de modes de vie sains a une portée intersectorielle, elle établit aussi un contexte national et des points de référence en fonction desquels tous les secteurs, les administrations publiques et les organisations d'Autochtones peuvent évaluer leurs propres stratégies et interventions ».
- **Discours du Trône (37^e Parlement - 2004)** « Partenariat pour un Canada en santé - Le renforcement de nos assises sociales sous-entend également que l'on améliore la santé des Canadiens dans son ensemble - on commencera donc par promouvoir la santé afin de réduire l'incidence des maladies évitables ».
- **Discours du Trône (38^e Parlement – 2004)** « L'amélioration de la santé des Canadiens ne se limite pas à accélérer la prestation des soins de santé : elle oblige aussi à favoriser des habitudes de modes vie sains; à se pencher sur des facteurs de risque comme l'inactivité physique et la mauvaise nutrition; à prévenir les blessures; et à mettre en place des stratégies de lutte contre la maladie ».
- **Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans (2005)** « Le Plan directeur est un plan décennal de transformation qui vise à réduire de façon significative les écarts entre les résultats pour la santé de la population canadienne en général et ceux des Autochtones, notamment les Premières nations, les Inuits et les Métis. On atteindra cet objectif en améliorant l'accès et la qualité des services de santé grâce à une approche complète, holistique et coordonnée de prestation des services, adoptée par toutes les parties au Plan directeur, de même qu'à des efforts concertés en ce qui concerne les déterminants de la santé ».

P2.2 Compatibilité entre le Groupe PMCB et les priorités gouvernementales actuelles

Les objectifs et les résultats escomptés du Groupe PMCB sont compatibles avec un certain nombre des priorités actuelles du gouvernement du Canada, notamment la déclaration précisée dans le document *Pour un Canada plus sain – Cadre d'action fédéral, provincial et territorial (FPT) pour la promotion du poids santé*, les récentes stratégies intégrées sur les maladies chroniques, les garanties de délai d'attente pour les patients et les objectifs d'activité physique.

Les objectifs du Groupe PMCB sont compatibles avec un certain nombre de stratégies, d'initiatives et de promesses récemment annoncées qui reflètent les priorités actuelles du gouvernement du Canada, par exemple :

- **Pour un Canada plus sain : faire de la prévention une priorité** - En 2010, les ministres canadiens de la Santé et de modes vie sains ont déclaré collectivement leur vision d'un Canada où les administrations publiques travaillent de concert et collaborent avec d'autres organisations à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, incapacités et blessures.
- **Cadre d'action FPT pour la promotion du poids santé** - En 2010, les ministres FPT de la Santé ont convenu de concentrer leurs efforts sur la diminution des taux d'obésité juvénile et la promotion du poids santé à titre de première étape cruciale pour aider les Canadiens à vivre plus longtemps en meilleure santé. En vertu de ce cadre, les ministres FPT travailleront ensemble et avec des intervenants en vue de déterminer des mesures conjointes et/ou complémentaires.
- **Récentes initiatives axées sur les maladies chroniques** - Le gouvernement du Canada s'est associé avec d'autres ordres de gouvernement et organisations pour faire avancer la prévention de diverses maladies chroniques. Ces travaux comprennent notamment la Stratégie canadienne de santé cardiovasculaire, le Partenariat canadien contre le cancer, la Stratégie canadienne contre les accidents cardiovasculaires et le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Les objectifs sous-jacents et les principes de base PMCB sont compatibles avec ces stratégies plus globales.
- **Discours du Trône (3^e session du 40^e Parlement - 2010)** - « Afin de prévenir les accidents qui blessent nos enfants et nos jeunes, le gouvernement travaillera de concert avec des organismes non gouvernementaux dans le but de lancer une stratégie nationale pour la prévention des blessures chez les jeunes ».
- **Garanties de délai d'attente pour les patients** - En 2006, le gouvernement du Canada a annoncé des garanties de délai d'attente pour les patients aux services de santé financés par le fédéral dans les collectivités des Premières nations, y compris des délais d'attente précis pour les soins aux diabétiques.

- **Objectifs d'activité physique** - En 2008, le gouvernement du Canada, en collaboration avec presque tous les gouvernements provinciaux et territoriaux, a établi les tout premiers objectifs nationaux d'activité physique pour les enfants et les jeunes de 5 à 19 ans.
- **Nutrition Nord Canada** – Ce nouveau programme, annoncé en 2010, subventionnera les détaillants pour les coûts d'expédition d'aliments périssables nutritifs pour les collectivités nordiques isolées, en plus de soutenir les activités d'éducation en matière de nutrition qui sont lancés auprès des collectivités et des détaillants.

P3.0 Compatibilité entre le Groupe PMCB et le mandat/rôle du gouvernement en vue de répondre aux besoins de santé des membres des Premières nations et des Inuits

En règle générale, l'évaluation des programmes PMCB a permis de confirmer leur compatibilité avec les mandats et les responsabilités du gouvernement du Canada, tel que précisé dans la Politique fédérale sur la santé des Indiens, les ententes de financement et le mandat de la DGSPNI. La nature communautaire des programmes PMCB et la mesure dans laquelle les programmes sont élaborés et mis en application par les collectivités pour satisfaire leurs propres priorités cadrent avec le plan à plus long terme de transfert de l'administration et de l'exécution des programmes de santé sous le contrôle des Premières nations. Dans un même ordre d'idées, l'accent sur le développement des capacités est également aligné sur le processus de transfert.

Le mandat et le rôle du gouvernement du Canada en vue de répondre aux besoins des Premières nations sont définis dans la Politique fédérale sur la santé des Indiens (1979)³². La Politique vise à atteindre un meilleur niveau de santé dans les collectivités des Premières nations. Le gouvernement canadien, reconnaissant ses responsabilités légales et traditionnelles, a indiqué que ce meilleur niveau de santé doit miser sur trois piliers, dont le premier et le plus important est le développement communautaire. Le deuxième pilier, en respectant les relations traditionnelles, comprend la promotion de la capacité des collectivités des Premières nations à réaliser leurs aspirations. Le troisième pilier est le système canadien de santé. Les rôles fédéraux les plus importants dans ce système interdépendant résident dans les activités de santé publique dans les réserves, la promotion de la santé et la détection et l'atténuation des risques pour la santé dans l'environnement. Les collectivités des Premières nations ont un important rôle à jouer dans la promotion de la santé et dans l'adaptation de la prestation des services de santé pour répondre à leurs besoins précis. Le gouvernement fédéral est déterminé à favoriser la capacité des collectivités des Premières nations à jouer un rôle actif et plus positif dans le système de santé et dans les décisions qui se répercutent sur leur santé.

³² Les renseignements de la Politique fédérale sur la santé des Indiens ont été adaptés de l'information présentée sur le site Web suivant de Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php.

La Politique fédérale sur la santé des Indiens prévoit la création d'un plan à long terme de transfert de l'administration et de l'exécution des programmes de santé sous le contrôle des Premières nations. Les rôles et les responsabilités du gouvernement du Canada et des Premières nations évoluent proportionnellement à l'avancement du processus de transfert.

Le gouvernement fédéral ne joue plus un rôle direct de prestation des services³³ pour les Premières nations du Nord ou les Inuits qui vivent dans les quatre régions inuites du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest (région désignée des Inuvialuit), du Québec (région Nunavik) et de Terre-Neuve-et-Labrador (région Nunatsiavut). Presque tous les services de santé ont été intégrés dans le cadre d'ententes territoriales sur l'autonomie gouvernementale/les revendications territoriales, soutenues grâce aux engagements de financement du gouvernement fédéral.

Santé Canada fournit du financement pour des programmes précis de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que pour des services de santé non assurés par le biais d'accords de contribution conclus avec les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest, de même qu'avec le Conseil régional de santé de Nunavik et les Services sociaux au Québec. L'aide financière affectée aux programmes et aux services particuliers de santé destinés aux Inuits qui vivent dans la région inuite de Nunatsiavut est fournie au titre de l'entente fiscale définitive de l'accord global sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale des Inuits du Labrador.

Conformément à la politique globale et au mandat du gouvernement du Canada, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada assume un important rôle de gestion et d'exécution des programmes et services de santé à l'intention des collectivités des Premières nations et des Inuits. Le mandat de la DGSPNI consiste à³⁴ :

- 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 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.

³³ Sauf pour une clinique dentaire à Whitehorse (Santé Canada (2008), *Santé Canada - Northern Region - Moving Forward*).

³⁴ Le mandat a été extrait du site Web suivant de Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php>

4.0 Constatations de l'évaluation du rendement du Groupe PMCB

R4.1.1 Participation accrue des Premières nations et des Inuits dans les programmes et les mécanismes de soutien PMCB

Les données qualitatives recueillies dans le cadre des visites des collectivités démontrent clairement un plus grand nombre d'activités et une plus grande participation des membres des collectivités au cours de la période de 2005 à 2010 qu'au cours des cinq années précédentes. Presque toutes les collectivités ont mentionné qu'elles avaient augmenté le nombre et les types d'activités de l'IDA offertes au cours de cette période, ce qui concorde avec les constatations d'une enquête nationale révélant que la proportion des Premières nations et des Inuits ayant subi un dépistage pour le diabète avait augmenté au cours de la même période. En dépit de l'apparente augmentation du taux de participation, l'évaluation a permis d'établir un certain nombre d'obstacles à la participation qui sont semblables aux défis que l'on retrouve couramment dans les programmes communautaires de promotion de la santé. Ces obstacles à la participation comprenaient la perception de l'inutilité des activités par les non-participants, la tendance à rechercher des soins/conseils pour des conditions aiguës plutôt que chroniques, la préoccupation que les activités ne soient pas offertes dans des milieux confortables (p. ex., inquiétudes concernant le respect des renseignements personnels, les exigences structurales), la nécessité de mettre l'accent sur les besoins plus fondamentaux ou les besoins dominants comme les refuges, les soins aux enfants ou les toxicomanies, et une préférence générale pour d'autres types d'activités sociales ou récréatives plus sédentaires.

L'augmentation du nombre de membres des Premières nations, des Inuits et des collectivités participant aux programmes et mécanismes de soutien PMCB était l'un des principaux résultats escomptés du Groupe PMCB. Ce résultat a été examiné en fonction du nombre de participants (collectivités et personnes), des populations ciblées et des obstacles à la participation.

Nombre de collectivités/personnes participantes

Les données fournies sur environ 450 accords de contribution liés à la PMCB démontrent que plus de 600 collectivités des Premières nations et des Inuits ont participé aux programmes et aux mécanismes de soutien PMCB. La population globale de ces collectivités se situe à environ 460 000 personnes. D'autres collectivités hors-réserve et en milieu urbain ont été desservies par divers projets en vertu du PPMHRIMU.

Les données qualitatives recueillies dans le cadre des visites des collectivités indiquent qu'un plus grand nombre d'activités avaient été organisées et qu'un plus grand nombre de membres de la collectivité avaient participé au cours de la période de 2005 à 2010, comparativement aux cinq années précédentes. Ainsi, 26 des 29 collectivités ont mentionné qu'elles avaient augmenté le nombre et les types d'activités de l'IDA offertes au cours de cette période³⁵. Plusieurs collectivités (21 sur 29) ont également indiqué qu'elles avaient mis en œuvre des activités qui ciblaient de nouveaux sous-groupes de population dans la collectivité (p. ex., excursions en canoë pour les jeunes, cliniques de soins podologiques pour les diabétiques) au cours de cette période quinquennale. L'évaluation n'a pas permis de déterminer le nombre réel de participants aux activités PMCB, compte tenu des changements apportés dans la surveillance et la production de rapports au niveau communautaire et régional pendant la période couverte par l'évaluation.

Les constatations des visites sur place ont corroboré les résultats d'une enquête nationale sur les Premières nations et les Inuits. Une enquête de suivi réalisée en 2009 auprès de membres de Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits a révélé que d'importantes proportions de Premières nations (69 %) et d'Inuits (46 %) avaient subi un « dépistage pour le diabète ». Cette proportion a augmenté de cinq points de pourcentage pour les Premières nations et de sept points de pourcentage pour les Inuits depuis 2006³⁶. Même s'il est impossible d'attribuer directement les constatations de cette enquête aux activités PMCB, la tendance accrue des répondants à porter une plus grande attention au dépistage peut tout au moins être logiquement liée au plus grand nombre d'activités de dépistage et de sensibilisation dans ces collectivités.

Populations ciblées

Selon les tableaux des rapports récapitulatifs communautaires sur le rendement, on estime qu'en se fondant sur les activités de l'IDA pour l'exercice 2005-2006, environ les deux tiers (66 %) des membres diabétiques des Premières nations et des Inuits auraient reçu des services d'éducation sur le diabète. Cette estimation devrait être interprétée avec prudence, compte tenu de l'ampleur des imputations et extrapolations ayant été nécessaires en raison de données manquantes et de renseignements incomplets (c.-à-d. données de seulement 233 des 600 collectivités)³⁷.

Obstacles à la participation

Les visites des collectivités, les entrevues et les groupes de discussion avec les participants et les non-participants ont permis de déterminer un certain nombre d'obstacles à la participation possibles des membres des collectivités. Certains de ces obstacles se retrouvent couramment dans les programmes de promotion de la santé pour divers types de populations, alors que d'autres peuvent être plus spécifiques à des collectivités de Premières nations et d'Inuits et à leurs conditions. L'évaluation a permis de déterminer les principaux obstacles suivants :

³⁵ Il est important de préciser que les représentants des trois collectivités qui n'avaient pas indiqué une augmentation des activités étaient en fonction depuis peu de temps et qu'ils n'avaient pas la perspective historique pour commenter. On ne devrait donc pas en conclure que le nombre d'activités n'avait pas augmenté.

³⁶ Les conclusions signalées proviennent des références suivantes : Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*. Ce rapport cite et compare les résultats de l'enquête de référence réalisée en 2006 auprès de membres de Premières nations vivant dans des réserves et d'Inuits du Nord pour évaluer la compréhension, les attitudes et les comportements entourant les maladies chroniques, la nutrition et l'activité physique.

³⁷ DGSPNI (2008) *Tableaux des rapports récapitulatifs communautaires 2005-2006 et 2006-2007*.

- **Perception par les non-participants que les activités sont inutiles ou non pertinentes** – Dans le cadre des visites des collectivités, les évaluateurs ont appris des groupes de participants et non-participants de 14 des 21 collectivités que l'un des principaux obstacles à la participation est le fait que les activités sont souvent perçues comme inutiles ou non pertinentes par ceux qui choisissent de ne pas participer. Le manque « d'utilité » a été attribué à différentes perceptions, notamment la croyance que le diabète « atteint seulement les autres » ou la perception opposée plus fataliste que, compte tenu des taux de diabète dans leurs familles ou leur collectivité, les non-participants « contracteront probablement la maladie » et les activités ne contribueront par conséquent pas à la prévenir. Une autre perception est le fait que les activités de l'IDA ont été conçues uniquement pour les diabétiques et qu'elles ne seraient donc pas pertinentes pour eux.
- **Décider de participer à d'autres activités souvent plus sédentaires** – Les participants aux groupes de discussion de 8 des 21 collectivités ont mentionné que certaines personnes décident de participer à d'autres activités qu'elles considèrent comme plus intéressantes, mais qui sont souvent plus sédentaires, p. ex., le bingo, les jeux vidéo, la télévision, etc., au lieu de participer aux activités de l'IDA. Les employés de santé d'une collectivité ont expliqué que pour assurer une participation raisonnable aux activités, ils doivent les organiser en fonction des événements sociaux et des périodes occupées dans la collectivité.
- **Nécessité de se concentrer sur les besoins fondamentaux et d'autres problèmes dominants** – Compte tenu des défis quotidiens liés aux diverses conditions socioéconomiques de bon nombre de collectivités, les gens n'ont pas les ressources et l'énergie nécessaires pour participer aux activités axées sur la prévention et la promotion de la santé lorsqu'ils ont des problèmes urgents plus immédiats, notamment l'hébergement inadéquat, l'argent pour l'épicerie, les soins aux enfants ou le traitement des toxicomanies. Les groupes de 6 des 21 collectivités ont présenté cette explication à titre d'obstacle.
- **Tendance à rechercher des soins/conseils pour des conditions aiguës plutôt que chroniques** – Comme pour d'autres populations et programmes de prévention, les gens sont souvent portés à rechercher des soins et des conseils sur des conditions aiguës et évolutives. Ils sont moins susceptibles de rechercher des conseils ou des soins pour des conditions plus chroniques et encore moins pour des questions de prévention. Par exemple, dans deux groupes de discussion de non-participants, des jeunes hommes ont mentionné qu'ils ne voyaient pas la maladie chronique comme un problème pour eux et n'estimaient donc pas que les diverses activités étaient pertinentes ou applicables dans leur cas. Dans le cadre des visites des collectivités, les groupes de participants et de non-participants de 5 des 21 collectivités ont donné cette explication à titre d'obstacle à la participation.
- **Les activités ne sont pas offertes dans des milieux confortables (p. ex., préoccupations liées au respect des renseignements personnels, exigences structurales)** – Dans 5 des 21 collectivités, les groupes de participants et de non-participants ont indiqué que, dans certaines situations, les membres de la collectivité participent probablement moins parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise dans le milieu où les activités sont organisées. Mentionnons comme exemples le fait que des personnes n'appartenant pas à la collectivité participent aux activités, les questions de respect des renseignements personnels et d'activités de groupe, ou la structure de l'activité, tel qu'un programme comportant plusieurs exigences.

R4.1.2 Meilleur accès aux programmes et mécanismes de soutien de qualité axés sur la PMCB

En règle générale, les répondants ont exprimé leur satisfaction à l'égard de l'accessibilité aux programmes de l'IDA pour ce qui est de la fréquence, de la continuité, du choix du moment et de la langue des activités. L'évaluation a permis de déterminer certains obstacles à l'accès, notamment les obstacles de logistique (p. ex., transport, soins des enfants), les problèmes de documents et d'information (p. ex., traduction, niveaux d'alphabétisation), la connaissance des activités (p. ex., questions de promotion, populations ciblées) et l'uniformité des programmes. Les membres de la collectivité reconnaissaient facilement les points d'entrée aux services et aux mécanismes de soutien.

Les visites sur place et l'examen de la documentation ont fourni des renseignements sur l'accès des membres des collectivités aux programmes et aux mécanismes de soutien qui sont axés sur la PMCB. L'information recueillie a porté sur la satisfaction des membres des collectivités à l'égard de l'accès aux activités de l'IDA, les obstacles à l'accès, l'étendue de la connaissance des membres de la collectivité aux services et aux mécanismes de soutien de l'IDA et la mesure dans laquelle ils pouvaient clairement déterminer les points d'entrée aux services et aux mécanismes de soutien. Les obstacles à l'accès ont été décrits comme des facteurs auxquels on n'a aucun contrôle et qui rendent la participation difficile. Ces obstacles sont déterminés séparément des obstacles à la participation décrits à la section 4.1.2.

Satisfaction concernant l'accès aux activités de l'IDA

Les participants aux activités de l'IDA des groupes de discussion des 18 collectivités ont exprimé leur satisfaction quant à l'accès, en plus de préciser les domaines d'amélioration, plus particulièrement l'amélioration de l'accessibilité des non-participants. En règle générale, ces derniers ont indiqué qu'ils avaient décidé de ne pas participer pour des motifs non liés à l'accessibilité des programmes (voir « obstacles à la participation » à la section 4.1); tout comme les participants, ils n'ont cependant pas été en mesure de suggérer des moyens d'améliorer l'accessibilité pour les non-participants (voir le paragraphe « obstacles liés à l'accès » ci-après).

Pour évaluer plus à fond la satisfaction à l'égard de l'accès, le personnel de santé communautaire a été invité à commenter sur l'étendue de leur perception de l'efficacité de quatre aspects particuliers des programmes pour améliorer l'accessibilité des membres de la collectivité.

- **Fréquence des activités (p. ex., cliniques hebdomadaires)** – En règle générale, le personnel de santé a coté la fréquence des activités offertes comme étant efficace. Le personnel de santé des 6 collectivités a mentionné que la fréquence d'activités précises était « très efficace » et celui des 14 autres collectivités, qu'elle était « passablement efficace ». Le personnel de santé des trois autres collectivités a fourni des cotes relativement variées à l'égard de leur collectivité (p. ex., inefficaces à passablement efficaces).

- **Continuité des activités (p. ex., saisonnières, continues)** - Dans un même ordre d'idées, le personnel de santé a indiqué que le niveau de continuité des activités était efficace pour les collectivités. Le personnel de santé de 8 des 20 collectivités a répondu que la continuité de leurs activités était « très efficace » et celui des 12 autres collectivités, qu'elle était « passablement efficace ». Les cotes du personnel de santé de deux autres collectivités étaient variées.
- **Choix du moment des activités (p. ex., fin de semaine, avant-midi)** – Le personnel de santé a précisé que le choix du moment des activités était efficace et qu'on en tenait compte dans la prise des décisions sur les programmes. Le personnel de 8 des 21 collectivités a répondu que le choix du moment des activités était « très efficace », celui de 12 collectivités a coté le même aspect comme « passablement efficace » et une collectivité l'a coté comme « inefficace ».
- **Langue des activités** – Les répondants de 10 des 14 collectivités ont indiqué que la langue des activités était « très efficace » et ceux de 4 collectivités, qu'elle était « passablement efficace ». Le personnel de 2 collectivités a fourni des cotes variées. Il est intéressant de préciser que le personnel de santé de 5 collectivités a mentionné que la langue des activités ne constituait pas un problème dans leur collectivité.

Obstacles liés à l'accès

Un certain nombre d'obstacles liés à l'accès des membres des collectivités aux programmes et mécanismes de soutien PMCB ont été cernés dans le cadre des visites des collectivités. Les catégories d'obstacles suivantes ont été le plus couramment mentionnées :

- **Logistique** – Les obstacles de logistique comprenaient des facteurs comme l'absence d'accès au transport, le manque de soins aux enfants, le choix du moment des activités qui ne correspondait pas avec celui des autres activités, p. ex., les calendriers de travail, ou les mauvaises conditions météorologiques.
- **Information et documents** – Il a été démontré que les faibles niveaux d'éducation de certains participants possibles accentuaient les obstacles liés à l'accès à l'information fournie durant les activités. Dans une collectivité inuite, de nombreux documents n'avaient pas été traduits.
- **Connaissance des activités** – Certains résidents de collectivités n'étaient pas au courant des programmes PMCB ou croyaient que toutes les activités de l'IDA étaient destinées aux diabétiques. Cet obstacle relatif à l'accès avait également été précisé dans une enquête réalisée en 2009 auprès de membres des Premières nations vivant dans des réserves, où environ le tiers des répondants n'étaient pas au courant des programmes de prévention/prise en charge du diabète offerts dans leur collectivité. Cette proportion était la même que celle observée en 2006³⁸.

³⁸ Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*.

- **Exécution uniforme des activités** – Les programmes et les mécanismes de soutien n'étaient pas disponibles de façon constante. Les défis liés à la constance comprennent le roulement de personnel et, dans certaines collectivités, le manque de financement pluriannuel ou pour celles visées par des accords de contribution établis/consolidés durant l'année en cours.

Points d'entrée aux services et aux mécanismes de soutien

Pour déterminer si les points d'entrée aux mécanismes de soutien et aux services sont généralement compris, les évaluateurs ont demandé aux participants des activités de l'IDA de préciser les activités de l'IDA qui sont offertes dans leur collectivité. Les non-participants ont été invités à préciser l'endroit de leur collectivité dans lequel il leur était probablement possible de trouver plus de renseignements sur le diabète. Le personnel de santé communautaire a été invité à commenter sur l'efficacité de la promotion et de la publicité des programmes et activités à l'intention des membres de la collectivité.

Dans les groupes de discussion, les participants aux activités de l'IDA ont été en mesure de déterminer facilement les nombreuses activités de l'IDA offertes dans leur collectivité. Les groupes de participants de 16 des 20 collectivités qui ont commenté sur les activités ont décrit une grande variété d'activités de l'IDA, contrairement à ceux des quatre autres collectivités qui ont décrit un nombre limité d'activités de l'IDA ou de types d'activités, commentant sur seulement une ou deux activités auxquelles ils avaient directement participé.

Les non-participants ont surtout mentionné le Centre de santé comme source à consulter pour obtenir des renseignements supplémentaires sur le diabète. Les groupes de non-participants de 7 des 11 collectivités qui ont commenté sur les sources ont précisé que le Centre de santé était la source qu'ils consulteraient. Les autres sources mentionnées étaient les personnes possédant des connaissances sur le diabète, p. ex., les ISPDMC ou les infirmières (5 collectivités), les membres de la famille et les amis (3 collectivités) ou des activités particulières de l'IDA (2 collectivités). À l'appui de ces données qualitatives des collectivités, les résultats de l'enquête réalisée en 2009 auprès de membres des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits démontrent que plus de la moitié des répondants (55 %) consulteraient le personnel du centre local de santé pour obtenir de l'information sur le diabète³⁹.

Le personnel de santé a mentionné que la promotion et la publicité des activités de l'IDA étaient efficaces. Les employés de santé de 6 des 19 collectivités ont coté la promotion et la publicité comme « très efficaces », ceux de 11 collectivités ont indiqué qu'elles étaient « passablement efficaces » et deux autres, qu'elles étaient « inefficaces ». Le personnel de 4 collectivités a fourni des cotes mixtes (p. ex., inefficaces à très efficaces). Il est intéressant de mentionner que certaines méthodes (sites Web et bulletins) ont été citées comme étant très efficaces dans certaines collectivités et inefficaces dans d'autres, ce qui indiquerait que les méthodes de promotion efficace sont particulières à la collectivité.

³⁹ Ibidem

R4.1.3 Prestation de programmes de qualité

En règle générale, les types d'activités et d'interventions mises en application sont compatibles avec les programmes efficaces fondés sur des données probantes décrits dans les écrits. Les activités régionales sont de plus en plus fondées sur des données probantes. Les collectivités demeurent confrontées à des défis liés à la quantité de constatations de qualité fondées sur des données probantes pour les orienter dans leur sélection et mise en application des activités dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Pour ce qui est de la fréquence, la continuité et la variété d'activités, les collectivités cotent, de façon constante, leurs activités comme efficaces. Les collectivités qui disposent d'ISPDMC formés sont plus susceptibles de coter la variété des activités qu'elles offrent comme étant plus efficaces. Les défis dans ces domaines seraient liés à la taille de la collectivité, ce qui indique probablement le niveau de ressources disponibles. De plus, les enjeux sont peut-être liés à l'éloignement des collectivités et les problèmes de roulement de personnel clé. Les traditions culturelles sont de plus en plus prises en compte dans la sélection et l'élaboration des activités au niveau communautaire, régional et national. Plusieurs participants pensent que les traditions culturelles sont une composante attrayante et bénéfique des activités.

La mesure dans laquelle des programmes de qualité étaient offerts en vertu du Groupe PMCB a été évaluée selon qu'il s'agissait ou non d'activités fondées sur des données probantes, selon la profondeur et l'intensité des services ainsi que selon la pertinence des programmes et mécanismes de soutien sur le plan culturel.

Activités fondées sur des données probantes

Les activités décrites dans le cadre des entrevues et dans les plans de travail correspondent à celles dont l'efficacité a été démontrée pour la prévention des maladies chroniques, par exemple le dépistage, la surveillance et les soins, ainsi que la prévention. De nombreuses activités et interventions mises en œuvre dans les collectivités sont semblables à celles de la documentation examinée par Jacobson et coll.⁴⁰ La recension des écrits effectuée pour cette évaluation a également démontré l'efficacité des types d'interventions mises en œuvre dans les collectivités en vertu du Groupe PMCB.

Presque tous les représentants régionaux de SC (11 sur 16) ont mentionné qu'ils utilisent de plus en plus les données probantes de recherches et d'évaluations pour sélectionner les activités régionales. Par exemple, des lignes directrices cliniques de l'Association canadienne du diabète (ACD) et les lignes directrices sur l'activité physique qui sont fondées sur des données probantes sont utilisées et la formation fait présentement l'objet d'une évaluation. De plus, les répondants régionaux ont fait mention des efforts accrus pour agir à titre de véhicules d'information pour les collectivités et les organisations régionales des Premières nations en veillant à ce que l'information soit transmise pour aider les collectivités à mettre en application plus d'activités fondées sur des données probantes dans leurs programmes au niveau communautaire, entre autres, des lignes directrices cliniques, des guides alimentaires et des documents de formation qui sont fondés sur des données probantes (p. ex., *A Journey to the Teachings* pour les

⁴⁰ Jacobson, P., McMurchy, D. et R.W.H. Palmer. (2006) *Chronic Disease Prevention: A Review of the Effectiveness Literature*. Rapport non publié préparé pour Santé Canada.

programmes de prévention des blessures). Les représentants régionaux de SC ont précisé les défis suivants pour veiller à ce que les activités soient fondées sur des données probantes : 1) peu de données probantes propres aux Premières nations et 2) nombre limité de données de surveillance et résultats disponibles pour les collectivités, ce qui rend plus difficile la collecte de données probantes sur l'efficacité des activités.

Les représentants de la DGSPNI ont indiqué que le Groupe a également contribué aux efforts en vue d'élargir les données probantes liées à l'information disponible sur la prévention des maladies chroniques des collectivités des Premières nations et des Inuits. Le Groupe a fourni son soutien et investi dans divers efforts de recherche, notamment l'*Étude CIRCLE*⁴¹ et l'*Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations*⁴². De plus, le Groupe a demandé des documents d'information dans des domaines comme l'insécurité alimentaire chez les Autochtones, et les déterminants de l'alimentation saine.

Profondeur et intensité des services

L'examen des 15 plans de travail disponibles des collectivités visitées a démontré que le nombre et le type d'activités variaient énormément d'une collectivité à l'autre. L'examen des plans de travail a révélé certaines tendances, notamment le fait que les collectivités de plus petite taille organisent en général moins d'activités. De plus, les collectivités organisant moins d'activités avaient tendance à se concentrer sur les activités de prévention *ou* sur les activités de dépistage et de soins liés au diabète, contrairement aux collectivités offrant un nombre important d'activités, qui organisent en général un plus vaste éventail d'activités tant sur la prévention que sur le dépistage et les soins.

Les constatations des entrevues de représentants régionaux de SC et de représentants territoriaux ont confirmé les observations de l'examen des plans de travail. Presque toutes les personnes interrogées (8 sur 11) ont mentionné des défis liés à la fréquence, à la continuité et à la variété des services et des mécanismes de soutien offerts au niveau communautaire. Ces défis étaient associés aux collectivités de plus petite taille disposant de moins de ressources et aux collectivités qui connaissaient des problèmes de roulement de personnel dans des postes clés (p. ex., directeur de santé, infirmière). Des représentants territoriaux ont précisé que la fréquence, la continuité et la variété des mécanismes de soutien et des services constituaient une préoccupation particulière pour les collectivités nordiques.

Le personnel de santé communautaire a ajouté que la fréquence (p. ex., 2 fois par mois, sur une base hebdomadaire), la continuité (p. ex., saisonnière, toute l'année) et les types d'activités de l'IDA offertes étaient en général efficaces. Le personnel de santé des collectivités a coté la fréquence comme « passablement » efficace (16 des 21 collectivités) ou « très » efficace (5 des

⁴¹ L'Étude CIRCLE, une étude nationale triennale de recherche sur le diabète, comportait l'examen de dossiers médicaux de 19 collectivités autochtones pour déterminer l'état actuel de la gestion clinique du diabète de type 2 et des complications connexes chez les Premières nations du Canada. Harris, S.B. et coll. Major gaps in diabetes clinical care among Canada's First Nations: Results of the CIRCLE Study. *Diab Res Clin Pract.* 2011 May; 92(2): 272-279

⁴² L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières nations est une étude de portée nationale sur les avantages et les risques des aliments et de l'eau dans les collectivités des Premières nations. L'étude recueillera dans 100 collectivités des Premières nations canadiennes sélectionnées au hasard, des données sur la consommation des aliments traditionnels et des aliments achetés en magasin et leur sécurité alimentaire. Description adaptée du site Web suivant : http://www.fnehin.ca/site.php/sitenews/first_nations_food_nutrition_and_environment_study/.

21 collectivités). Le personnel a accordé des notes un peu plus élevées pour la continuité des activités (13 des 21 collectivités ont coté la continuité comme étant « passablement » efficace et 8 des 21 collectivités l'ont classée comme étant « très » efficace). Le personnel de santé a accordé des cotes similaires pour l'efficacité des types d'activités offertes, soit « passablement » efficaces (17 des 25 collectivités) ou « très » efficaces (8 des 25 collectivités). Lorsque ces trois ensembles de cotes ont été analysés en fonction de la question de savoir si la collectivité dispose d'un ISPDMC, l'évaluation a révélé que les collectivités qui comptent sur des ISPDMC formés étaient plus susceptibles de coter les types d'activités comme « très » efficaces, comparativement aux collectivités qui ne disposent pas d'un ISPDMC. Presque le même nombre de collectivités qui comptent sur un ISPDMC formé (6 contre 7) ont accordé une cote « très » efficace et « passablement » efficace, alors que les collectivités qui ne disposent pas d'un ISPDMC (2 contre 8) étaient plus susceptibles de coter les types d'activités comme « passablement » efficaces. Cette tendance n'a pas été démontrée lors de la fréquence, la continuité ou d'autres variables comme la taille de la collectivité et l'éloignement.

Pertinence sur le plan culturel

Les constatations des visites sur place et des entrevues de représentants d'organisations autochtones nationales (APN et ITK) et de représentants régionaux de SC démontrent que les traditions culturelles sont de plus en plus prises en compte dans la sélection et l'élaboration des activités au niveau communautaire, régional et national. Au niveau communautaire, presque tous les employés de santé communautaire (23 des 26 collectivités) et les dirigeants des collectivités (15 des 17 collectivités) interrogés ont décrit divers exemples de la façon dont les traditions culturelles ont été prises en considération et incorporées dans les activités pour assurer de meilleurs niveaux de pertinence des activités sur le plan culturel (p. ex., aliments traditionnels pour comprendre la nutrition, activités physiques organisées autour d'activités traditionnelles – danse, sports et jeux). Par exemple, une collectivité visitée a renoué avec ses antécédents de guerriers et les a utilisés pour encourager les sports d'équipe et l'activité physique en mettant l'accent sur l'historique de bonne condition physique de ses ancêtres.

Des représentants régionaux de SC ont décrit les efforts déployés par les comités consultatifs et directeurs des Premières nations et des Inuits pour contribuer non seulement à la détermination des priorités, mais également à veiller à la pertinence des activités régionales sur le plan culturel. Des représentants de la DGSPNI, de l'APN et de l'ITK ont également déterminé des groupes de travail et comités consultatifs composés, entre autres, de représentants des Premières nations et des Inuits comme étant essentiels pour assurer la pertinence sur le plan culturel des initiatives du Groupe PMCB. Le document *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien* qui a été adapté aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis afin de refléter les valeurs, les traditions et les choix d'aliments des populations autochtones, constitue un bon exemple de produit découlant de ce type de collaboration. Plus d'un million d'exemplaires du document ont été imprimés depuis sa publication en 2007. Une recherche sur l'opinion publique a démontré que dans la première année de publication du Guide, près de la moitié des Premières nations vivant dans des réserves (46 %) connaissaient le Guide⁴³. En date du 31 mars 2010, plus de 970 000 exemplaires du Guide avaient été distribués. En 2010, le Guide a été publié dans quatre langues autochtones (Cri des bois, Cri des plaines, Ojibwa et Inuktitut).

⁴³ Ekos (March, 2008). *First Nations People Living On-Reserve Health and Safety - Part of the First Nations People On-Reserve Study*.

Presque tous les participants des groupes de discussion des collectivités visitées (19 sur 21) ont mentionné que l'inclusion des traditions culturelles dans les activités était une caractéristique attrayante qui incitait les membres de la collectivité à participer. Il est important de préciser qu'une faible proportion de participants aux activités de l'IDA et de non-participants des groupes de discussion de quelques collectivités (2 sur 21) n'ont pas accordé d'importance à la pertinence des activités sur le plan culturel, et avaient l'impression qu'il était inutile de tenter d'intégrer des traditions culturelles dans les activités.

R4.1.4 Sensibilisation accrue aux comportements sains liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures

L'évaluation a démontré que les membres des collectivités et le personnel de santé étaient d'avis que les activités du Groupe PMCB avaient rehaussé la connaissance des membres à l'égard du diabète, d'une alimentation saine et de l'activité physique. Ces connaissances accrues étaient plus marquées dans les collectivités qui comptent sur des ISPDMC formés et dans les collectivités de plus petite taille. Les constatations étaient moins claires sur la question de savoir si les activités du Groupe PMCB avaient ou non contribué à modifier les perceptions des membres des collectivités à l'égard de la susceptibilité et de la gravité des maladies chroniques.

Une sensibilisation accrue aux comportements sains liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures a été évaluée en fonction des changements dans la perception de susceptibilité et de gravité, ainsi que des améliorations dans les connaissances sur les comportements sains.

Perception de susceptibilité

La preuve d'une sensibilisation accrue aux comportements sains découlant des changements dans la perception de susceptibilité était passablement mitigée. L'examen de la documentation a démontré que les perceptions de susceptibilité n'avaient pas beaucoup changé au cours des cinq dernières années. L'étude de suivi réalisée en 2009 auprès des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits indiquait que les causes perçues de cinq maladies chroniques étaient demeurées plus ou moins constantes depuis qu'on les avaient initialement mesurées trois ans auparavant⁴⁴. Il est important de préciser que l'étude couvrait les collectivités en général, sans mettre l'accent sur les membres de collectivités ayant participé aux activités PMCB.

D'autre part, certaines indications de changements dans les perceptions de susceptibilité ont été relevées dans un rapport soulignant les résultats d'une évaluation de l'IDA dans neuf collectivités⁴⁵. Ce rapport présentait plusieurs exemples d'activités qui ont réussi à mieux faire connaître aux membres de la collectivité la susceptibilité aux maladies chroniques causée par des facteurs comme l'obésité, l'âge et l'alimentation. Conformément aux constatations de ce rapport, l'évaluation de la formation des ISPDMC a confirmé un certain nombre de résultats positifs au niveau communautaire, dont bon nombre sont probablement attribuables en partie à une

⁴⁴ Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*.

⁴⁵ Patterson (2009) *Assessment of the Health Canada Aboriginal Diabetes Initiative in Selected First Nations and Inuit Communities*.

meilleure sensibilisation des résidents de la collectivité à la susceptibilité aux maladies chroniques⁴⁶. Ces changements dans les perceptions de susceptibilité sont axés davantage sur les participants aux programmes PMCB que sur la collectivité en général.

Perception de gravité

La principale preuve de changements dans les perceptions de gravité est présentée dans un rapport sur les constatations de l'Étude de suivi réalisée en 2009 auprès des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits⁴⁷. Plus de la moitié des répondants des Premières nations (63 %) et presque la moitié des répondants des Inuits (46 %) ont été en mesure de préciser au moins un signe ou un symptôme de diabète de type 2. Les taux obtenus trois ans auparavant étaient sensiblement les mêmes. Les auteurs du rapport ont conclu que les connaissances des répondants sur les répercussions du diabète de type 2 pour le corps humain demeurent plus ou moins limitées; de plus, pour les deux périodes, il semble que les répondants ne comprenaient pas bien les manifestations physiques du diabète. Encore une fois, il s'agit d'une mesure de la collectivité en général plutôt que des changements de perception de ceux qui avaient participé aux activités PMCB.

Perception d'efficacité des interventions

L'évaluation a démontré que pour certains groupes, la perception d'efficacité des interventions avait changé au cours des cinq dernières années. Un rapport sur l'évaluation de l'IDA dans neuf collectivités a fourni des exemples de la mesure dans laquelle les membres de collectivités participent aux activités fondées sur des interventions et établissent des liens entre les interventions et la réduction des niveaux de risque (p. ex., meilleure nutrition, activité physique)⁴⁸. Dans un même ordre d'idées, une évaluation de l'incidence de la formation des ISPDMC souligne certaines répercussions communautaires, notamment le fait de mieux comprendre l'efficacité des interventions⁴⁹. De plus, l'Étude de suivi réalisée en 2009 auprès des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits a démontré que le taux de répondants inuits qui n'étaient pas en mesure de préciser au moins une façon de réduire le risque de développer le diabète de type 2 avait diminué, passant de 40 % en 2006 à 26 % en 2009. Le taux chez les participants des Premières nations était demeuré constant à 22 %. Cependant, les répondants étaient plus susceptibles de coter les méthodes connues de prévention ou de réduction des risques de développer le diabète comme « passablement efficaces » à « très efficaces »⁵⁰.

Connaissances accrues

Les connaissances accrues sur le diabète, l'alimentation saine et l'activité physique constituaient un thème commun pendant les visites des collectivités, plus particulièrement dans le cadre des groupes de discussion avec les participants PMCB. Ces derniers ont d'ailleurs fourni plusieurs

⁴⁶ Catalyst Research and Communications (2009) *Aboriginal Diabetes Initiative Capacity Building: Phase 2 Evaluation Report*.

⁴⁷ Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*.

⁴⁸ Patterson (2009) *Assessment of the Health Canada Aboriginal Diabetes Initiative in Selected First Nations and Inuit Communities*.

⁴⁹ Catalyst Research and Communications (2009) *Aboriginal Diabetes Initiative Capacity Building: Phase 2 Evaluation Report*.

⁵⁰ Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*.

exemples de connaissances, notamment sur la façon de lire les étiquettes d'aliments, la façon de maîtriser les concentrations de glycémie en choisissant des aliments plus sains, la façon de cuire des aliments sains, la façon de faire de meilleurs choix d'aliments à l'épicerie, de mieux connaître les différents types de légumes, d'apprendre les différents types d'options d'exercice physique et de créer son propre jardin pour avoir un meilleur accès à des aliments sains. Le personnel de santé communautaire a été invité à coter l'étendue de l'augmentation des connaissances des comportements sains par les membres de la collectivité à la suite de leur participation aux activités PMCB. Tous les employés de santé interrogés dans les collectivités ont indiqué que les connaissances des membres de la collectivité avaient « beaucoup » augmenté (18 des 29 collectivités) ou « passablement » augmenté (11 des 29 collectivités).

Les collectivités qui comptent sur des ISPDMC étaient plus susceptibles de signaler d'importantes augmentations des connaissances. Une plus importante proportion de collectivités qui comptent sur un ISPDMC a indiqué « beaucoup », comparativement à « passablement » (12 collectivités, par rapport à 3) et les collectivités qui ne disposent pas d'un ISPDMC étaient légèrement moins enclines à indiquer que les connaissances avaient « beaucoup » augmenté (5 collectivités, par rapport à 7).

Une autre tendance observée était que les collectivités de plus petite taille (moins de 2 000 membres) étaient plus susceptibles de coter les connaissances des membres de la collectivité comme ayant « beaucoup » augmenté, comparativement aux plus importantes collectivités (plus de 2 000 membres). Les collectivités de plus petite taille étaient plus enclines à indiquer que les connaissances avaient « beaucoup » plutôt que « passablement » augmenté (13 collectivités, par rapport à 6). Les plus importantes collectivités cotaient dans la même proportion les connaissances comme ayant « beaucoup » augmenté et « passablement » augmenté (5 collectivités, par rapport à 5).

Le personnel de santé communautaire a fourni des exemples de la manière dont les membres des collectivités avaient participé à diverses activités et appris au sujet des aspects de prévention, de réduction des facteurs de risque des maladies chroniques (principalement le diabète), d'auto-administration et de prise en charge des soins et d'importants aspects des tâches quotidiennes comme la préparation et l'entreposage des aliments, la façon de participer aux différents types d'activités physiques, la lecture des étiquettes de nutrition pendant le magasinage et la façon de choisir les aliments. Ces exemples sont compatibles avec les constatations d'un récapitulatif de rapports communautaires indiquant que presque toutes les collectivités offraient des activités d'éducation et de sensibilisation sur le diabète en général (82 % des collectivités ont fourni des données pour l'analyse réalisée en 2005-2006)⁵¹. Dans un même ordre d'idées, la proportion des répondants des Premières nations qui se sont accordé une cote très élevée relativement aux connaissances sur le diabète avait légèrement augmenté entre 2006 et 2009 (22 % en 2006; 26 % en 2009)⁵².

⁵¹ DGSPNI (2008) *Tableaux des rapports récapitulatifs communautaires 2005-2006 et 2006-2007*.

⁵² Environics Inc. (2009) *2009 Chronic Disease Follow-up Survey among First Nations On-Reserve and Inuit - Final Report*. Il est important de préciser que ces proportions devraient être interprétées avec prudence. Il a également été démontré qu'une certaine proportion de ceux qui se sont accordé une cote « très au courant » étaient alors incapables de préciser des causes de la maladie (24 %), de nommer un signe ou un symptôme (22 %) ou de mentionner une répercussion de la maladie sur le corps humain (35 %).

R4.1.5 Amélioration de la pratique de comportements sains liés à la prévention des maladies chroniques et des blessures

Comme pour presque tous les programmes de promotion de la santé, le Groupe PMCB était confronté au défi de transposer les niveaux de connaissances de façon constante en changements de comportements sains afin qu'ils soient durables. En règle générale, le personnel de santé communautaire et les participants ont signalé des changements positifs relativement à une alimentation saine et à l'activité physique chez les membres de la collectivité qui avaient participé aux activités PMCB, même si le niveau de changement était inférieur à celui qui avait été déclaré pour les changements dans les connaissances. Seulement une petite proportion des collectivités a mentionné des améliorations liées à la prévention des blessures. Pour les collectivités dans lesquelles aucune amélioration n'a été déterminée, cette situation était causée par le fait que la prévention des blessures n'est pas une priorité ou que les travaux dans ce domaine étaient aux premiers stades; par conséquent, il était trop tôt pour observer tout changement. Au sein du Groupe PMCB, la prévention des blessures est un secteur de politique et non un secteur de programme.

Les visites des collectivités ont fourni des données sur l'étendue de la perception du personnel de santé communautaire en ce qui concerne les augmentations des comportements sains chez les membres dans les domaines de l'alimentation saine, de niveaux d'activité physique et de prévention des blessures. Les participants des groupes de discussion ont fourni divers exemples de domaines ayant connu des changements, plus particulièrement en ce qui concerne une alimentation saine et l'activité physique. Par exemple, dans une collectivité, les participants et le personnel de santé ont évalué un concours de perte de poids comme une réussite, non pas uniquement en raison de la perte de poids, mais du fait que le concours comportait des mécanismes de soutien et des conseils sur la nutrition et l'activité physique de la part de professionnels de la santé communautaires (y compris un nutritionniste). Selon les explications d'un nutritionniste, l'activité populaire a été utilisée pour mieux faire connaître les services de santé aux membres de la collectivité qui n'auraient autrement pas participé. L'incidence réelle a été mesurée par le maintien de la perte de poids, une meilleure nutrition et le recours aux services de santé.

Le personnel de santé communautaire a été invité à exprimer ses perceptions sur la mesure dans laquelle les participants aux activités PMCB ont commencé à s'alimenter plus sainement. En règle générale, le personnel de santé communautaire a signalé des changements positifs en ce qui concerne l'alimentation saine chez les participants. Le personnel de santé de presque toutes les collectivités a indiqué que ces changements se sont « passablement » produits (26 des 29 collectivités), quelques employés ont indiqué « beaucoup » (2 des 29 collectivités) ou « pas du tout » (1 des 29 collectivités).

Pour ce qui est de l'activité physique, presque tous les employés de santé communautaire ont observé des changements positifs chez les membres de la collectivité qui ont participé aux activités PMCB. Le personnel de santé de presque toutes les collectivités a indiqué qu'il avait observé « passablement » d'augmentations de niveaux d'activité physique (17 des 27 collectivités), quelques employés ont indiqué « beaucoup » (5 des 27 collectivités) ou « pas

du tout » (5 des 27 collectivités). Il est intéressant de mentionner que les répondants des collectivités qui comptent sur des ISPDMC formés indiquent souvent « beaucoup » (4 collectivités), par rapport à « pas beaucoup » (1 collectivité), comparativement à celles qui n'en comptent pas (1 collectivité, par rapport à 4).

Même si tout le personnel de santé communautaire a également été invité à commenter sur les changements perçus en ce qui concerne la prévention des blessures, les répondants de la majorité des collectivités ont mentionné que la prévention des blessures ne constituait alors pas une priorité dans leur collectivité (18 des 29 collectivités) ou que les travaux dans ce domaine étaient aux premiers stades; par conséquent, les changements étaient limités (4 des 29 collectivités). Presque tous les répondants des collectivités qui ont répondu à cette question ont par conséquent indiqué « pas beaucoup » de changements (15 des 20 collectivités) ou un « peu » de changements (5 des 20 collectivités). Les collectivités qui ont remarqué des changements ont le plus souvent fourni des exemples de programmes pour sièges d'auto et d'initiatives de sécurité à bicyclette.

Tous les participants de groupes de discussion ont fourni des exemples de la façon dont les participants ont apporté des modifications en ce qui concerne l'alimentation saine et l'activité physique (21 des 21 collectivités), notamment la lecture des étiquettes à l'épicerie, la sélection d'aliments à faible teneur en sodium, la préparation de divers aliments traditionnels et le choix de modes de cuisson autres que la friture. Les exemples d'augmentation d'activité physique comprenaient les clubs de marcheurs, les sports organisés, les comptes de pas à l'aide d'un podomètre et l'haltérophilie.

Ces exemples de changements doivent être perçus dans le contexte des entrevues du personnel de santé communautaire qui a indiqué qu'un des principaux enjeux était d'aider et de soutenir les gens dans la transposition de leurs connaissances et de leur compréhension des maladies chroniques et des blessures en maintien de changements comportementaux positifs. Ces changements ont été démontrés dans les cotes du personnel de santé sur l'augmentation des connaissances, lesquelles étaient, en général, beaucoup plus élevées (18 des 29 collectivités ont indiqué « beaucoup ») que les changements comportementaux (2 ou 5 des 29 collectivités ont indiqué « beaucoup »). Le défi lié au changement de comportements est constant dans le domaine de la promotion de la santé et il n'est pas unique au Groupe PMCB. Il semble que les exemples d'activités qui ont mieux réussi à encourager la progression vers une sensibilisation aux comportements modifiés étaient ceux dans lesquels une approche intégrée était utilisée. Par exemple, le personnel de santé d'une collectivité a offert aux participants des aliments sains (p. ex., boisson fouettée aux fruits ou poitrines de poulet sans peau cuites au BBQ) pendant des marches de sensibilisation au diabète, en plus d'offrir des analyses de glycémie avant et après la marche pour montrer aux participants la diminution du taux de glycémie par suite d'une simple marche. Ces analyses ont également été utilisées aux fins de dépistage, le personnel de santé communautaire ayant invité les répondants dont la concentration de glycémie était élevée à consulter une infirmière ou un médecin du centre de santé local.

R4.2.1 Amélioration du continuum de programmes et mécanismes de soutien dans les collectivités des Premières nations et des Inuits

L'évaluation a révélé des exemples d'activités de sensibilisation et d'éducation sur la santé dans chaque collectivité visitée, en plus de nombreux exemples des diverses activités de perfectionnement des connaissances et compétences à l'intention des membres des collectivités. Quelques collectivités ont progressé vers le développement d'une mobilisation communautaire et la création de milieux favorables, surtout dans les domaines des partenariats communautaires et de l'élaboration de certaines politiques. L'évaluation a démontré que la portée des services disponibles s'était élargie au cours des cinq dernières années en vertu de l'IDA. Certains partenariats avaient été créés pour renforcer les programmes et les services offerts aux collectivités des Premières nations et des Inuits.

L'étendue de l'amélioration du continuum de programmes et mécanismes de soutien qui sont axés sur la PMCB dans les collectivités des Premières nations et des Inuits a été évaluée en examinant le nombre et les types d'activités, la portée des services disponibles, les partenariats et les systèmes de renvoi. Le continuum a été conceptualisé en fonction des composantes précisées dans la stratégie d'évaluation de la PMCB qui décrivait les activités de sensibilisation, les activités d'éducation sur la santé, le perfectionnement des compétences, la mobilisation communautaire et les milieux favorables.

Nombre et types d'activités

Les données qualitatives recueillies dans le cadre des visites des 29 collectivités comprennent des exemples d'activités de sensibilisation et d'éducation sur la santé. Presque toutes les collectivités (25 sur 29) ont également précisé qu'elles offraient à leurs membres diverses activités de perfectionnement des compétences, notamment en cuisine, sur la façon de faire de l'exercice, en jardinage, en surveillance des taux de glycémie ou en prise en charge du diabète. Dans environ deux tiers des collectivités (19 sur 29), les activités prises en considération avaient contribué au développement de la mobilisation communautaire et à la création de milieux favorables. Les trois principaux types d'activités décrits étaient les suivants : collaboration de différentes organisations communautaires à la création de milieux globalement favorables; élaboration d'une politique qui a contribué aux milieux favorables; et participation des dirigeants à la mobilisation de la collectivité. Parmi des exemples de collaboration avec des organisations communautaires, mentionnons la collaboration du ministère de la santé avec d'autres ministères pour combiner leurs efforts à l'égard d'activités semblables de façon à uniformiser les approches pour les membres communautaires (p. ex., travailler avec les femmes enceintes pour le dépistage du diabète de grossesse, tout en leur enseignant la nutrition prénatale), la collaboration avec des épiceries locales pour assurer une meilleure accessibilité aux choix d'aliments sains ou la collaboration avec l'école locale pour présenter des activités de sensibilisation et d'éducation. Les politiques qui ont contribué à la création de milieux favorables comprenaient des politiques scolaires sur la présence restreinte de boissons gazeuses dans les écoles et des distributeurs automatiques remplis d'aliments sains. Pour ce qui est de la contribution des dirigeants à la

mobilisation communautaire, les dirigeants participaient directement aux activités et choisissaient des modes de vie sains; ils étaient par conséquent perçus par les membres de la collectivité et le personnel de santé comme des modèles de comportement.

Portée appropriée des services disponibles

Dans le cadre des visites des collectivités, presque tous les employés de santé communautaire (26 des 29 collectivités) ont mentionné que l'éventail de services disponibles avait augmenté au cours des cinq dernières années en vertu de l'IDA. Presque tous les représentants régionaux de SC (8 sur 11) ont précisé qu'ils avaient perçu un élargissement de la portée. Deux répondants ont indiqué qu'il était difficile de déterminer s'il y avait et où il y avait des lacunes dans le continuum au niveau communautaire, puisque les rapports présentés par la collectivité à la région ne permettent pas ce type d'analyse.

Partenariats pour les mécanismes de soutien et les services

Les partenariats avec des fournisseurs de services externes variaient considérablement d'une collectivité visitée à l'autre, allant d'accords formels avec des organisations régionales à l'absence de toute preuve d'entente formelle ou informelle. L'analyse de la documentation a révélé des exemples de partenariats entre diverses parties à la prestation des services et mécanismes de soutien axés sur la prévention des maladies chroniques et/ou des blessures. En règle générale, ces partenariats visaient globalement à améliorer les programmes et les services destinés aux collectivités des Premières nations et des Inuits en facilitant l'accès aux services et aux mécanismes de soutien de soins de santé, en misant sur différentes sources de financement pour améliorer les résultats communs et en partageant l'expertise et les connaissances des diverses perspectives. Voici quelques exemples de partenariats :

- Partenariats intergouvernementaux – divers PE, ententes tripartites et ententes de collaboration moins formelles.
- Partenariats avec des ONG – souvent au niveau local ou régional et pouvant comporter des PE et des ententes de collaboration moins formelles.

Systèmes d'aiguillage

Le personnel de santé communautaire a décrit les systèmes d'aiguillage pour les services de santé qui ne sont pas offerts dans la collectivité comme étant individualisés et particuliers au patient. Pour les services disponibles dans la collectivité, divers systèmes non officiels ont été décrits pour veiller à ce que les patients obtiennent les services et les mécanismes de soutien requis. Les participants des groupes de discussion n'ont exprimé aucune préoccupation appréciable à l'égard des processus d'aiguillage.

R4.2.2 Activités de collaboration et de réseautage accrues et améliorées

L'évaluation a révélé plusieurs types de partenariats et d'ententes de collaboration officiels et non officiels au sein des niveaux du Groupe PMCB et entre ceux-ci, y compris au niveau communautaire, régional et national. De plus, la fréquence des occasions de réseautage a augmenté au cours des cinq dernières années. Les occasions de réseautage ont été signalées comme permettant d'offrir des renseignements utiles aux collectivités. De nombreuses occasions de réseautage découlent d'efforts déployés par le personnel des bureaux régionaux de SC pour les créer et les appuyer; ces occasions se présentent souvent dans le cadre d'activités de formation ou de conférences régionales.

Des activités de collaboration et de réseautage accrues et améliorées, l'un des principaux résultats escomptés du Groupe PMCB, ont été évaluées en examinant les types de partenariats et d'ententes de collaboration qui avaient été créés, ainsi que les occasions de réseautage à différents niveaux.

Partenariats et collaborations

L'évaluation a révélé l'existence de nombreux types de partenariats et d'ententes de collaboration formels et informels à divers niveaux avec le Groupe PMCB. Au niveau communautaire, les ministères de la santé, les écoles, les groupes de personnes âgées et les épiceries locales collaboraient souvent. La présence d'efforts de collaboration a été signalée dans environ deux tiers des collectivités visitées (20 sur 29), en plus des nombreux exemples de collaboration entre les collectivités et d'autres importantes organisations externes comme les autorités régionales de la santé et les conseils scolaires (15 des 29 collectivités). Pour les collectivités dans lesquelles des liens existaient, le personnel de santé communautaire a mentionné que ces liens contribuaient « beaucoup » (11 des 16 collectivités) ou « passablement » (5 des 16 collectivités) à fournir aux résidents des mécanismes de soutien et des services modes de vie sains.

Les représentants régionaux de SC ont également mentionné de nombreux partenariats et ententes de collaboration au niveau régional, notamment avec les provinces et les territoires, des organisations régionales des Premières nations et des Inuits, des ONG, des établissements de formation et des groupes de recherche. De plus, compte tenu de la nature globale des secteurs de politique du Groupe PMCB (p. ex., prévention des blessures, nutrition, prévention des maladies chroniques), les représentants ont signalé diverses autres collaborations informelles entre les personnes qui travaillent dans ces secteurs du Groupe et entre divers programmes de la DGSPNI pour partager de l'information, des contacts et des documents, le cas échéant. Les entrevues de représentants territoriaux ont démontré quelques possibilités manquées de collaboration avec d'autres régions en raison de la structure actuelle de représentation du Nord aux rencontres des représentants régionaux de l'IDA.

Au niveau national, les entrevues des représentants de la DGSPNI ont révélé certains renseignements sur une variété de partenariats et d'ententes de collaboration, notamment avec des organisations nationales des Premières nations, des ONG, des établissements de formation, d'autres ministères fédéraux et des tribunes FPT (p. ex., le réseau de santé publique qui comprend le groupe d'experts sur la prévention et le contrôle des maladies chroniques et des blessures et le groupe de travail sur la prévention et le contrôle des blessures). Le Groupe de référence sur la sécurité alimentaire, composé de représentants de l'APN, de l'ITK, du gouvernement fédéral (SC, AINC), de personnes-ressources et d'organisations (gouvernementales et non gouvernementales), est un exemple de partenariat pour des mécanismes de soutien et de services; ses membres se rencontrent pour partager de l'information, créer des stratégies et dresser la liste des priorités de mesures collectives axées sur l'amélioration de la sécurité alimentaire des Premières nations et des Inuits. Un autre exemple comportait des partenariats avec le secteur privé où le Groupe était associé avec trois importants détaillants d'aliments du Nord et divers autres partenaires pour élaborer et mettre en application des interventions sur la nutrition qui sont fondées sur le commerce de détail.

Au niveau international, une entente de collaboration avec les États-Unis a été élargie et renforcée lorsque le Protocole d'entente sur la santé des Autochtones entre Santé Canada et le *Department of Health and Human Services* des États-Unis, signé à l'origine le 13 mai 2002, a été renouvelé le 1^{er} novembre 2007. Ce PE reconnaît et favorise des objectifs communs pour rehausser l'état de santé des populations autochtones canadiennes et américaines par le partage de connaissances, d'expériences, de leçons apprises et de pratiques exemplaires. Le PE renouvelé a été élargi pour inclure de nouveaux groupes de travail mixtes, dont un sur la santé en milieu urbain et communautaire. À l'aide de conférences téléphoniques ou rencontres régulières, les groupes de travail discutent et déterminent les activités qui mèneront à l'atteinte des objectifs du PE, par exemple l'échange d'information et de personnel, la participation à des ateliers, conférences, colloques et réunions. Le groupe de travail sur la santé en milieu urbain et communautaire est coprésidé par le directeur de la PMCB (DGSPNI) et le directeur des programmes de santé destinés aux Autochtones en milieu urbain. À ce jour, ce groupe de travail a concentré ses efforts sur le diabète en raison de la gravité de ce problème.

Réseutage

Dans le cadre des visites des collectivités, le personnel de santé communautaire a précisé que les occasions de réseutage avaient augmenté au cours des cinq dernières années. Le personnel de santé de presque toutes les collectivités (19 sur 22) a mentionné que le réseutage avait augmenté, même si celui des autres collectivités (3 sur 22) était d'avis que le réseutage était demeuré sensiblement le même au cours de cette période. Le personnel de santé a ajouté que l'information reçue du réseutage était « très » utile (14 des 23 collectivités) ou « passablement » utile (9 des 23 collectivités). La présence d'un ISPDMC ou la taille d'une collectivité n'avait aucun effet sur le réseutage. Les représentants régionaux de SC ont confirmé leur perception de l'augmentation des occasions de réseutage au cours des cinq dernières années (9 sur 11). Selon les exemples fournis, de nombreuses occasions de réseutage découlaient des efforts déployés par le personnel des bureaux régionaux de SC pour créer et soutenir ces occasions. Les possibilités de réseutage découlaient souvent d'occasions de formation plus formelles ou de conférences à l'intention du personnel de santé communautaire, ce qui menait à la création de réseaux à partir desquels on obtenait des renseignements supplémentaires ou des mises à jour.

Quelques représentants régionaux (6 sur 11) ont mentionné que même si de nombreuses occasions de réseautage ont lieu par le biais de conférences téléphoniques, de courriels, etc., le regroupement initial des gens (p. ex., séances de formation, conférences) était une importante étape de la création de tels réseaux.

R4.3 Propriété accrue des collectivités des Premières nations et des Inuits pour l'exécution de programmes et mécanismes de soutien axés sur la prévention des maladies chroniques et des blessures

L'évaluation a démontré, d'une collectivité à l'autre, une grande variabilité relativement aux connaissances des dirigeants des collectivités sur les activités du Groupe PMCB. Les rôles les plus importants des dirigeants des collectivités étaient les suivants : participer activement aux activités communautaires et agir à titre de modèle de comportement de vie sain. L'évaluation a révélé que les Aînés jouaient des rôles clés en ce qui concerne le soutien et la contribution aux programmes de l'IDA dans presque toutes les collectivités visitées. L'examen des accords de financement (voir le tableau 4) a démontré qu'environ la moitié des accords (53 %) étaient plus souples, comparativement aux ententes « établies/consolidées » (47 %). Le personnel de santé communautaire a exprimé des opinions mitigées sur la question de savoir si le modèle de financement appuie la prestation de mécanismes de soutien et de services de qualité en vertu de l'IDA pour les membres de la collectivité. Les collectivités dont les modèles étaient les moins souples (c.-à-d. entente établie/consolidée) étaient moins susceptibles d'indiquer que le modèle contribuait à soutenir la prestation.

L'augmentation de la propriété communautaire pour exécuter les activités et les mécanismes de soutien PMCB est l'un des résultats escomptés du Groupe PMCB. Ce résultat a été évalué en examinant les connaissances et le soutien des dirigeants des collectivités à l'égard des programmes PMCB, les types de modèles de financement mis en œuvre et l'influence perçue de ces modèles.

Connaissances et soutien des dirigeants des collectivités

Les entrevues des dirigeants des collectivités et du personnel de santé réalisées dans le cadre des visites des collectivités ont démontré une variabilité considérable en ce qui concerne les niveaux de connaissances du Chef et du Conseil pour les activités de prévention des maladies chroniques et des blessures. Le personnel de santé communautaire a été invité à coter les niveaux de connaissances des dirigeants sur les activités et les mécanismes de soutien de l'IDA. Même si presque tous les employés de santé ont coté les connaissances des dirigeants des collectivités comme « très appréciables » (6 des 29 collectivités) ou « appréciables » (14 des 29 collectivités), environ le tiers (9 des 29 collectivités) des répondants ont mentionné que les dirigeants « ne les connaissaient pas ». En ce qui concerne leur propre niveau de connaissances, les dirigeants des collectivités se sont accordé une cote un peu plus élevée, indiquant des connaissances « très

appréciables » (6 des 18 collectivités) ou « appréciables » (9 des 18 collectivités) et un petit nombre de dirigeants (3 des 18 collectivités) ont précisé qu'ils « ne connaissaient pas » les activités et les mécanismes de soutien de l'IDA.

Le rôle des dirigeants des collectivités cité comme ayant le plus d'incidence sur la réussite des activités de l'IDA dans la collectivité était la participation à titre de modèles de comportement. Les réponses du personnel de santé communautaire (18 des 29 collectivités) et des dirigeants des collectivités (11 des 18 collectivités) montraient l'importance que les dirigeants soient perçus par les membres de leur collectivité comme des participants actifs aux activités modes de vie sains.

L'évaluation a révélé que les Aînés de presque toutes les collectivités visitées (23 sur 29) jouaient des rôles clés relativement au soutien et à la contribution aux programmes de l'IDA. Leur engagement variait d'un rôle consultatif à une participation active dans les programmes et les activités, p. ex., l'enseignement des méthodes traditionnelles de préparation des aliments.

Mécanismes de financement sous forme de contributions

La DGSPNI fournit presque tout son appui aux collectivités des Premières nations au moyen de contributions. Les mécanismes de financement sont fondés sur la prémisse selon laquelle les collectivités assument un plus important contrôle des services de santé qui produisent de meilleurs résultats pour la santé⁵³. Les examens des groupes de programmes de la DGSPNI permettent d'évaluer la question à savoir si le type d'accord de financement aide la collectivité à concrétiser les objectifs des programmes.

Entre 1998 et 2008, la DGSPNI utilisait trois modèles de financement (général ou consolidé, intégré et transfert). Les nouveaux modèles de financement adoptés en 2005 permettent aux bénéficiaires de progresser, de faible à haut niveau de contrôle, de souplesse, d'autorisation et de reddition de comptes par rapport aux programmes et aux services offerts dans les réserves. Ces nouveaux modèles de financement sont intitulés « établi », « transitoire », « souples » et « souples-transfert ». Ils sont essentiellement semblables aux anciens modèles, mais les bénéficiaires peuvent signer un seul accord de contribution qui comprend un ou plusieurs modèles de financement; par exemple un bénéficiaire peut décider d'exécuter certains programmes en vertu d'un modèle « établi » et d'autres en vertu d'un modèle « transitoire » ou « souple » dans le cadre du même accord de contribution.

En plus des modèles de financement de la DGSPNI, un accord de financement pluriministériel a été élaboré conjointement par Santé Canada (DGSPNI), Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et le ministère de la Justice. Ce mécanisme de financement, l'Entente de financement Canada-Premières nations (EFCPN), est utilisé par les Premières nations qui souhaitent conclure une entente comprenant des programmes de plusieurs ministères fédéraux. Cette approche réduit le nombre d'ententes et impose un fardeau administratif moindre pour les bénéficiaires et les ministères fédéraux; de plus, les ententes couvrent généralement un éventail plus vaste de programmes fédéraux.

⁵³ Santé Canada (mars 1999). Transfert des programmes de santé aux communautés des Premières nations et des Inuits.

Un mélange d'anciens et de nouveaux modèles de financement de la DGSPNI et d'EFCPN étaient en vigueur au cours de la présente évaluation.

En 2009-2010, 440 ententes couvraient 647 collectivités des Premières nations et des Inuits. Le tableau 4 présente une répartition des ententes, par type. Un peu moins de la moitié des ententes (47 %) sont établies/consolidées et sont par conséquent les moins souples. L'évaluation a tenté de déterminer l'ampleur de l'évolution de la distribution des types d'ententes au cours de la période quinquennale de l'évaluation (p. ex., tendance vers des ententes plus souples), ce qui a été impossible compte tenu des changements apportés aux types d'ententes pendant cette période et de la présence d'accords pluriannuels.

Tableau 4 - Types d'accords de financement pour l'exercice 2009-2010

Type d'accords de financement	Nombre	%
Entente de financement Canada-Premières nations	5	1 %
Entente de transfert souple	11	3 %
Souple/transfert	50	11 %
Convention transitoire	168	38 %
Entente établie/consolidée	206	47 %
Total	440	100 %

Source : Santé Canada, Direction générale du contrôleur ministériel, Services financiers, (DGSPNI), 2010

Perceptions d'influence des modèles de financement

Le personnel de santé communautaire a exprimé des opinions mitigées sur l'étendue du soutien du modèle de financement pour la prestation de mécanismes de soutien et de services de qualité aux membres des collectivités en vertu de l'IDA. La majorité des répondants ont mentionné que le modèle aidait « beaucoup » (6 des 19 collectivités) ou « passablement » (10 des 19 collectivités), alors que les répondants des 3 autres collectivités ont indiqué que le modèle n'aidait pas du tout. Les collectivités possédant des modèles établis étaient moins susceptibles d'indiquer que le modèle aidait (« beaucoup » - 0; « passablement » - 5; « pas du tout » - 3), comparativement aux collectivités qui disposant d'ententes plus souples (« beaucoup » - 6; « passablement » - 5; « pas du tout » - 0). Les principaux défis cernés à l'égard des modèles de financement établis étaient l'incapacité de transférer des fonds d'un exercice financier à l'autre, le manque de souplesse en ce qui concerne les types d'activités pouvant être financées et le fardeau accru de production de rapports.

R4.4 Capacités renforcées des collectivités des Premières nations et des Inuits d'exécuter des programmes et mécanismes de soutien axés sur la prévention des maladies chroniques et des blessures

L'évaluation a démontré que des efforts considérables ont été déployés au cours des cinq dernières années pour renforcer les capacités du personnel de santé communautaire. De nombreuses possibilités de formation ont été offertes, plus particulièrement pour les ISPDMC. La formation a été évaluée comme efficace en raison des résultats démontrés dans les domaines de compétences accrues et de changements positifs dans la prestation des services et des mécanismes de soutien au niveau communautaire. La formation a posé certains défis du fait que le personnel devait quitter la collectivité pour y participer, ce qui a particulièrement touché les collectivités de plus petite taille et nordiques dont le personnel affecté aux maladies chroniques assume souvent plusieurs rôles de prestation de mécanismes de soutien et de services communautaires. Les problèmes de maintien en fonction et de roulement de personnel varient d'une collectivité et d'une région à l'autre, ce qui engendre des défis particuliers pour le personnel professionnel des collectivités nordiques, éloignées ou de plus petite taille.

Dans le contexte du Groupe PMCB, les capacités sous-entendent l'expertise/les compétences des travailleurs de la santé (professionnels et profanes) participant à l'exécution des activités de promotion et d'éducation axées sur la PMCB. L'évaluation s'est concentrée surtout sur les changements liés aux niveaux d'expertise/de compétences des travailleurs, de changements dans la prestation de services en raison de l'évolution des capacités, de possibilités et de besoins en matière de formation, de taux de satisfaction et de confiance du stagiaire et de maintien en fonction.

Changements liés aux niveaux d'expertise/de compétences des travailleurs

Au cours de la période d'évaluation, les régions et les collectivités ont déployé des efforts considérables pour renforcer les capacités de leurs travailleurs de la santé, au moyen de la formation des ISPDMC. Les compétences essentielles des ISPDMC ont été déterminées par le personnel affecté à l'IDA, en consultation avec divers partenaires et experts, pour orienter la sélection régionale des programmes de formation reconnus. La formation des ISPDMC, fondée sur ces compétences essentielles, est conçue pour perfectionner les connaissances et les capacités dans les domaines suivants : alimentation saine; activité physique; promotion de la santé; communication; responsabilité communautaire; gestion du stress; anatomie et physiologie; définition du diabète; prise en charge du diabète et prévention des complications⁵⁴.

Plusieurs établissements d'enseignement variés ont fourni de la formation aux ISPDMC. Au cours de la période 2004-2005 à 2009-2010, 336 personnes ont mené à bien des programmes de formation d'ISPDMC.

⁵⁴ Catalyst Research and Communications (2009) *Aboriginal Diabetes Initiative Capacity Building: Phase 2 Evaluation Report*.

Les évaluations de la formation d'ISPDMC⁵⁵ ont démontré une augmentation du niveau d'expertise parmi les ISPDMC qui ont reçu la formation. L'examen de la formation a indiqué que les diplômés sont retournés dans leur collectivité avec des niveaux plus élevés de connaissances et de compétences directement liées à la prévention du diabète et à la promotion de la santé.

En plus de la formation d'ISPDMC, l'évaluation a révélé des exemples d'autres types de formation présentés au niveau régional, par exemple le programme de prise en charge d'une maladie chronique (personnel de santé communautaire, diabétiques, personnel de soutien/fournisseurs de soins), formation de spécialiste de l'alimentation (personnel de santé communautaire), formation sur le dépistage du diabète (professionnels de la santé, personnel de santé communautaire) et formation sur les soins podologiques (professionnels de la santé, personnel de santé communautaire).

Changements dans la prestation des services

À partir de l'examen de la documentation, l'évaluation de la formation d'ISPDMC a démontré que la formation reçue par les diplômés avait contribué à améliorer les activités communautaires de prévention du diabète et de promotion de la santé⁵⁶. Les répondants ont mentionné les principaux domaines d'amélioration suivants :

- Offres d'ateliers, de présentations, d'activités communautaires, de groupes de soutien et d'autres groupes d'éducation des résidents de la collectivité.
- Promotion d'une alimentation saine (planification des menus, cours de cuisine, favoriser les aliments traditionnels, visites des épiceries, enseigner comment lire une étiquette d'aliments, cuisines communautaires, Bonne boîte bonne bouffe, etc.).
- Offres de promotion de l'activité physique et d'autres activités (activités communautaires, groupes de marcheurs, groupes d'exercice, activités traditionnelles, salles et équipement de conditionnement physique, etc.).
- Promotion du dépistage du diabète.
- Promotion des soins podologiques.

Les répondants de l'évaluation de la formation d'ISPDMC ont également indiqué qu'ils sont plus enclins à aiguiller les clients vers des professionnels de la santé (87 %); environ les trois quarts (74 %) ont mentionné que la formation avait contribué à améliorer leur collaboration avec d'autres services et fournisseurs, notamment les infirmières et autres fournisseurs de soins de santé, les écoles, les programmes pour enfants et les organismes régionaux de santé.

Possibilités et besoins en matière de formation

Les représentants régionaux de SC et les représentants territoriaux ont précisé qu'au niveau communautaire, les besoins en matière de formation étaient évalués de façon continue. Le dialogue permanent avec les collectivités et les organisations autochtones régionales contribue à déterminer les priorités et les lacunes en matière de formation.

⁵⁵ Catalyst Research and Communications (2009) *Aboriginal Diabetes Initiative Capacity Building: Phase 2 Evaluation Report*.

⁵⁶ Ibidem

La nécessité de quitter la collectivité pour suivre une formation est le principal défi à la formation dans 18 des 29 collectivités. Ce défi a été défini comme plus particulièrement contraignant pour les collectivités de plus petite taille dont le personnel affecté aux maladies chroniques assume souvent d'autres rôles de prestation des services à la collectivité. Par conséquent, leur absence pendant un certain nombre de jours interrompt la prestation de services et de mécanismes de soutien.

Dans le cadre des entrevues, les représentants régionaux et territoriaux ont reconnu les défis liés au fait de quitter la collectivité pour suivre une formation et la nature polyvalente des fonctions des travailleurs des collectivités de plus petite taille et nordiques. Par conséquent, certains efforts ont été déployés pour offrir différents formats de formation et pour tenter de coordonner les possibilités de formation à l'échelle des programmes et initiatives.

Satisfaction et confiance du stagiaire

L'analyse de la documentation a démontré des taux généralement élevés de satisfaction pour les divers domaines de formation. Selon l'examen de la documentation, la formation d'ISPDMC a rehaussé l'estime de soi des diplômés à leur retour dans la collectivité. Les évaluations d'autres programmes de formation (p. ex., soins podologiques, spécialiste de l'alimentation) ont également démontré une amélioration de l'estime de soi des stagiaires.

Maintien en fonction

Selon les entrevues réalisées dans les collectivités et auprès des représentants régionaux, les problèmes de maintien en fonction et de roulement de personnel varient d'une collectivité et d'une région à l'autre. Les problèmes de maintien en fonction du personnel professionnel (p. ex., infirmières, diététiciennes) sont présents dans les collectivités de plus petite taille et éloignées, plus particulièrement si le personnel ne réside pas dans la collectivité. Certaines collectivités connaissent en plus des problèmes de roulement de travailleurs profanes; l'évaluation n'a cependant pas été en mesure de démontrer une tendance ou un modèle distinctif de types de collectivités dans lesquelles ce défi se pose. Les entrevues du personnel de santé communautaire et des dirigeants des collectivités ont permis de déterminer que les principaux facteurs qui contribuent au roulement de personnel sont les faibles salaires, l'insatisfaction de l'emploi, les autres possibilités d'emplois plus attrayants dans la collectivité, le manque de possibilités de formation et le fait que les travailleurs qui ne proviennent pas de la collectivité ont tendance à quitter leur emploi après une courte période (surtout les professionnels).

L'évaluation du programme de formation d'ISPDMC a démontré, lors de l'enquête de suivi auprès des diplômés, que 87 % des répondants occupaient toujours le même poste un à deux ans après avoir obtenu leur diplôme⁵⁷.

⁵⁷ Catalyst Research and Communications (2009) *Aboriginal Diabetes Initiative Capacity Building: Phase 2 Evaluation Report*.

R5.1 Démonstration d'efficacité et d'économie

En règle générale, les données semblent indiquer que les activités PMCB sont exécutées de façon très efficace pour obtenir le niveau actuel de résultats, notamment le soutien de la documentation sur l'efficacité d'approches communautaires adaptées, en plus des opinions des partenaires nationaux et régionaux sur la nécessité d'une approche PMCB axée sur la souplesse au niveau communautaire pour maximiser la portée des programmes.

La constatation est également soutenue par les tendances des réponses recueillies dans le cadre des entrevues qui démontrent la pratique commune de déterminer et de limiter les activités à faible participation, ainsi que l'évaluation et le rajustement continus de l'équilibre et de l'ensemble des activités, des participants et des objectifs de programme, selon les besoins définis au niveau local. La pratique globale de recherche d'économies et de gains d'efficacité est reflétée dans la stratégie la plus fréquemment citée pour réaliser ces gains d'efficacité, c.-à-d. la combinaison d'activités de différents programmes et les rôles du personnel, notamment l'utilisation d'employés spécialisés, dans la mesure du possible, et au besoin la combinaison de rôles de programme. Cela indiquerait que des gains d'efficacité sont recherchés de façon continue grâce à la répartition et à la redistribution des ressources.

L'évaluation satisfait aux exigences en matière d'évaluation de l'efficacité et de l'économie de la question fondamentale n° 5 - Démonstration d'efficacité et d'économie - de la Politique du SCT sur l'évaluation (2009). À ce titre, l'évaluation a défini comme suit les mots « efficacité » et « économie » :

Efficacité : Mesure dans laquelle les ressources sont utilisées de manière à produire un plus grand niveau d'extrants avec le même niveau d'intrants, ou le même niveau d'extrants avec un plus faible niveau d'intrants. Les niveaux d'intrants et d'extrants peuvent se traduire par des hausses ou des baisses de qualité, de quantité, ou les deux⁵⁸.

Économie : Il y a économie lorsque le coût des ressources utilisées se rapproche de la quantité minimale de ressources requises pour obtenir les résultats escomptés⁵⁹.

Dans cette évaluation, la portée de l'analyse de l'efficacité et de l'économie, principalement déterminée à l'aide de questions sur l'économie et l'efficacité au niveau de mise en œuvre et de l'exécution de programme, ne concerne pas les avantages sociaux comme la réduction des coûts des soins par la PMCB. De plus, il est important de prendre en compte le contexte de l'évaluation de l'économie et l'efficacité – plus particulièrement les objectifs globaux de prévention. Plus précisément, même si une mesure de prévention peut être plus dispendieuse

⁵⁸ Centre d'excellence en évaluation, Secrétariat du Conseil du Trésor, 2010

⁵⁹ Ibidem

qu'une autre, elles sont toutes importantes comme moyen de toucher la plus grande proportion de la population qui en a besoin. Cet élément est clairement reflété dans la réponse d'une partenaire communautaire à la question de savoir si des gains d'efficacité peuvent être acquis : « Nous pouvons améliorer l'efficacité en ciblant l'ensemble de la collectivité, mais nous mettons également l'accent sur la prestation individuelle des soins – ce qui n'est pas rentable, mais toujours important ».

L'existence de catalyseurs de coûts différentiels est un important enjeu lié à l'économie et à l'efficacité, car ces catalyseurs ont une incidence sur l'exécution d'un programme canadien au niveau régional. En bref, les coûts des programmes PMCB dans les régions éloignées du Canada sont plus élevés que dans d'autres régions. Chaque approche locale sur la prévention a son propre contexte, son histoire et ses conditions qui font en sorte qu'il est plus difficile d'établir des points repères et d'autres généralisations. Par exemple, l'ensemble éprouvé d'heures de clinique de dépistage par rapport au déplacement d'une clinique mobile dans une collectivité précise pourrait ne pas fonctionner dans une autre, même si les collectivités sont de dimensions similaires. De plus, cela illustre la nécessité d'estimer des coûts-avantages qui tiennent compte de l'aspect régional.

5.1.1 Efficacité

La recension des écrits a indiqué que l'ensemble communautaire souple d'interventions est une approche conceptuelle raisonnable qui produit des gains d'efficacité pour des programmes qui ressemblent à celui de la PMCB. L'examen de la documentation a démontré que le Groupe PMCB adopte une approche ciblée à l'échelle nationale sur la réduction des risques pour la santé dans les domaines de la prévention des maladies chroniques et des blessures en soutenant un ensemble de programmes, de stratégies et d'initiatives communautaires qui sont exécutés dans les collectivités s'employant à améliorer les résultats de santé et à réduire les risques pour la santé dans ces domaines. Les mécanismes et les accords de prestation conclus avec des partenaires régionaux et communautaires fournissent une souplesse locale qui produit des extraits axés sur les contextes et les besoins de prestation locale des programmes. L'examen de la documentation a démontré que les accords en place ont toujours englobé des exigences en matière de prise de décisions locale pour les programmes et les dépenses qui évoluent d'une année à l'autre. Compte tenu de ce résultat escompté, les mécanismes de financement qui ciblent les activités communautaires sont probablement le meilleur moyen de minimiser l'affectation des ressources, tout en maximisant les extraits.

De plus, les entrevues au niveau régional, de programme et communautaire semblaient indiquer que l'exécution d'un programme minimise généralement les ressources, tout en maximisant les extraits. En outre, les informateurs régionaux ont généralement perçu cette souplesse et cette diversité d'exécution de programme comme le moyen le plus efficace pour répondre aux divers besoins locaux. Les partenaires régionaux ont mentionné que la souplesse du programme PMCB est une approche efficace – par exemple : « Les collectivités sont très rentables dans leur création de partenariats ». Outre la validation de l'approche PMCB comme étant généralement efficace, les partenaires régionaux ont formulé peu de suggestions d'amélioration des gains d'efficacité, sauf pour deux partenaires de la même région qui ont suggéré que le nombre de rencontres et de formations par conférence téléphonique pourrait être augmenté dans toutes les

collectivités pour minimiser les dépenses relatives au déplacement régional et pour profiter du fait que les partenaires communautaires assument plusieurs rôles de gestion des activités pour l'ensemble des programmes.

Même si les données administratives ne révèlent aucun indicateur quantitatif, les entrevues et les groupes de discussion ont démontré l'exécution efficiente des programmes au niveau communautaire. Il semble que les groupes communautaires prennent les décisions sur les activités PMCB dans l'optique qu'elles exécuteront autant d'activités que le budget le permet et selon la définition de la portée des priorités locales. Dans les entrevues, les informateurs clés ont mentionné qu'ils recherchent couramment des gains d'efficience en éliminant les activités à faible niveau de participation – et qui varient en fonction de facteurs externes. Cette approche a été démontrée par des références occasionnelles aux programmes antérieurs et par des suggestions franches à l'effet que certains programmes actuels ne sont pas efficaces et pourraient être éliminés.

Au niveau du programme PMCB et de l'exécution de projets, l'évaluation conclut que les moyens les plus efficaces sont utilisés pour obtenir des extraits de façon continue. Plusieurs partenaires régionaux ont mentionné des gains d'efficience précis de niveau régional qui ont été obtenus par les collectivités en combinant les ressources et les dépenses : « Par exemple, deux collectivités avoisinantes peuvent partager les coûts d'embauche d'une infirmière spécialisée dans les soins podologiques ». Plusieurs partenaires régionaux ont décrit les gains d'efficience acquis par la combinaison de fonctions ou l'affectation de fonctions au personnel – selon les besoins et les objectifs locaux. Plusieurs partenaires communautaires ont confirmé qu'ils avaient pris ce genre de décision pour améliorer l'efficience, par exemple : « [Il serait plus efficace si] nous comptons sur une personne qui s'occupe seulement des activités de l'IDA » et « Nous avons pris la décision d'embaucher une diététicienne à plein temps pour optimiser l'efficience du financement ».

De plus, les réponses des informateurs clés démontrent que le fait de miser sur les ressources et l'infrastructure d'autres programmes a produit des gains d'efficience pour les activités PMCB. Plusieurs partenaires de niveau de programme ont décrit la pratique de combiner les rôles du personnel et les activités de différents programmes et trois partenaires ont décrit l'importance d'utiliser les ressources externes PMCB pour en améliorer l'efficience : « Si l'infrastructure n'était pas déjà en place, nous n'aurions certainement pas les fonds nécessaires pour exécuter les activités de l'IDA »; « Les programmes PMCB ne seraient pas possibles si l'infrastructure n'était pas en place; « Le personnel qui n'est pas financé en vertu de l'IDA consacre souvent du temps pour aider à l'exécution des activités »; « Il est très efficace d'atteindre les enfants à l'école – on peut ainsi les rejoindre tous en même temps ».

En règle générale, les informateurs clés communautaires ont peu démontré les éventuels moyens d'améliorer l'efficience. Seulement deux partenaires de programme ont suggéré des possibilités d'acquiescer des gains d'efficience – dans cette situation, en combinant l'exécution d'un programme à l'avenir : « Nous pourrions peut-être améliorer l'efficience avec d'autres groupes cibles en incorporant les activités de l'IDA dans d'autres activités et événements communautaires existants »; et « Le programme d'IDA pourrait être plus efficace s'il y avait plus de liens avec d'autres programmes de santé de la collectivité ». D'autre part, quelques

informateurs clés ont suggéré que les catalyseurs de coûts pourraient continuer d'augmenter, ce qui pourrait réduire l'efficacité du programme à l'avenir. Par exemple, un partenaire régional a mentionné que les changements climatiques avaient eu une incidence sur les coûts du transport vers les régions éloignées en réduisant l'accès aux routes glacées de certaines régions et en augmentant l'accès aux lignes d'expédition dans d'autres régions.

5.1.2 Économie

L'évaluation a peu démontré que les résultats obtenus au moyen des activités PMCB auraient pu l'être avec moins de ressources. Dans la perspective la plus globale, il n'aurait pas été possible d'obtenir le résultat du programme – un système renforcé de mécanismes de soutien communautaires pour la prévention – sans les activités PMCB ou un programme semblable. Compte tenu du mode de distribution des fonds aux collectivités et de la détermination du niveau d'activité qui est principalement effectué par niveau de financement, il est probable que moins de ressources produiraient un système de mécanismes de soutien généralement affaibli et que les résultats escomptés ne pourraient être obtenus. Cette constatation est soutenue par les entrevues d'informateurs clés, notamment les partenaires au niveau national et régional. Aucun informateur clé régional n'a mentionné que les résultats des activités PMCB pourraient être obtenus avec moins de ressources, et plusieurs ont précisé que le manque de ressources limite probablement les résultats actuels, même si des gains d'efficacité sont sans cesse recherchés.

En même temps, les partenaires régionaux, et plus particulièrement ceux du Nord, ont ajouté que les catalyseurs de coûts plus élevés et les besoins croissants ont une incidence sur les problèmes d'efficacité. Par exemple, les climats plus froids et le manque d'installations privées de conditionnement physique créent un besoin plus important d'équipement d'exercice dans des endroits où les coûts sont habituellement beaucoup plus élevés. De plus, les moyens par lesquels un partenaire obtient des gains d'efficacité dans des régions urbaines, tels que l'établissement de prix concurrentiels et des achats en masse, n'est pas toujours possible pour les partenaires des régions éloignées. Ces écarts dans les facteurs des coûts font en sorte qu'il est difficile d'avancer des hypothèses de référence sur les niveaux des coûts.

Un soutien semblable pour la constatation que les mêmes résultats ne pourraient être obtenus avec moins de ressources a été démontré au niveau de l'exécution de programme. Une forte majorité de partenaires de programmes et communautaires ont mentionné qu'ils n'avaient pas de réponse - par exemple « Rien ne me vient en tête »; et « Je ne peux répondre à cette question » - ou ils ont précisé que les mêmes résultats ne pourraient être obtenus avec moins de ressources. Un partenaire a levé une objection à la question en mentionnant que la réponse était évidente : « Non. Pourquoi demandez-vous cela? » Ces commentaires montrent vraisemblablement que la majorité des répondants sont d'avis que les activités PMCB sont exécutées moyennant un minimum de ressources en recherchant sans cesse des gains d'efficacité.

Certains partenaires ont cependant suggéré des moyens positifs pour obtenir les mêmes résultats avec moins de ressources. Deux partenaires de programme ont indiqué que certains programmes précis pourraient être éliminés, en raison de leurs faibles niveaux de participation. De plus, un partenaire régional a suggéré qu'une formule de financement fondée sur la population, l'éloignement et les taux de diabète dans les collectivités pourrait contribuer à réduire les coûts

globaux dans sa région. Un autre partenaire régional a suggéré que des stratégies comme l'affectation de ressources supplémentaires par activité et la réduction du nombre d'activités pourraient diminuer les coûts d'exécution. De plus, même si le processus de demande d'aide financière n'est pas lié au problème de ressources insuffisantes, un partenaire a exprimé sa préoccupation à l'égard de l'efficacité du processus : « Nous consacrons trop de temps à remplir des demandes d'aide financière et pas assez à fournir les services ».

Il est important de préciser que la majorité des partenaires qui ont formulé des suggestions ont précisé qu'un financement supplémentaire donnerait lieu à des retombées et à des gains d'efficacité plus appréciables – même si cela n'était pas l'objectif principal de la question. En outre, un seul partenaire a offert une suggestion précise sur la façon dont un financement supplémentaire pourrait produire des gains d'efficacité : une campagne d'éducation à l'intention du grand public serait trop dispendieuse pour un programme local PMCB, mais elle le serait considérablement moins par personne touchée.

5.0 Récapitulatif

5.1 Principales constatations

Pertinence n° 1 :

Est-ce que le Groupe PMCB répond clairement aux besoins de collectivités des Premières nations et des Inuits en matière de prévention des maladies chroniques (PMC) et de prévention des blessures (PB)?

L'évaluation a révélé que le Groupe PMCB répond activement à bon nombre des besoins cernés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits en matière de maladies chroniques. L'IDA, de concert avec les mécanismes de soutien des secteurs de politique sur la nutrition et les maladies chroniques, traite de nombreux facteurs de risque communs associés aux maladies chroniques (p. ex., inactivité physique, mauvaise nutrition, obésité).

À l'échelle des collectivités et des régions, le diabète a été mentionné le plus fréquemment comme l'un des principaux problèmes de maladie chronique pour les collectivités des Premières nations et des Inuits. En 2002-2003, les membres adultes des Premières nations présentaient un taux de prévalence du diabète de 19,7 %, comparativement à 5,2 % dans la population adulte canadienne en général. Une récente étude démontre que les membres des Premières nations contractent le diabète beaucoup plus tôt dans leur vie, que les femmes sont disproportionnellement touchées, et que les taux augmentent à un rythme beaucoup plus rapide que chez les populations non autochtones. Les personnes qui travaillent avec les collectivités inuites ont observé que même si le taux de diabète chez les adultes des collectivités inuites est inférieur (3 % en 2005-2006) à celui de bon nombre de collectivités des Premières nations, le taux de prévalence des facteurs de risque associés au diabète augmente rapidement dans plusieurs collectivités inuites. Compte tenu du choix du moment de l'évaluation, des taux de

prévalence plus récents d'enquêtes nationales n'étaient pas disponibles; cependant, les répondants ont prédit que les taux signalés devraient augmenter, ce qui pourrait être attribuable à l'augmentation du nombre d'activités en vertu du Groupe dans les domaines de la sensibilisation et du dépistage.

En règle générale, les programmes du Groupe PMCB fonctionnent bien pour les collectivités. Les répondants de toutes les collectivités ont mentionné que les programmes et les activités de l'IDA aident les membres des collectivités à relever les défis liés aux maladies chroniques, et plus particulièrement au diabète. Les collectivités qui comptent sur un ISPDMC formé et les collectivités de plus petite taille étaient plus susceptibles de coter les programmes comme contribuant considérablement à relever les défis. Cela est important puisque les collectivités de plus petite taille représentent la majorité des collectivités des Premières nations et des Inuits du Canada, 90 % des Premières nations et 60 % des Inuits vivant dans des collectivités ont une population inférieure à 1 000 membres⁶⁰.

Selon le personnel de santé communautaire, les secteurs de programme qui aident les membres des collectivités comprenaient les activités de promotion et sensibilisation, d'éducation, de dépistage et de soins. Les défis présentés par les programmes de l'IDA comprennent les éléments suivants :

- Veiller à ce que le programme atteigne les résidents de la collectivité.
- Assurer l'équilibre entre les divers types d'activités.
- Transposer de meilleures connaissances en changement de comportements.
- Veiller à ce que la collectivité possède les capacités et les ressources nécessaires pour réaliser ses priorités et assurer la continuité des programmes.

L'évaluation a révélé que bon nombre de collectivités ne percevaient pas, pour le moment, que la prévention des blessures constituait un problème crucial, en dépit des taux de prévalence plus ou moins élevés de blessures accidentelles dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les OAN ont indiqué qu'elles connaissaient les répercussions des blessures et la nécessité de les prévenir, et que les travaux entrepris dans ce domaine soutiennent une éventuelle croissance et importance accrues. Divers outils et initiatives axés sur la prévention des blessures sont à l'étape d'élaboration, en plus des projets pilotes qui sont lancés et des partenariats qui sont créés au niveau national et régional. Appuyer l'élaboration de ces outils et initiatives est l'orientation que s'est donnée le Groupe PMCB dans le secteur de politique de prévention des blessures.

Pertinence n° 2 :

Dans quelle mesure les travaux du Groupe sont-ils liés aux priorités gouvernementales?

Lors de la création du Groupe PMCB en 2005, des liens précis existaient entre les priorités du gouvernement du Canada et les objectifs et les résultats escomptés du Groupe PMCB. Le Groupe

⁶⁰ Santé Canada. 1^{er} mars 2009. Fiche de renseignements sur les Premières nations et les Inuits. Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé (DIARS), DGSPNI.

était alors directement aligné sur la *Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains*, les discours du Trône de l'époque et le *Plan directeur de la santé des Autochtones*. Ces priorités dans les domaines de la promotion de la santé, du traitement des facteurs de risque associés à l'inactivité physique et la mauvaise nutrition, de la prévention des blessures et des stratégies intégrées sur les maladies peuvent être directement liées aux objectifs et résultats du Groupe.

Cinq ans plus tard (en 2010-2011), le Groupe continue d'être lié aux priorités du gouvernement du Canada, tel qu'il est précisé dans bon nombre de stratégies, cadres et annonces, notamment la compatibilité avec la déclaration des ministres de la Santé approuvée en 2010 et intitulée *Pour un Canada plus sain : Faire de la prévention une priorité*, le *Cadre d'action fédéral, provincial et territorial (FPT) pour la promotion du poids santé*, les récentes stratégies intégrées sur les maladies chroniques, les garanties de délai d'attente pour les patients et les objectifs d'activité physique.

Pertinence n° 3 :

Dans quelle mesure ce Groupe est-il approprié pour le gouvernement fédéral et constitue-t-il un rôle fédéral essentiel?

En règle générale, l'évaluation des programmes PMCB a permis de confirmer leur compatibilité avec les mandats et les responsabilités du gouvernement du Canada, tel que précisé dans la Politique fédérale sur la santé des Indiens (1979) et le mandat de la DGSPNI. La nature communautaire des programmes PMCB et la mesure dans laquelle les programmes sont élaborés et mis en application par les collectivités pour satisfaire leurs propres priorités cadrent avec le plan à plus long terme de transfert de l'administration et de l'exécution des programmes de santé sous le contrôle des Premières nations. Dans un même ordre d'idées, l'accent sur le développement des capacités est également aligné sur le processus de transfert.

Rendement n° 1 :

Est-ce que les programmes et les mécanismes de soutien PMCB répondent aux besoins des Premières nations et des Inuits? Si tel est le cas, comment y répondent-ils?

Les programmes et les mécanismes de soutien du Groupe PMCB répondent à certains besoins individuels de santé des Premières nations et des Inuits sur les maladies chroniques, plus particulièrement dans le domaine du diabète. En règle générale, les types d'activités et d'interventions mises en application sont compatibles avec les programmes efficaces fondés sur des données probantes décrits dans la documentation. Les activités et les interventions PMCB, y compris celles de l'IDA, ont été modélisées sur les modifications éprouvées de modes vie sains signalées dans des études internationales réalisées en Chine⁶¹, en Finlande⁶² et aux États-

⁶¹ Pan, X.R., Li, G.W., Hu, Y.H. et coll. The effects of diet and exercise in preventing NIDDM in people with impaired glucose tolerance. The DA Qing IGT and Diabetes Study. *Diabetes Care*, 1997; 20(4): pages 537 à 544.

Unis^{63,64}. Les activités régionales sont de plus en plus fondées sur des données probantes. Les collectivités demeurent confrontées à des défis liés à la quantité de constatations de qualité et fondées sur des données probantes pour les orienter dans leur sélection et mise en application des activités dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.

L'évaluation a démontré qu'un plus grand nombre d'activités axées sur la PMCB avaient été organisées et qu'un plus grand nombre de membres des collectivités y avaient participé au cours de la période 2005-2010, comparativement aux cinq années précédentes, et que l'éventail des types d'activités offertes s'était élargi pour inclure une variété d'activités de prévention et de promotion conçues pour traiter des facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les participants ont exprimé leur satisfaction à l'égard de la fréquence, de la continuité, du choix du moment et de la langue des activités.

L'équipe d'évaluation a constaté que les activités du Groupe PMCB avaient contribué à améliorer les connaissances des membres des collectivités sur le diabète, l'alimentation saine et l'activité physique. Ces connaissances accrues étaient plus prononcées dans les collectivités qui comptent sur des ISPDMC, ainsi que dans les collectivités de plus petite taille. Cela est compatible avec le modèle communautaire d'établissement des priorités et d'exécution utilisé par le Groupe, ainsi qu'à l'accent placé sur le renforcement des capacités communautaires.

Comme pour presque tous les programmes de promotion de la santé, le Groupe PMCB était confronté au défi de transposer les niveaux de connaissances accrus en changements de comportements sains afin qu'ils soient durables. En règle générale, le personnel de santé communautaire et les participants ont signalé des changements positifs relativement à une alimentation saine et à l'activité physique chez les membres de la collectivité qui avaient participé aux activités PMCB, même si le niveau de changement était inférieur à celui qui avait été déclaré pour les changements dans les connaissances.

En dépit de l'augmentation du taux de participation, l'évaluation a déterminé un certain nombre d'obstacles à la participation et à l'accès (semblables aux défis couramment retrouvés dans les programmes communautaires de promotion de la santé), dont certains peuvent être relevés à l'aide des programmes et des mécanismes de soutien du Groupe PMCB. Ces obstacles à la participation comprenaient la perception de l'inutilité des activités par les non-participants, la tendance à rechercher des soins/conseils pour des conditions aiguës plutôt que chroniques, la préoccupation selon laquelle les activités ne sont pas offertes dans des milieux confortables (p. ex., inquiétudes concernant le respect des renseignements personnels, les exigences structurales), la nécessité de mettre l'accent sur les besoins plus fondamentaux ou les besoins dominants comme les refuges, les soins aux enfants ou les toxicomanies, et une préférence générale pour d'autres types d'activités sociales ou récréatives plus sédentaires. L'évaluation a permis de déterminer les obstacles à l'accès, notamment les obstacles de logistique (p. ex.,

⁶² Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J.G. et coll. Finnish Diabetes Prevention Study Group. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med.* 3 mai 2001; 344(18): pages 1 343 à 1 350.

⁶³ Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or Metformin. *N Engl J Med.* 7 février 2002; 346: pages 393 à 403.

⁶⁴ Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group. The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care.* 2002; 25(12): pages 2 165 à 2 171.

transport, soins des enfants), les problèmes de documents et d'information (p. ex., traduction, niveaux d'alphabétisation), la connaissance des activités (p. ex., questions de promotion, populations ciblées) et l'uniformité des programmes.

Les répondants d'un faible pourcentage des collectivités ont mentionné des améliorations quant à la prévention des blessures. La prévention des blessures n'était pas une priorité pour d'autres collectivités ou les travaux dans ce domaine en étaient aux premiers stades; par conséquent, il était trop tôt pour observer tout changement.

Rendement n° 2 :

Est-ce que les programmes PMCB collaborent entre eux au niveau communautaire, régional et national pour obtenir les résultats escomptés du modèle logique? Si tel est le cas, comment?

L'équipe d'évaluation a constaté que le Groupe PMCB travaillait à divers niveaux pour contribuer à l'atteinte des résultats escomptés et à l'amélioration du continuum de programmes et mécanismes de soutien dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. L'évaluation a révélé des exemples d'activités de sensibilisation et d'éducation sur la santé dans chaque collectivité visitée, en plus de nombreux exemples d'activités de développement des connaissances et des compétences à l'intention des membres des collectivités. Quelques collectivités ont progressé vers le développement d'une mobilisation communautaire et la création de milieux favorables, surtout dans les domaines des partenariats communautaires et de l'élaboration de certaines politiques. L'évaluation a démontré que la portée des services disponibles s'était élargie au cours des cinq dernières années en vertu de l'IDA.

L'évaluation a révélé plusieurs types de partenariats et d'ententes de collaboration officiels et non officiels, à divers niveaux, avec le Groupe PMCB, y compris au niveau communautaire, régional et national. De plus, la fréquence des occasions de réseautage a augmenté au cours des cinq dernières années. Les occasions de réseautage ont été signalées comme permettant d'offrir des renseignements utiles aux collectivités. De nombreuses occasions de réseautage découlent d'efforts déployés par le personnel des bureaux régionaux de SC pour les créer et les appuyer; ces occasions se présentent souvent dans le cadre d'activités de formation ou de conférences régionales en personne à partir desquelles on peut développer des possibilités de réseautage continu.

Rendement n° 3 :

Est-ce que les investissements du programme PMCB contribuent à rehausser la propriété des Premières nations et des Inuits relativement à l'exécution des programmes et mécanismes de soutien en matière de prévention des maladies chroniques et des blessures?

Le modèle communautaire d'administration utilisé pour les activités PMCB en vertu duquel les collectivités déterminent et établissent leurs propres priorités en fonction de leurs besoins favorise la propriété des Premières nations et des Inuits relativement aux programmes et aux mécanismes de soutien. Dans un même ordre d'idées, le plan à plus long terme de transfert de la prestation et de l'administration des programmes de santé sous le contrôle des Premières nations contribue à accroître la propriété des Premières nations et des Inuits. Même si les données ne permettent d'analyser les tendances au cours de la période d'évaluation, environ la moitié (53 %) des ententes en place en 2009-2010 avaient augmenté les niveaux de souplesse par rapport aux accords de contribution « établis/consolidés » (47 %) qui offraient le moins de souplesse aux collectivités des Premières nations et des Inuits. Le personnel de santé communautaire a exprimé des opinions mitigées sur la question de savoir si les modèles de financement soutenaient la prestation de mécanismes de soutien et services de qualité en vertu de l'IDA pour les membres des collectivités. Les collectivités dont les modèles étaient les moins souples (c.-à-d. entente établie/consolidée) étaient moins susceptibles d'indiquer que le modèle contribuait à soutenir la prestation.

L'évaluation a démontré, d'une collectivité à l'autre, une variabilité considérable en ce qui concerne les connaissances des dirigeants des collectivités sur les activités du Groupe PMCB. Les rôles les plus importants des dirigeants des collectivités étaient les suivants : participer activement aux activités communautaires et agir à titre de modèle de comportement en matière de modes vie sains. L'évaluation a révélé que les Aînés jouaient des rôles clés en ce qui concerne le soutien et la contribution aux programmes de l'IDA dans presque toutes les collectivités visitées.

Rendement n° 4 :

Est-ce que les investissements du programme PMCB contribuent à renforcer les capacités de ressources humaines (c.-à-d. la formation) dans les collectivités des Premières et des Inuits pour administrer les programmes de prévention des maladies chroniques et des blessures?

L'évaluation a démontré que des efforts considérables ont été déployés au cours des cinq dernières années pour renforcer les capacités du personnel de santé communautaire. De nombreuses possibilités de formation ont été offertes, plus particulièrement pour les ISPDMC. La formation a été évaluée comme efficace en raison des résultats démontrés dans les domaines de compétences accrues et de changements positifs dans la prestation des services et des mécanismes de soutien au niveau communautaire. La formation a posé certains défis du fait que le personnel devait quitter la collectivité pour y participer, ce qui a particulièrement touché les collectivités de plus petite taille et nordiques dont le personnel affecté aux maladies chroniques assume souvent plusieurs rôles de prestation de mécanismes de soutien et de services communautaires. Les problèmes de maintien en fonction et de roulement de personnel varient d'une collectivité et d'une région à l'autre, ce qui engendre des défis particuliers pour le personnel professionnel des collectivités nordiques, éloignées ou de plus petite taille.

Rendement n° 5 :

Dispose-t-on d'éléments probants démontrant que les programmes et les mécanismes de soutien PMCB sont rentables? Si tel est le cas, quels sont ces éléments probants?

Même si les données administratives ne révèlent aucun indicateur quantitatif, les entrevues et les groupes de discussion ont démontré l'exécution efficiente des programmes au niveau communautaire. Il semble que les groupes communautaires prennent les décisions sur les activités PMCB dans l'optique qu'elles exécuteront autant d'activités que le budget le permet et selon la définition de la portée des priorités locales. Dans les entrevues, les informateurs clés ont mentionné qu'ils recherchent couramment des gains d'efficience en éliminant les activités à faible niveau de participation – et qui varient en fonction de facteurs externes. Cette approche a été démontrée par des références occasionnelles aux programmes antérieurs et par des suggestions franches à l'effet que certains programmes actuels ne sont pas efficaces et pourraient être éliminés.

5.2 Observations supplémentaires

L'équipe d'évaluation a recueilli énormément de renseignements de diverses sources, ce qui lui a permis de formuler certaines observations supplémentaires qui pourraient être utiles pour la gestion et l'exécution du Groupe PMCB, mais qui ne justifient cependant pas une recommandation.

- **Importance des rencontres en personne** – Tout au long de l'évaluation, un thème souvent mentionné était l'importance des rencontres en personne pour générer les résultats souhaités de perfectionnement des capacités, de collaboration et de réseautage. Compte tenu des liens avec le renforcement des capacités dans l'élaboration de possibilités de collaboration et de réseautage éventuelles, il est important de continuer d'organiser des rencontres en personne (conférences et séances de formation), en plus de veiller à ce qu'elles soient suivies de moyens moins dispendieux de pousser la collaboration et le réseautage. Bon nombre sont d'avis que les rencontres en personne, même si elles demandent initialement plus de ressources, représentent un bon investissement qui produit des retombées considérables en termes de réseaux et de collaborations plus solides, facilitant ainsi le renforcement des capacités au niveau communautaire.
- **Économie et efficience** – En règle générale, les constatations de l'analyse de l'économie et l'efficience démontrent que les programmes et les mécanismes de soutien qui sont axés sur la PMCB sont exécutés de la façon la plus efficiente possible pour obtenir le niveau actuel de résultats. Les entrevues ont permis de recueillir certaines stratégies possibles pour améliorer davantage les efficacités de l'exécution du programme, lesquelles devraient être prises en compte dans la gestion des programmes au niveau national, régional et communautaire. Ces stratégies comprenaient la détermination et la limitation des activités à faible participation, ainsi que l'évaluation et le rajustement continuel de l'équilibre et de l'ensemble des activités, des participants et des objectifs de programme – en fonction des besoins locaux. La pratique globale de recherche d'économies et d'efficacités est reflétée

dans la stratégie la plus fréquemment citée pour réaliser ces gains d'efficience - la combinaison d'activités de différents programmes et les rôles du personnel, notamment l'utilisation d'employés spécialisés, dans la mesure du possible, et au besoin la combinaison de rôles de programme. Cela indiquerait que des gains d'efficience sont sans cesse recherchés grâce à la répartition et à la redistribution des ressources. Néanmoins, les partenaires concernés par l'élaboration des politiques et l'exécution des programmes devraient toujours tenir compte de l'économie et de l'efficience dans l'élaboration de programmes locaux prometteurs et de pratiques exemplaires au niveau régional et national.

- **Adapter le renforcement des capacités et d'autres possibilités pour répondre aux besoins des collectivités de petite taille et éloignées** – Il a été démontré que certaines collectivités profitaient considérablement des possibilités offertes par le Groupe PMCB, plus particulièrement dans le domaine du renforcement des capacités. L'équipe d'évaluation a observé certains enjeux dans les collectivités de plus petite taille et éloignées relativement à la participation dans les possibilités, compte tenu du fait que presque tous les professionnels et les travailleurs communautaires assument bon nombre de rôles de prestation des mécanismes de soutien et services communautaires. Ces travailleurs doivent parfois quitter la collectivité à bon nombre d'occasions pour suivre une formation dans les divers domaines sous leur responsabilité, ce qui crée un fardeau pour la collectivité. Les travailleurs tentent présentement de trouver un juste équilibre entre la formation en personne et les demandes de leurs multiples postes. Certaines régions ont essayé de combiner les possibilités de formation du personnel qui assument probablement des rôles multiples similaires dans la collectivité (p. ex., diabète, enfance et jeunesse, nutrition), dans le but de réduire la fréquence des absences hors de la collectivité.
- **Le soutien des dirigeants prend bon nombre de formes** – L'évaluation a démontré, d'une collectivité à l'autre, une variabilité considérable de rôles joués par les dirigeants des collectivités relativement aux programmes et aux mécanismes de soutien axés sur la PMCB dans leur collectivité. Les dirigeants de certaines collectivités soutenaient les activités PMCB en les connaissant bien et en participant activement à bon nombre d'entre elles. Ailleurs, les dirigeants et le personnel de santé ont précisé que les dirigeants exprimaient leur soutien sans s'ingérer dans l'élaboration et la mise en application des activités PMCB par le personnel de santé, ce que ce dernier percevait comme une démonstration de confiance des dirigeants envers leur expérience et leurs capacités.

5.3 Conclusions

En général, l'évaluation a démontré la pertinence et le bon rendement du Groupe; cependant, les résultats auraient été plus concluants en termes de rendement si des données complètes sur le rendement et la surveillance du Groupe avaient été disponibles pour la période de l'évaluation (2005-2010).

L'évaluation a permis d'évaluer la pertinence et le rendement du Groupe PMCB en ce qui a trait à la contribution à l'atteinte des résultats précisés dans le modèle logique du programme. Les

sources de données étaient solides relativement à la démonstration de la pertinence et de certains des résultats plus immédiats. Les défis rencontrés dans l'évaluation du rendement découlaient du manque de données fiables et complètes sur le rendement et la surveillance pour le Groupe pendant la période 2005-2010. Par exemple, il n'y avait aucune donnée quantitative fiable pour mesurer la portée du Groupe, le nombre de participants/d'activités, les extrants ou les résultats. Il est important d'élaborer et de mettre en œuvre une approche solide sur la mesure du rendement qui peut démontrer continuellement les résultats du Groupe et qui peut contribuer à l'évaluation périodique du Groupe. Il est reconnu que cela sera difficile à mettre en application, compte tenu de la nature communautaire de bon nombre d'activités du Groupe et de l'équilibre entre la propriété communautaire des programmes/initiatives du Groupe et le besoin de données de renseignements de qualité sur les résultats.

La conception et la mise en œuvre du Groupe PMCB permettent de répondre aux besoins en termes de prévention des maladies chroniques cernés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Les principales caractéristiques déterminantes du Groupe sont l'approche communautaire sur la prestation des services, l'accent placé sur le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances, ainsi qu'une structure de groupe qui favorise la collaboration entre les secteurs de programmes et de politiques à l'intérieur du Groupe.

L'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe PMCB traite des besoins substantiels et diversifiés déterminés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits relativement aux maladies chroniques. L'approche communautaire d'exécution de l'IDA offre la souplesse nécessaire pour répondre aux besoins et aux priorités communautaires dans le domaine du diabète, lequel répond aux besoins liés à bon nombre d'autres maladies chroniques à facteurs de risque similaires. Les secteurs de politique sur la nutrition et la prévention des maladies chroniques fournissent un soutien au niveau national, régional et communautaire, au moyen du développement, de l'interprétation et de l'échange des connaissances. La collaboration entre les secteurs de programme et de politique au niveau national et régional permet au Groupe de mieux répondre à la diversité de besoins relativement aux maladies chroniques au niveau communautaire.

La conception et la mise en œuvre du Groupe PMCB permettent d'aborder les besoins sur le plan de la prévention des blessures cernés dans les collectivités des Premières nations et des Inuits par l'entremise de services de soutien d'un secteur de politique qui facilite le développement, l'interprétation et l'échange des connaissances avec des collectivités élaborant et mettant en application des activités et des politiques axées sur la prévention des blessures. Les résultats de l'évaluation démontrent que même si la prévention des blessures n'était pas une priorité pour plusieurs collectivités au cours de la période 2005-2010, le domaine obtiendra vraisemblablement plus d'attention et exigera un soutien supplémentaire du Groupe au cours des prochaines années.

Pour ce qui est de la prévention des blessures, l'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe PMCB répond généralement aux besoins des collectivités des Premières nations et des Inuits, même s'il semble que bon nombre de collectivités ne considéraient pas ce secteur comme une priorité au cours de la période allant de 2005 à 2010. En dépit des taux de prévalence plus ou moins élevés de blessures accidentelles dans les collectivités des Premières nations et des Inuits qui indiqueraient un besoin, l'équipe d'évaluation a conclu que la prévention des blessures n'était pas un domaine prioritaire au niveau communautaire. Compte tenu des plus récentes activités, des partenariats créés et des initiatives élaborées dans ce domaine, les demandes accrues proviendront probablement de groupes nationaux, régionaux et communautaires qui demanderont de l'information pour orienter l'élaboration de leurs politiques, stratégies et programmes sur la prévention des blessures. Étant donné que la prévention des blessures est un secteur de politique et non de programme du Groupe PMCB, sa principale contribution demeurera la prestation de données pertinentes à l'appui du domaine de prévention des blessures, au fur et à mesure de son évolution en tant que priorité pour les collectivités.

Le Groupe PMCB s'harmonise avec les priorités fédérales actuelles ainsi qu'avec les mandats et responsabilités du gouvernement canadien sur la santé des Premières nations et des Inuits.

L'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe PMCB est compatible avec les priorités fédérales actuelles précisées dans le discours du Trône et des stratégies et cadres intégrés récemment annoncés. L'équipe d'évaluation a également conclu que le Groupe PMCB est compatible avec les mandats et responsabilités du gouvernement fédéral sur la santé des Premières nations et des Inuits, ainsi qu'avec le plan à plus long terme de transfert de l'exécution et l'administration des programmes de santé sous le contrôle des Premières nations.

Le Groupe PMCB a contribué efficacement à améliorer les niveaux de *compréhension et de connaissance* des individus sur le diabète, l'alimentation saine et l'activité physique. Les résultats de l'évaluation démontrent que le Groupe a contribué à aider certains de ces individus à faire le prochain pas vers des changements comportementaux réels et durables en termes d'alimentation saine et d'activité physique.

Pour ce qui est de répondre aux besoins de santé de chaque membre de la collectivité, l'équipe d'évaluation a conclu que le Groupe PMCB a efficacement contribué aux deux résultats suivants au niveau de membre de la collectivité :

- Niveaux accrus des connaissances et de la compréhension, principalement dans le domaine du diabète, de l'alimentation saine et de l'activité physique chez les membres de la collectivité.
- Pour un plus petit pourcentage de membres de la collectivité, changements comportementaux positifs concernant l'alimentation saine et l'activité physique.

Comme pour presque tous les modèles de promotion de la santé, la promotion des milieux favorables et l'augmentation des connaissances et de la compréhension sont considérées comme les premières étapes qui doivent être suivies de changements comportementaux durables pour optimiser l'efficacité des interventions. Les connaissances et la compréhension accrues sont des résultats plus immédiats qu'un changement comportemental durable; elles représentent cependant des enjeux de programmes à l'appui d'un changement comportemental durable, compte tenu de la multitude de facteurs concernés dans la deuxième étape qui sont hors du contrôle du Groupe (p. ex., leadership, motivation individuelle, activités concurrentielles).

L'évaluation a permis de cerner divers obstacles que, s'y ils sont convenablement abordés, pourraient élargir la portée du Groupe, contribuant ainsi à améliorer les niveaux de compréhension et de connaissance.

L'évaluation a déterminé divers obstacles qui limitent la capacité du Groupe PMCB à atteindre certains membres des collectivités. Ces personnes ne participent pas aux activités qui peuvent mener à la première étape d'augmentation des niveaux de connaissances et compréhensions. Le Groupe PMCB peut améliorer son rendement en matière de contribution aux niveaux accrus de connaissances et de compréhension en concentrant ses efforts sur l'élimination d'obstacles précis qui cadrent dans la portée du Groupe (p. ex., problèmes de documents et d'information, questions de promotion).

L'évaluation a fait ressortir la collaboration et la création de réseaux à plusieurs niveaux à titre de domaine clé de réussite du Groupe PMCB. Compte tenu des avantages positifs signalés en égard à ce résultat, il est important de maintenir et d'améliorer les efforts du Groupe dans ce domaine lorsque l'occasion se présente.

Le Groupe a clairement démontré sa capacité d'élaborer des collaborations et de créer des réseaux à bon nombre de niveaux (communautaire, régional, national). L'équipe d'évaluation a conclu que les travaux dans ce domaine contribuaient grandement à veiller à ce que les activités soient pertinentes sur le plan culturel, à l'optimisation de l'utilisation des ressources et à l'obtention de meilleurs résultats, plus particulièrement dans le domaine du perfectionnement des capacités. Les efforts dans ce domaine devront être encouragés et soutenus à tous les niveaux et d'autres possibilités devront être explorées, par exemple une meilleure participation des dirigeants des collectivités dans les activités et les réseaux du Groupe, en plus, le cas échéant, une inclusion plus prononcée de représentants territoriaux dans les discussions de niveau national et régional.

L'évaluation a confirmé que le Groupe PMCB a réussi, grâce à ses efforts, à renforcer les capacités du personnel affecté à la santé communautaire et responsable de la mise en application des activités du Groupe, et à contribuer aux résultats positifs au niveau communautaire. Compte tenu des avantages connexes, le Groupe devra absolument poursuivre ces efforts dans ce domaine.

L'équipe d'évaluation a conclu que le perfectionnement des capacités du personnel de santé communautaire qui gère et exécute les divers services et mécanismes de soutien est un autre domaine de réussite démontrée du Groupe. L'équipe d'évaluation a conclu que ce renforcement des capacités est associé aux résultats positifs au niveau communautaire, plus particulièrement dans les collectivités de plus petite taille et éloignées. Il sera primordial de veiller au maintien et à l'augmentation de ces efforts de renforcement des capacités pour permettre à d'autres collectivités d'en profiter. À ce point, il est estimé qu'environ le tiers des collectivités profitent de la présence d'un ISPDMC formé.

En général, les données probantes indiquent que l'exécution des activités du Groupe PMCB produit des économies et des gains d'efficacité suffisants en minimisant les ressources nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés, tout en maximisant les extrants et les progrès vers l'atteinte des résultats.

Les données probantes démontrent constamment que le programme est exécuté de façon économique et qui minimise les ressources nécessaires pour obtenir les résultats escomptés. Les données indiquent que les catalyseurs des coûts PMCB varient d'une région et d'une collectivité à l'autre – surtout en raison des facteurs liés à l'éloignement. Les informateurs clés régionaux et communautaires précisent que les coûts plus élevés dans les collectivités éloignées, combinés aux possibilités moins nombreuses de réduction des coûts, font en sorte que l'exécution des activités PMCB est intrinsèquement plus dispendieuse. En outre, les informateurs n'ont formulé aucune suggestion de moyen de minimiser davantage les dépenses, tout en obtenant les résultats escomptés.

L'équipe d'évaluation a également conclu que les activités PMCB sont également exécutées de façon efficiente, compte tenu du fait que les ressources sont minimisées alors que les extrants et les progrès vers les résultats sont maximisés. L'efficacité de la conception du programme quant à l'efficacité des approches communautaires est soutenue par la littérature et elle est acceptée par les partenaires nationaux et régionaux comme un moyen efficace d'atteindre les participants du programme. De plus, les entrevues d'informateurs clés ont constamment démontré que l'exécution du programme utilise les ressources disponibles de façon à obtenir les niveaux les plus élevés d'extrants. Les suggestions formulées pour améliorer l'efficacité de l'exécution dans les domaines de personnel spécialisé, de combinaison des activités et d'élimination de projets à faible participation – sont les types de mesures adoptées au moyen de pratiques normales de gestion de projets et de programmes.

5.4 Recommandations

Selon les constatations et les conclusions de l'évaluation, cinq recommandations ont été formulées pour le Groupe PMCB.

Recommandation n° 1 :

Élaborer et mettre en œuvre une approche solide pour la collecte et l'analyse des données de rendement pour améliorer la qualité des rapports continus sur le rendement et l'évaluation périodique du Groupe.

Recommandation n° 2 :

Miser sur les efforts communautaires pour favoriser des milieux positifs et durables afin de surmonter les obstacles et de relever les défis liés à l'accès et à la participation aux programmes et services communautaires modes de vie sains. Une attention particulière devrait être portée aux obstacles et défis qui peuvent être le plus efficacement surmontés par le Groupe.

Recommandation n° 3 :

Soutenir et améliorer les progrès réalisés au cours des cinq dernières années sur le plan du renforcement des capacités au niveau communautaire qui ont directement contribué à l'efficacité globale du Groupe.

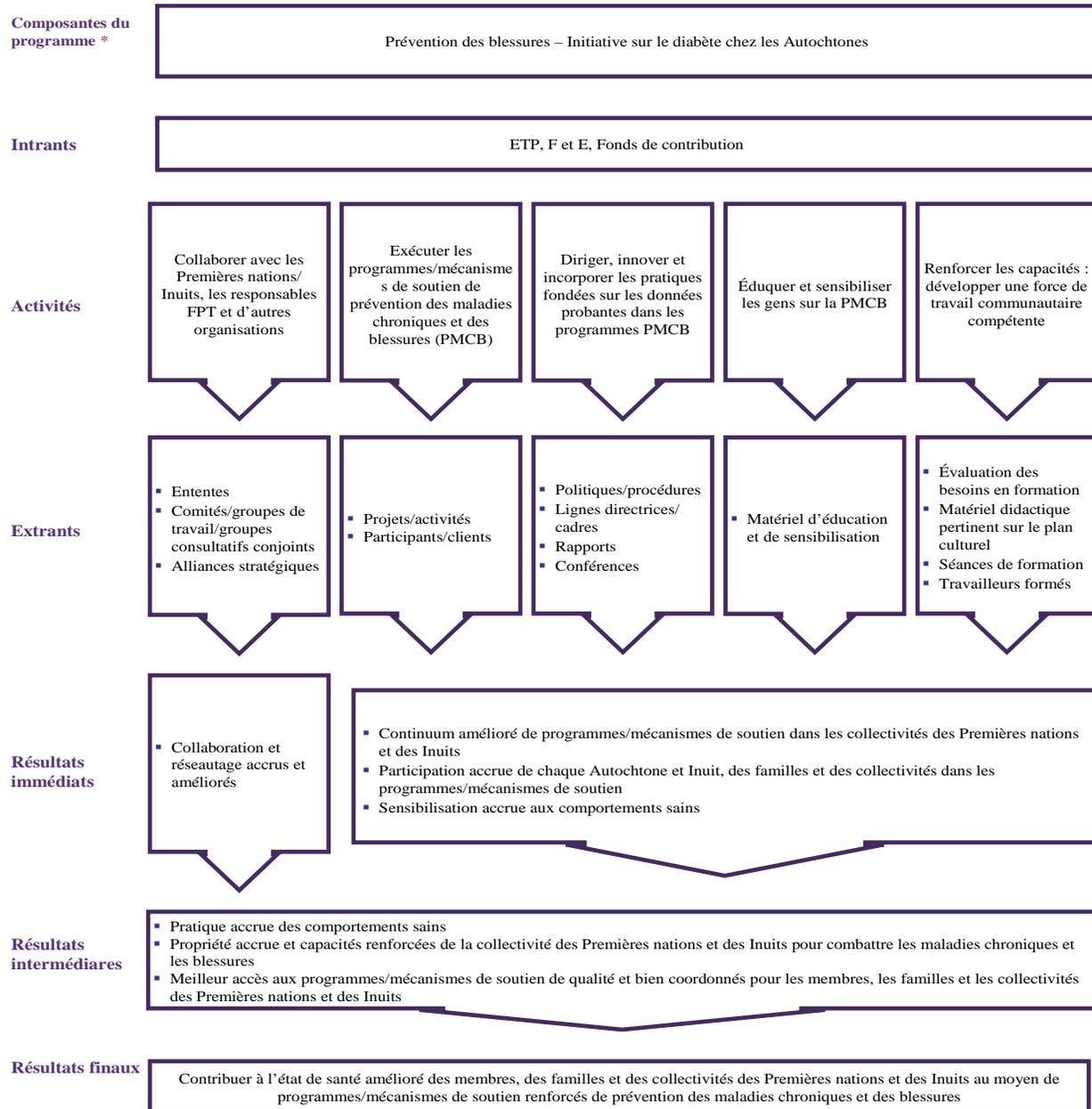
Recommandation n° 4 :

Soutenir et rehausser la collaboration et le réseautage à tous les niveaux pour veiller à ce que les activités demeurent pertinentes sur le plan culturel, et optimiser l'utilisation des ressources et favoriser les nouvelles technologies et possibilités de collaboration avantageuse.

Recommandation n° 5 :

Compte tenu de l'importance des travaux stratégiques en matière de nutrition, de prévention des maladies chroniques et de prévention des blessures pour assurer l'efficacité de l'élaboration des programmes, le Groupe devrait soutenir et augmenter les travaux dans ces domaines clés. Il devrait se concentrer sur l'élaboration de politiques à l'appui des programmes existants et sur des activités axées sur le développement, l'interprétation et l'échange de connaissances pour soutenir les groupes nationaux, les régions et les collectivités.

Annexe A — Modèle logique du Groupe Prévention des maladies chroniques et des blessures



* Deux des composantes du Groupe (Nutrition et Prévention des maladies chroniques) ne sont pas reflétées dans ce modèle logique qui forme une partie du CGRR. Même si les travaux de la composante Prévention des maladies chroniques est mentionnée dans les cinq activités et les extrants connexes de ce modèle logique (p. ex., éduquer et sensibiliser les gens à la prévention des maladies chroniques et des blessures), les travaux de la composante Nutrition se situent principalement sous l'activité *Diriger, innover et incorporer les pratiques fondées sur les données probantes dans les programmes PMCB* et sous l'extrant *Politiques/procédures, lignes directrices/cadres, rapports et conférences*.