

Soins à domicile et en milieu communautaire
des Premières Nations et des Inuits (SDMCPNI)
Plan décennal (2013–2023)



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Santé Canada est le ministère fédéral qui aide les Canadiennes et les Canadiens à maintenir et à améliorer leur état de santé. Nous évaluons l'innocuité des médicaments et de nombreux produits de consommation, aidons à améliorer la salubrité des aliments et offrons de l'information aux Canadiennes et aux Canadiens afin de les aider à prendre de saines décisions. Nous offrons des services de santé aux peuples des Premières nations et aux communautés inuites. Nous travaillons de pair avec les provinces pour nous assurer que notre système de santé répond aux besoins de la population canadienne.

Also available in English under the title:

First Nations and Inuit Home and Community Care (FNIHCC): 10-Year Plan (2013–2023)

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : avril 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : H34-282/2015F-PDF
ISBN : 978-0-660-23343-7
Pub. : 140496

TABLE DES MATIÈRES

Remerciements	IV
Sommaire	1
Introduction	3
Description du programme.	5
Contexte	5
Admissibilité	6
Éléments de service	7
Gouvernance.	7
Prochaines étapes	9
Collecte de données et recherches en cours.	26
Révision et mise à jour du Plan décennal	28
ANNEXE A.	29
ANNEXE B.	31

REMERCIEMENTS

Un grand nombre de personnes et de groupes ont contribué à l'élaboration du Plan décennal du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI). Il s'agit notamment du personnel national et régional de la DGSPNI de Santé Canada, des représentants de la santé des Premières Nations et des Inuits de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), y compris les représentants régionaux, et de l'Association canadienne de soins et services à domicile. Un merci tout particulier à Andrea Johnston et à son équipe de recherche de Johnston Research Inc., qui ont joué un rôle capital en rassemblant les renseignements et la documentation qui ont servi à l'élaboration du présent plan, et en dirigeant les discussions entre le personnel national du PSDMCPNI de la DGSPNI, les coordonnateurs régionaux du PSDMCPNI, les partenaires nationaux et régionaux, ainsi que les Aînés.

SOMMAIRE

Le Plan décennal du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI) a été mis au point en collaboration avec les partenaires inuits et des Premières Nations et avec la DGSPNI de Santé Canada, tant aux niveaux national que régional, après le dixième anniversaire du Programme. Le plan, qui cerne les priorités en matière de soins à domicile pour la prochaine décennie, est destiné à servir de guide pour la planification des activités du plan de travail relatif aux soins à domicile et en milieu communautaire.

Ce plan sera mis à jour chaque année ou au besoin, afin que les buts et les objectifs, tels qu'ils sont établis à l'heure actuelle, reflètent les priorités existantes des Premières Nations et des Inuits. Les activités qui seront réalisées au cours de la période de dix ans le seront en fonction des besoins immédiats des clients bénéficiant des services de soins à domicile en matière de santé et de services sociaux, et respecteront les normes et les pratiques acceptables en vigueur. Au bout du compte, l'objectif du Plan décennal est de tracer la voie qui nous permettra de répondre ensemble aux besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de soins à domicile.

La vision du PSDMCPNI est la suivante :

« Un continuum de services de soins à domicile et en milieu communautaire qui sont complets, sensibles à la culture, accessibles, efficaces et équivalents à ce que reçoivent les autres citoyens canadiens, et adaptés aux besoins particuliers des Premières Nations et des Inuits en matière de santé et de services sociaux. »

Conformément à cette vision, le Programme s'est engagé à atteindre cinq objectifs en fonction des priorités des communautés, des régions et du bureau national pour les dix prochaines années :

- Un programme de soins à domicile et en milieu communautaire fondé sur une approche de mieux-être holistique s'inscrivant dans un cercle de soins, qui offre aux clients des services de grande qualité et respectueux de leurs valeurs culturelles, tout au long de leur vie.
- Une planification et des partenariats nouveaux et novateurs (formels et informels) qui s'harmonisent aux programmes et aux services existants et qui contribuent à leur amélioration tout en améliorant les résultats, sur le plan de la santé, des clients des soins à domicile et en milieu communautaire.
- Promouvoir un environnement de travail durable et adéquat dans lequel le personnel de soins à domicile et en milieu communautaire continue d'être informé, compétent, engagé et appuyé.

- Un programme viable qui soutient le client, la famille et la communauté, qui peut être adapté aux tendances émergentes et aux besoins changeants, et qui répond aux besoins des clients inuits et des Premières Nations en matière de soins à domicile.
- Un programme qui vise l'amélioration de la qualité et qui est fondé sur des évaluations et des collectes de données uniformes, normalisées et de grande qualité.

La réussite de ce plan dépend de divers facteurs : financement stable, partenariats en coopération avec les provinces, les territoires et les autres ministères fédéraux, établissement de liens avec d'autres programmes de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) ainsi qu'avec les autorités régionales en matière de santé, et engagement continu de Santé Canada (DGSPNI) et des partenaires inuits et des Premières Nations. En gros, ce plan stratégique reflète la vision des soins à domicile collaboratifs exprimée par nos partenaires inuits et des Premières Nations, et par la DGSPNI de Santé Canada (tant au niveau national que régional) tout au long du processus d'élaboration.

INTRODUCTION

Le personnel régional et national des soins à domicile de la DGSPNI de Santé Canada, en partenariat avec les représentants de la santé des Premières Nations et des Inuits de l'Assemblée des Premières Nations (APN) et de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), y compris les représentants régionaux, ont travaillé ensemble à élaborer un plan stratégique décennal pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI). Ce plan établit une feuille de route échelonnée sur dix ans portant sur les activités, les services et le soutien, l'orientation stratégique et le développement du programme.

Ce plan a été mis au point avec l'aide des experts-conseils de Johnston Research Inc. Les recherches préliminaires sur le contexte opérationnel actuel des soins à domicile et en milieu communautaire, notamment le survol des statistiques relatives aux enjeux qui touchent les Premières Nations et les Inuits en matière de soins de santé à domicile et l'analyse des pratiques exemplaires appliquées au Canada et ailleurs dans le monde dans ce domaine, ont jeté les assises des discussions avec les intervenants. Le profil des soins à domicile et des tendances relatives à la santé au Canada dressé par l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) a servi de toile de fond aux discussions. Les documents suivants ont été élaborés par le consultant et les deux organismes autochtones nationaux pour guider le développement du Plan :

- Analyse documentaire
- Rapport d'analyse
- Rapports sommaires de réunions (2)
- Rapport sur le développement stratégique
- Rapport du comité du PSDMCPNI (APN)
- Rapport stratégique de l'ITK

Le plan vise à aider les responsables du Programme et les professionnels des soins à domicile et en milieu communautaire à prévoir les tendances démographiques et de santé émergentes, les besoins complexes et changeants en matière de santé et les autres défis connexes, afin d'être en mesure de s'y adapter et de répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de soins à domicile. Les objectifs du plan correspondent aux priorités des Premières Nations et des Inuits et tiennent compte des tendances et des projections relatives aux soins à domicile au Canada dans le contexte du continuum des soins de santé. Chacun des objectifs est axé sur le client, et vise à appuyer les fournisseurs de services de santé en leur permettant d'offrir des soins de soutien exemplaires aux personnes, aux familles et aux communautés éprouvées par la maladie et la perte d'êtres chers, ainsi que des services de réadaptation qui favoriseront une amélioration durable de leur santé et de leur mieux-être.

Au sein de la DGSPNI, le PSDMCPNI joue un rôle important dans le soutien et la protection de la santé des membres des Premières Nations et des Inuits. Le PSDMCPNI est l'un des quatre programmes obligatoires de la DGSPNI. Le Plan du PSDMCPNI est mis en œuvre dans les limites des autorisations de la DGSPNI, et ses buts cadrent parfaitement avec les priorités du Plan stratégique sur la santé des Premières nations et des Inuits, à savoir : 1) *Services de santé de qualité*; 2) *Planification et relations axées sur la collaboration*; 3) *Efficience et efficacité*; 4) *Milieu de travail positif permettant aux employés d'exceller*. Ils contribuent donc à la vision générale de la DGSPNI, qui s'énonce ainsi : « Des individus, des familles et des communautés en santé chez les Premières Nations et les Inuits ».

Les activités définies dans le présent plan prennent en compte les conclusions et les recommandations de la plus récente évaluation du Programme : *Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits, de 2008–2009 à 2011–2012*. Les principes harmonisés de l'ACSSD — des soins axés sur le client et la famille, accessibles, responsables, fondés sur les faits, intégrés et durables — sont intégrés aux objectifs et aux mesures définis dans le plan, ce qui permet au PSDMCPNI d'offrir aux Premières Nations et aux Inuits des services de soins à domicile plus efficaces, plus intégrés et plus complets. Grâce à l'intégration de ces principes de soins à domicile, le PSDMCPNI cadre mieux avec les programmes provinciaux et territoriaux de soins à domicile.

DESCRIPTION DU PROGRAMME

Contexte

Les soins à domicile ne sont pas considérés comme un service assuré en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Cependant, compte tenu du rôle intégral que jouent les soins à domicile au sein de notre système de soins de santé, les provinces et les territoires offrent tous des soins à domicile à divers niveaux. Toutefois, ils n'offrent généralement pas de services aux communautés des Premières Nations et des Inuits, parce qu'ils estiment que cette responsabilité incombe au gouvernement fédéral. Pour pallier cet écart, en 1999, Santé Canada a lancé le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits pour offrir des services de soins à domicile et en milieu communautaire aux membres des communautés des Premières Nations et des Inuits. Les services de soins à domicile et en milieu communautaires sont offerts aux membres des Premières Nations en vertu de principes, et non de lois et de règlements.

Les objectifs particuliers du PSDMCPNI sont les suivants :

- Renforcer la capacité des communautés inuites et des Premières Nations à élaborer et à dispenser des soins à domicile complets, adaptés à leur culture, accessibles et efficaces, à un rythme qu'ils jugent acceptable;
- Aider les membres des Premières Nations et les Inuits atteints de maladies chroniques ou aiguës à maintenir une santé, une autonomie et un mieux-être optimaux dans leur foyer et leur communauté;
- Faciliter une utilisation efficace des ressources en soins à domicile grâce à une démarche d'évaluation structurée, fondée sur la culture autochtone et respectueuse de cette dernière, pour déterminer les besoins des clients et établir un plan de soins;
- Veiller à ce que tous les clients dont les besoins de soins à domicile sont connus aient accès à un éventail complet de services au sein de leur communauté, dans la mesure du possible;
- Aider les clients et leur famille à participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de soins autant que possible et à utiliser les services de soutien communautaire dans la mesure où ces services existent et répondent à leurs besoins;
- Renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à dispenser des soins à domicile, par la formation et le recours à des technologies de pointe et à des systèmes d'information qui permettent d'assurer le suivi des soins et des services et d'établir des objectifs et des indicateurs mesurables.

Le PSDMCPNI s'appuie également sur six principes directeurs, qui décrivent la façon dont le programme doit être offert. Le PSDMCPNI :

- Respecte les approches traditionnelles et contemporaines des Premières Nations et des Inuits en matière de guérison et de mieux-être;
- Tient compte des priorités des communautés;
- Est accessible aux personnes dont les besoins ont été déterminés;
- Fournit des soins de grande qualité, intégrés et fondés sur des éléments probants;
- Soutient les personnes, les familles et les communautés;
- Bénéficie d'un financement viable et offre des soins continus.

Les soins à domicile et en milieu communautaire sont dispensés principalement par des infirmières qui possèdent un titre reconnu par l'industrie ou la province et qui sont spécialisées dans les soins à domicile, et par du personnel formé et agréé dans le domaine des soins personnels. La prestation des services est fondée sur l'évaluation des besoins et sur un processus de gestion de cas. Le programme est offert dans 686 communautés inuites et des Premières Nations. De 2008–2009 à 2012–2013, le nombre de clients des Premières Nations et de clients inuits desservis par l'intermédiaire du PSDMCPNI est passé de 31 485 à 35 081. Pendant cette période, en moyenne, 900 693 visites à domicile et 2,5 millions d'heures de soins ont été fournies par exercice financier.

Admissibilité

Le PSDMCPNI est offert aux Autochtones et aux Inuits de tout âge qui ont un handicap ou qui sont atteints d'une maladie chronique ou grave et aux personnes âgées :

- Vivant dans une communauté inuite, dans une réserve ou dans une communauté située au nord du 60^e parallèle;
- Ayant fait l'objet d'une évaluation professionnelle des besoins en matière de services de soins continus indiquant qu'ils ont besoin d'un ou de plusieurs services essentiels;
- Ayant accès aux services dans la mesure où ils peuvent être offerts d'une façon qui garantit, dans les limites raisonnables, la sécurité du patient et du soignant, et conformément aux normes, aux politiques et aux règlements établis pour la prestation de ces services.

Éléments de service

Le PSDMCPNI appuie la prestation de services à domicile de base, qui sont généralement offerts du lundi au vendredi entre 9 h et 17 h. Ces services essentiels comprennent : un processus structuré d'évaluation des clients, de la gestion de cas, des services de soutien à domicile et de soins personnels, des services de relève à domicile, des liens établis avec d'autres services professionnels et sociaux; l'accès à du matériel médical, des fournitures et des produits pharmaceutiques spécialisés, un système de tenue de dossiers et de collecte de données, ainsi que la gestion et la supervision de programmes.

Le programme détient également des pouvoirs pour les services de soutien qui peuvent être offerts par les communautés, comme des soins palliatifs à domicile, des programmes de jour pour adultes et des services de réadaptation ou d'autres types de thérapies, dans la mesure où les éléments de service essentiels sont déjà en place et où les priorités des communautés, les infrastructures existantes et la disponibilité des ressources sont prises en compte. Le PSDMCPNI ne reçoit pas de financement pour les éléments de service de soutien.

Gouvernance

Les services du PSDMCPNI devraient être offerts dans le cadre des structures de gouvernance des communautés, et ce, conformément aux principes de transfert des responsabilités en matière de santé et d'autonomie gouvernementale. Bien que la prestation des services du PSDMCPNI et des résultats liés aux services à la clientèle relève des communautés des Premières Nations, il incombe aux gouvernements territoriaux des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut d'assurer la prestation des services du PSDMCPNI aux Premières Nations et aux Inuits qui vivent sur leur territoire.

Santé Canada est chargé des accords de financement et du soutien visant à assurer la mise en œuvre des programmes par les communautés. Dans le cadre du PSDMCPNI, les fonds sont attribués par l'entremise des bureaux régionaux de la DGSPNI aux communautés/groupes tribaux/autorités sanitaires inuites et des Premières Nations/gouvernements territoriaux, selon la formule de Berger modifiée établie en 1997. Dans l'Inuit Nunangat (terre natale des Inuits), qui comprend les quatre régions inuites (région désignée des Inuvialuit, Nunavut, Nunavik et Nunatsiavut), le programme de soins à domicile et en milieu communautaire est géré quelque peu différemment. Au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest, les soins à domicile sont offerts à tous les résidents, sans égard à leur origine ethnique. La Région du Nord de Santé Canada agit comme coordonnateur entre Santé Canada et les gouvernements territoriaux, sauf en ce qui a trait aux ententes d'autonomie gouvernementale du Nunatsiavut au Labrador ainsi qu'au financement fourni par la région du Québec au Nunavik. La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik assure la prestation du programme aux Inuits du Québec seulement. Le gouvernement du Nunatsiavut assure la prestation du programme directement aux Inuits qui résident dans cette région. Le programme du Nunavut est géré par trois centres de coordination régionaux situés respectivement à Cambridge Bay, Rankin Inlet et Iqaluit, et la prestation des services varie d'un centre à l'autre.

Le gouvernement du Yukon possède son propre programme de soins à domicile, qui s'adresse à l'ensemble des habitants du territoire. Les trois bandes indiennes qui ne détiennent pas d'entente sur l'autonomie gouvernementale reçoivent des fonds du PSDMCPNI, mais ces fonds servent uniquement à financer les services d'aide familiale de base, d'aide aux emplettes et d'aide aux tâches comme faire le ménage et couper du bois. Aucun traitement direct n'est offert, car ces fonctions relèvent des services de soins à domicile du gouvernement du Yukon.

Depuis sa création, le PSDMCPNI a établi des accords de partenariat avec les organismes nationaux qui représentent les Premières Nations et les Inuits desservis par le programme, soit l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami.

PROCHAINES ÉTAPES

Depuis 1999, le PSDMCPNI a joué un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé des populations inuites et des Premières Nations, et a grandement contribué à empêcher ou à ralentir la détérioration de l'état de santé et l'apparition de complications. Les programmes et les services de soins à domicile peuvent soulager le fardeau des systèmes de santé provinciaux et territoriaux en appuyant les individus à domicile et dans les communautés, ce qui leur évite d'être hospitalisés. Les soins à domicile peuvent également permettre aux clients d'obtenir leur congé plus rapidement, ce qui raccourcit leur séjour à l'hôpital. En effet, un séjour prolongé peut être coûteux et difficile pour les clients et les membres de leur famille.

Le programme joue un rôle essentiel, mais il devra faire face à de nombreux défis au cours de la prochaine décennie, notamment :

- L'augmentation de la demande en services résultant de la hausse des taux de maladies chroniques et du vieillissement de la population;
- Les lacunes des services, comme le soutien de deuxième et de troisième niveau (p. ex., consultation infirmière), la réadaptation et les soins palliatifs;
- Les pressions exercées sur le PSDMCPNI par les systèmes de santé provinciaux/territoriaux (congé précoce des hôpitaux et autres niveaux de soins) pour qu'il offre des soins complexes d'un niveau supérieur;
- L'intégration/les partenariats avec les services provinciaux;
- Les attentes à l'égard d'un continuum de soins entièrement accessible aux communautés;
- Les écarts existants et émergents dans le mode de prestation auxquels il faut remédier pour que les services offerts dans le cadre du programme puissent être comparables à ceux qui sont offerts aux autres Canadiens – on pense notamment aux soins palliatifs, aux soins fournis en dehors des heures normales de travail, aux services de santé mentale offerts aux clients bénéficiant de soins à domicile, aux soins complexes, à l'établissement d'une stratégie axée sur la gestion des maladies chroniques et à l'expansion des services aux régions mal desservies;
- Le recrutement, la formation et le soutien continu des travailleurs en soins à domicile qui ont exprimé le désir d'obtenir une certification de base ainsi que des cours de perfectionnement professionnel et un appui à cet égard, pour pouvoir composer avec la complexité accrue des problèmes de santé;
- La mise en œuvre plus vaste de technologies nouvelles et efficaces en matière de santé (cybersanté) afin de permettre aux patients d'accéder à distance à des soins spécialisés, d'améliorer le rendement du programme et d'accroître l'accès des patients de communautés éloignées aux services de soins de santé à domicile;



- Le fardeau supporté par les aidants naturels;
- L'insistance accrue sur la prévention (tout en reconnaissant que les infirmières en soins à domicile ne peuvent pas assumer plus de responsabilités) en collaborant avec d'autres programmes et services pertinents. Il s'agit là d'une pratique prometteuse démontrée. Par exemple, au Danemark, des visites obligatoires à caractère préventif effectuées chez les personnes âgées pendant un certain nombre d'années ont permis de réduire de façon importante les visites à l'hôpital et les admissions dans les établissements de soins de longue durée au pays;
- La recherche de l'harmonisation et de l'intégration des services destinés aux clients des soins à domicile pour leur permettre de vieillir dans leur communauté et pour répondre à une vaste gamme de besoins selon des critères de pertinence culturelle.

En outre, les données démographiques sur la population et les statistiques relatives aux déterminants de la santé laissent présager une hausse de la demande de services de soins à domicile et en milieu communautaire. Le contexte actuel démontre que, pour maintenir la viabilité du programme et en améliorer le rendement au cours de la prochaine décennie, il est essentiel de définir des objectifs et des mesures stratégiques qui sont axés sur les partenariats et sur l'intégration dans le but de réaliser des gains d'efficacité et de maximiser les ressources, sur l'innovation et sur la connaissance des leçons apprises par d'autres administrations.

Par conséquent, nous ferons en sorte d'atteindre nos buts en bâtissant et en maintenant des relations efficaces avec nos partenaires des Premières Nations et des Inuits, les programmes de la DGSPNI de Santé Canada offrant des services aux communautés inuites et des Premières Nations, d'autres ministères fédéraux provinciaux concernés tels qu'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), les provinces, les territoires, ainsi que divers organismes de santé comme l'Association canadienne de soins et services à domicile (ACSSD) et l'Association canadienne des soins palliatifs.

On s'attend à ce que ce plan permette au Programme de relever adéquatement les défis auxquels nous devons faire face au cours de la prochaine décennie, et ce, de manière stratégique et intégrée. La mise en œuvre des activités définies pour atteindre nos objectifs devrait nous permettre d'obtenir les résultats suivants :

- Amélioration de l'accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire;
- Amélioration de la capacité des effectifs du secteur des soins à domicile et en milieu communautaire;



- Collaboration accrue avec les fournisseurs internes et externes;
- Sensibilisation accrue des Premières Nations et des Inuits aux services de soins à domicile et en milieu communautaire;
- Utilisation accrue des politiques, des normes, des lignes directrices et des pratiques exemplaires lors de la prestation de services;
- Utilisation accrue de l'information fondée sur des données probantes pour orienter l'exécution d'un programme de qualité.

Ce plan pave la voie pour permettre au personnel du programme de tirer parti des réalisations des dix dernières années tout en reconnaissant qu'il est impossible de tout faire en même temps, partout à la fois. Ainsi, toutes les autorités compétentes (à l'échelle nationale, à l'échelon régional, au sein des communautés) réaliseront leurs activités selon les ressources et les capacités dont elles disposent, tout en tenant compte des priorités des communautés, de l'APN, de l'ITK et du gouvernement du Canada.



OBJECTIF #1 :

Un programme de soins à domicile et en milieu communautaire fondé sur une approche holistique du mieux-être s'inscrivant dans un cercle de soins, et qui offre aux clients des services de grande qualité et respectueux de leurs valeurs culturelles, tout au long de leur vie.

Cet objectif s'harmonise au but n°1 du Plan stratégique de la DGSPNI : Services de santé de qualité

Objectifs pour les 10 prochaines années :

1. Travailler en collaboration pour faire en sorte que le modèle de soins cadre avec la vision des partenaires inuits et des Premières Nations d'une prestation de soins de qualité, respectueux de la culture, holistiques et axés sur la famille.
2. Veiller à ce que tous les professionnels de soins à domicile soient compétents sur le plan clinique et qu'ils offrent aux Premières Nations des soins respectueux de la réalité culturelle.
3. Reconnaître les aidants naturels comme étant un aspect important de la prestation des soins et les soutenir.
4. Promouvoir et appuyer le mieux-être et la prévention, tout en respectant les priorités de la communauté.
5. Accorder une place grandissante aux soins primaires tout en respectant le parcours de la maladie et du deuil à travers la guérison.



Mesures stratégiques

COURT TERME (années 1 à 3)

- Collaborer à l'élaboration de politiques axées sur un modèle élargi de mieux-être qui tient compte du rôle des approches traditionnelles en matière de guérison, d'équilibre et de mieux-être, et qui respecte la diversité et l'autodétermination des Premières Nations et des Inuits.
- Collaborer avec les partenaires concernés pour favoriser l'intégration d'un programme de formation normalisé destiné aux paraprofessionnels qui fournissent des soins à domicile aux membres des Premières Nations et aux Inuits.
- Offrir au personnel non autochtone des possibilités de formation qui lui permettront de se familiariser avec la préservation de la culture autochtone et d'y être sensible.
- Effectuer une analyse de la conjoncture pour ce qui touche les ressources et les outils offerts aux aidants naturels.
- Étudier les besoins des aidants naturels et les pratiques exemplaires actuellement utilisées (par exemple le modèle de soutien par les pairs utilisé en C.-B.).
- Effectuer une analyse de la conjoncture en ce qui a trait aux programmes de soins à domicile actuels qui utilisent le modèle concernant des visites à caractère préventif ciblant les personnes à risque de plus de 60 ans.
- Collaborer avec les communautés qui utilisent un modèle de visites à caractère préventif afin de préparer des témoignages sur les pratiques exemplaires, l'établissement de liens de confiance, la prévention des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie. Ces témoignages pourraient être présentés sous forme de récits ou selon d'autres méthodes.

MOYEN TERME (années 4 à 7)

- En collaboration avec les partenaires concernés (p. ex. des associations industrielles, d'autres ministères et des associations inuites et des Premières Nations), favoriser l'inclusion de la compétence culturelle dans les programmes de formation en soins infirmiers.
- Appuyer les communautés en vue d'améliorer les compétences des aidants naturels.
- Utiliser les données probantes découlant de la recherche sur les visites préventives pour élaborer un modèle de mise en œuvre de projet pilote incluant la formation des personnes qui feront les visites préventives.
- Encourager et appuyer une harmonisation des services permettant d'intégrer les soins à domicile dans les activités de prévention actuelles et nouvelles qui sont destinées aux membres à risque et vulnérables des communautés.
- Dans le cadre d'une initiative horizontale réalisée avec d'autres ministères (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC], Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC] et d'autres programmes de la DGSPNI), mettre en œuvre une étude pilote sur la méthode de visites préventives dans un petit nombre de communautés des Premières Nations et des Inuits en utilisant le modèle de mise en œuvre de projet pilote.
- Dans la mesure du possible, encourager et appuyer le recours à des technologies de la santé novatrices susceptibles d'améliorer la qualité des soins.

LONG TERME (continu et années 7 à 10)

- Appuyer et encourager l'harmonisation des services pour maximiser les ressources de soutien à l'intention des aidants naturels et alléger la tâche de ces derniers.
-



OBJECTIF #2 :

Une planification et des partenariats nouveaux et novateurs (formels et informels) qui s'harmonisent aux programmes et aux services existants et qui contribuent à leur amélioration tout en améliorant les résultats, sur le plan de la santé, des clients des soins à domicile et en milieu communautaire.

Cet objectif s'harmonise au but n° 2 du Plan stratégique de la DGSPNI : Planification et relations axées sur la collaboration

Objectifs pour les 10 prochaines années :

1. Établir et renforcer des liens et des relations de collaboration avec des intervenants internes et externes compétents de tous les niveaux.
2. Accroître l'accessibilité aux services de soins à domicile par l'entremise de nouveaux partenariats clairement établis et le recours à de nouvelles technologies de la santé.



Mesures stratégiques

COURT TERME (années 1 à 3)

- Demeurer membre d'organisations non gouvernementales (ONG) telles que l'Association canadienne de soins et services à domicile, et maintenir les liens avec d'autres organismes de santé.
- Mener une analyse de la conjoncture concernant les pratiques exemplaires pour ce qui est des outils et des ressources des modèles culturels de soins palliatifs et de fin de vie, en appui à l'établissement de liens et de partenariats.
- Établir et renforcer des liens avec des projets de recherche tels que ceux qui se déroulent à l'Université Lakehead, à l'École de médecine du Nord de l'Ontario, à l'Université Western Ontario ainsi que dans d'autres instituts de recherche.
- Améliorer l'accès aux soins palliatifs et aux services de réadaptation par l'utilisation de technologies et par l'établissement de partenariats avec les services provinciaux et territoriaux.
- Examiner les principes visant l'utilisation de technologies de la santé efficaces et adéquates pour améliorer la santé, notamment pour les diagnostics, les vidéoconférences et les modalités relatives à la télésanté, tout en respectant l'aspect culturel et en tirant parti des services provinciaux offerts.
- Normaliser les évaluations professionnelles des membres des communautés et établir des liens avec les systèmes provinciaux.
- Travailler avec les gestionnaires régionaux et les partenaires inuits et des Premières Nations afin d'élaborer une stratégie pour renforcer les liens avec les intervenants aux échelons national, régional et communautaire.

MOYEN TERME (années 4 à 7)

- Élaborer conjointement un cadre de travail pour les services de soutien de deuxième niveau (infirmières-conseils, thérapies spécialisées, etc.), en clarifiant le rôle résiduel des professionnels des soins à domicile.
- Assurer la collecte de données sur la mesure du rendement de la gestion de cas, pour appuyer la prestation des services de soins de santé et améliorer les résultats en ce qui concerne la santé des clients.
- Mettre en œuvre un cadre d'harmonisation du soutien de deuxième niveau à la prestation des services.

LONG TERME (continu et années 7 à 10)

- Maintenir les partenariats et poursuivre les discussions aux niveaux national, régional et communautaire.
 - Chercher de nouvelles possibilités de partenariats avec divers intervenants clés aux échelons local, régional et national.
-



OBJECTIF #3 :

Promouvoir un environnement de travail durable et adéquat dans lequel les professionnels et les paraprofessionnels des soins à domicile et en milieu communautaire continuent d'être informés, compétents, engagés et appuyés.

Cet objectif s'harmonise au but n° 4 du Plan stratégique de la DGSPNI : Milieu de travail positif permettant aux employés d'exceller

Objectifs

1. Renforcer la capacité des chefs des communautés inuites et des Premières Nations à offrir des services de soins à domicile en leur fournissant de la formation, de nouvelles technologies et des systèmes permettant de faire le suivi des soins et des services.
2. Aider les programmes communautaires de soins à domicile à recruter et à maintenir en poste un effectif complet de professionnels et de paraprofessionnels qualifiés.
3. Offrir des possibilités de formation appropriées aux professionnels et aux paraprofessionnels, y compris les aidants naturels, ainsi qu'au personnel du programme.
4. Appuyer la prestation durable de services communautaires.
5. Aider les employeurs des Premières Nations à déterminer quels sont les besoins en formation des professionnels de la santé afin qu'ils puissent leur offrir des occasions de formation et de perfectionnement, et à établir des processus permettant de mesurer les résultats en ce qui a trait aux compétences relatives aux soins cliniques à domicile.



Mesures stratégiques

COURT TERME (années 1 à 3)

- Évaluer les capacités régionales et démontrer quelles sont les différences d'une région à l'autre en ce qui a trait à la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, et travailler en collaboration avec les bureaux régionaux pour trouver des solutions en vue de faciliter et d'améliorer la prestation du Programme dans les communautés.
- En collaboration avec les communautés et les partenaires provinciaux, territoriaux et fédéraux, mettre sur pied des projets visant à encourager les Inuits et les membres des Premières Nations à faire carrière dans le domaine des soins à domicile et à les appuyer dans leurs démarches.
- Collaborer avec les dirigeants des Premières Nations au titre d'employeur de professionnels de la santé, ainsi qu'en ce qui concerne la détermination et le renforcement des compétences cliniques et en matière de soins infirmiers à domicile.
- Clarifier et améliorer les processus de communication qui appuient le soutien professionnel, le réseautage et la mise en commun des renseignements.
- Promouvoir et soutenir des méthodes novatrices permettant au personnel d'accroître sa formation et ses compétences, par exemple la mise en place de mécanismes d'intégration et d'avancement, le recours à des technologies de formation novatrices et l'établissement de politiques qui appuient les personnes inscrites à la formation continue.
- Recueillir des données relatives à la mesure du rendement pour déterminer les besoins futurs en matière de formation pour les infirmières.
- Appuyer les occasions d'éducation et de formation qui permettront d'accroître les compétences du personnel.
- Aider les employeurs des Premières Nations à mesurer les compétences et à évaluer les besoins en formation de leurs fournisseurs de soins à domicile.

MOYEN TERME (années 4 à 7)

- Poursuivre les efforts visant à appuyer le recrutement et le maintien en poste du personnel des soins infirmiers à domicile, des préposés aux soins personnels et des autres professionnels et paraprofessionnels.
- Continuer de soutenir les communications qui favorisent le soutien professionnel et le réseautage.
- Élaborer des outils et des ressources pertinents sur le plan culturel à l'intention des aidants naturels lorsqu'il n'y en a pas à leur disposition, et les mettre en lien avec des services de soutien extérieurs.

LONG TERME (continu et années 7 à 10)

- Recourir à des technologies qui permettront de réduire l'isolement des fournisseurs de soins à domicile ainsi que des bénéficiaires de soins à domicile et en milieu communautaire et de leurs familles.
-



OBJECTIF # 4 :

Un programme viable qui soutient le client, la famille et la communauté, et qui peut être adapté aux tendances émergentes et aux besoins changeants de façon à pouvoir répondre aux besoins des Inuits et des Premières Nations en matière de soins à domicile.

Cet objectif s'harmonise au but n° 3 du Plan stratégique de la DGSPNI : Efficience et efficacité

Objectifs

1. Faire en sorte que le programme demeure à la hauteur des besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de soins à domicile.
2. Créer des liens horizontaux au sein de la DGSPNI et avec les partenaires fédéraux pertinents pour adopter une approche intégrée et fondée sur les faits qui permettra de réduire les effets des déterminants sociaux sur la santé des Premières Nations et des Inuits.
3. Renforcer les partenariats avec les autres ministères fédéraux, les régions et les partenaires inuits et des Premières Nations, afin d'améliorer la prestation des services et la prise en charge des maladies chroniques.



Mesures stratégiques

COURT TERME (années 1 à 3)

- Travailler en collaboration avec d'autres programmes et services à l'élaboration de cadres de travail et de plans de mise en œuvre pour la prévention et la gestion des maladies chroniques chez les Premières Nations et les Inuits qui sont pertinents dans le contexte des Premières Nations et des Inuits.
- Travailler de pair avec AADNC, les provinces et les territoires pour clarifier certaines politiques afin de répondre aux besoins des clients qui nécessitent des soins complexes et exceptionnels, et pour étendre notre collaboration en matière de santé publique.
- Travailler en collaboration avec d'autres programmes de la DGSPNI et d'autres ministères à élaborer des solutions aux problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, qui jouent un rôle contributif sur l'état et les résultats de santé des clients recevant des soins à domicile.
- Renforcer la collaboration avec les responsables de la santé publique pour améliorer l'état de santé des clients des soins à domicile.
- Élaborer une stratégie conjointe de négociation avec AADNC, afin que le PSDMCPNI soit officiellement intégré^{1*} au volet des soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC, en collaboration avec les Premières Nations et les Inuits.
- Continuer à discuter, avec les communautés, des avantages de l'intégration et de la mise en commun des pratiques exemplaires en matière d'intégration des services à domicile, et appuyer la transition des communautés vers une approche plus intégrée pour la prestation des soins à domicile.

MOYEN TERME (années 4 à 7)

- Explorer diverses options de financement et l'élaboration de politiques visant à stabiliser l'accès aux services pour les clients qui ont des besoins complexes et spéciaux en matière de santé.
- Tenter d'obtenir des fonds supplémentaires pour appuyer la prestation de services en soirée et pendant les fins de semaine dans des « circonstances exceptionnelles ».
- Tenter d'obtenir des fonds supplémentaires pour appuyer les services de soutien (soins palliatifs, santé mentale, thérapie, etc.) selon les besoins, ainsi que des professionnels (p. ex. des infirmières) et paraprofessionnels (personnel de soutien pour les patients atteints de maladies chroniques) supplémentaires.
- Collaborer à l'élaboration d'un cadre stratégique d'intervention et de solutions de financement pour la prestation, dans les communautés, de soins à domicile aux clients qui ont des besoins exceptionnels, notamment en définissant ce qu'est un « client ayant des besoins exceptionnels ».
- En collaboration avec les programmes de la DGSPNI appropriés, étudier les effets des déterminants sociaux de la santé (p. ex. la pauvreté, les piètres conditions de logement, la propreté de l'eau potable, l'accès limité à des aliments sains et la contamination de l'environnement) sur l'état et les résultats de santé des Premières Nations et des Inuits.

LONG TERME (continu et années 7 à 10)

- Collaborer avec les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux, régionaux et autochtones afin d'offrir des soins de qualité réduisant les complications liées au processus pathologique en respectant un cadre de travail qui reconnaît les déterminants sociaux de la santé au sein des communautés inuites et des Premières Nations.



OBJECTIF #5 :

Un programme qui vise l'amélioration de la qualité et qui est fondé sur des évaluations et des collectes de données uniformes, normalisées et de grande qualité.

Cet objectif s'harmonise au but n° 3 du Plan stratégique de la DGSPNI : Efficience et efficacité

Objectifs

1. Appuyer le programme par des données précises obtenues en temps opportun grâce à l'utilisation d'outils de mesure du rendement améliorés et d'instruments d'évaluation efficaces.
2. Améliorer la qualité des données du programme pour appuyer la prise de décisions relatives au programme, accroître la responsabilité et protéger l'intégrité des données.
3. Promouvoir l'amélioration de la qualité du milieu des soins à domicile par le biais du leadership, de la culture, des pratiques exemplaires, de l'innovation et de la gestion du changement.
4. Promouvoir la diffusion et la durabilité de l'amélioration de la qualité.
5. Promouvoir le renforcement des capacités en ce qui a trait à l'évaluation et à la mesure du rendement.

Mesures stratégiques

COURT TERME (années 1 à 3)

- Établir des rapports d'analyse qui présentent les tendances relatives à la prestation et à l'utilisation des services et des soins à domicile et en milieu communautaire, et préparer des documents présentant en une page les indicateurs clés et des statistiques pertinentes.
 - En collaboration avec les partenaires et les régions appropriés, revoir le modèle logique de SDMCPNI, y compris la matrice de rendement, de façon à obtenir des résultats d'évaluation significatifs, et veiller à ce que des données pertinentes se rapportant au programme soient recueillies afin de pouvoir évaluer les résultats escomptés.
 - En collaboration avec les coordonnateurs régionaux, mettre à jour l'Outil d'évaluation pour la gestion des risques (OEGR) et établir un plan (et un calendrier) pour vérifier la couverture de responsabilité.
 - En se fondant sur l'analyse des données colligées, examiner les besoins en matière de services et déterminer la nature précise des lacunes à ce chapitre.
 - Réaliser une étude spéciale pour déterminer le nombre de clients dont les besoins n'ont pu être comblés par le PSDMCPNI.
 - Mettre à jour les bases de données de l'OERSPS et de l'OESRH, et les modifier de façon à pouvoir obtenir des données sur l'évolution de l'état de santé des clients, en se fondant sur la Stratégie de mesure du rendement. Élaborer un protocole qui permettra de simplifier la mise à jour continue de l'OERSPS et de l'OESRH, et d'en assurer la viabilité.
 - Étudier le développement du système Inter-RAI², qui est utilisé dans les systèmes de santé provinciaux (iSMAF au Québec) et mis à l'essai en Alberta avec les Premières Nations et l'Institut canadien d'information sur la santé.
 - Élaborer des normes de mesure du rendement pour la collecte de renseignements (données) sur les activités de formation du personnel infirmier, notamment au moyen de recherches sur l'opinion publique.
 - En collaboration avec la Division de l'AIPRP, vérifier la conformité du système actuel de données sur les SDMC aux exigences en matière de protection des renseignements personnels, cerner les lacunes et élaborer un plan pour y remédier.
 - Réviser le matériel de formation et d'orientation afin que les normes et les compétences y soient traitées de façon prioritaire.
 - En collaboration avec les régions, élaborer un document sur les pratiques exemplaires associées aux activités régionales de formation sur les normes du programme et l'amélioration de la qualité.
 - Élaborer du matériel visant à appuyer les programmes communautaires et à les informer sur les principes et les pratiques relatifs aux données et à leur qualité.
 - Développer une culture d'apprentissage et d'innovation par le transfert et le partage des connaissances, les possibilités de formation, l'amélioration de la qualité, les scénarios communautaires et les occasions de réseautage.
-

MOYEN TERME (années 4 à 7)

- Mettre en place des normes et des indicateurs pour la prestation des services de soutien à domicile dans le cadre du PSDMCPNI.
- Dresser le portrait le plus fidèle de la population cible et des besoins en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, en utilisant toutes les sources de données, y compris les données provinciales et les données de l'OERSPS, de l'OESRH et de l'évaluation du transfert des services de santé.
- En collaboration avec les régions et les gestionnaires de programme, planifier des mesures qui permettront de combler le mieux possible les lacunes des services.
- Établir les protocoles d'entente nécessaires dans le domaine du partage des données à différents niveaux.
- Participer à une évaluation formative de la prestation des services sociaux et de santé offerts aux Premières Nations.

LONG TERME (continu et années 7 à 10)

- En 2021, examiner de nouveau les lacunes touchant les services en se fondant sur les données les plus récentes.
-

PLAN DE RECHERCHE ET DE SURVEILLANCE

INTRODUCTION

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI; aussi appelé programme de SDMC) se voue à l'apprentissage et au perfectionnement continu par la recherche et la réalisation d'activités connexes à la recherche. Tel qu'il est mentionné dans le Cadre du PSDMCPNI, l'une des fonctions essentielles du programme est de soutenir et de promouvoir celui-ci par la sensibilisation, l'acquisition de nouvelles connaissances et la diffusion des connaissances. Les collectes de données et les recherches contribuent à la stabilité du PSDMCPNI en fournissant un processus d'évaluation et d'amélioration continu. Elles contribuent également à la viabilité du programme à long terme en lui permettant de prévoir les tendances démographiques et de santé émergentes, les besoins complexes et changeants en matière de santé et les autres défis connexes, afin qu'il puisse s'adapter et répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de soins à domicile.

Le présent plan de recherche et de surveillance a été mis sur pied pour appuyer le Plan décennal du PSDMCPNI et est conforme au *Cadre pour les activités de recherche et liées à la recherche 2008* de la DGSPNI. Ce plan sert à établir l'ordre de priorité des activités de recherche planifiées pour les dix prochaines années, en fonction des exigences ministérielles, des besoins du programme et des besoins des communautés en matière de soins à domicile prévus. Les activités de recherches planifiées qui figurent dans le Plan décennal constituent un complément aux activités de recherche et de collecte de données décrites dans les paragraphes qui suivent. Il explique également de quelle façon les activités de recherche planifiées répondent aux priorités stratégiques déterminées en collaboration avec les régions de la DGSPNI, les partenaires régionaux des Premières Nations, les partenaires nationaux inuits et des Premières Nations, et avec d'autres intervenants pertinents.

PRIORITÉS DU PROGRAMME

Lors de l'élaboration du Plan décennal du PSDMCPNI, plusieurs discussions approfondies et ateliers interactifs ont eu lieu afin de cerner les domaines sur lesquels le Programme devrait mettre l'accent au cours de la prochaine décennie. Il a notamment été question des facteurs qui ont une incidence sur le programme, y compris les éléments moteurs du programme et les tendances émergentes, les tendances générales en matière de soins à domicile, les données démographiques, ainsi que les besoins complexes et changeants des Premières Nations et des Inuits sur le plan de la santé. Ces discussions ont mené à la détermination des domaines prioritaires et des fondements des mesures à prendre, qui ont été présentés pour la première fois dans le Rapport sur le développement stratégique de mars 2012 et qui ont servi à établir les buts du Plan décennal et les mesures stratégiques qui y sont associées.

Priorités stratégiques et fondements des mesures à prendre

1. Diversité régionale et des communautés
2. Déterminants sociaux de la santé
3. Financement du programme
4. Lacunes en matière de services
5. Questions liées aux ressources humaines
6. Gestion du programme et communications
7. Amélioration des soins par le recours à de nouvelles technologies de soutien de la santé
8. Besoins des aidants naturels
9. Intégration des programmes et services
10. Besoins en matière de recherche et de données

ACTIVITÉS DE RECHERCHE (2013-2023)

Seize activités de recherche ont été désignées comme étant prioritaires dans le Plan décennal du PSDMCPNI. Ces sujets de recherche peuvent être classés sous cinq thèmes : capacité et soutien des ressources humaines; prévention; lacunes en matière de services et harmonisation; répercussions sur la santé; innovation. Quatre de ces cinq thèmes sont reliés aux priorités stratégiques indiquées plus haut. Par exemple, capacité et soutien des ressources humaines (5, 8); lacunes en matière de services et harmonisation (4, 9); répercussions sur la santé (2); innovation (7). La prévention est le seul thème qui n'avait pas été désigné comme étant une priorité au départ. La décision de l'inclure dans les priorités a été prise lors de discussions ultérieures portant sur l'élaboration du plan (après le Rapport sur le développement stratégique de mars 2012), c'est pourquoi ce thème fait maintenant partie des activités de recherche du Plan décennal. L'annexe A présente les activités de recherche prévues pour chaque thème prioritaire.

Les priorités stratégiques et les fondements des mesures à prendre qui ne sont pas associés à des activités de recherche feront l'objet d'autres types d'activités comme l'élaboration de politiques et de cadres, la création de liens et de partenariats, et d'autres mesures appuyant les activités de programme en cours telles la collecte de données et la production de rapports, ainsi que l'amélioration de la qualité. Bien que les activités d'élaboration de politiques et de cadres puissent contenir une composante de recherche, celle-ci ne devrait pas représenter un aspect majeur de ces activités. C'est pourquoi ces activités ne sont pas considérées comme étant de la recherche.

Toute activité de recherche qui devrait permettre de répondre efficacement aux exigences de la Direction générale ou du Ministère sera menée dans un délai préétabli (court terme) afin que ces exigences soient respectées. Les autres facteurs qui sont pris en compte pour déterminer le degré de priorité d'une activité sont les ressources financières (c.-à-d. le budget) dont on dispose ainsi que la disponibilité du personnel (si la recherche est menée à l'interne) et/ou de consultants intéressés qui possèdent les compétences requises pour réaliser les travaux.

COLLECTE DE DONNÉES ET RECHERCHES EN COURS

Depuis 2002, le programme recueille de l'information quantitative qui appuie ses activités par l'entremise de deux bases de données. La première, l'outil électronique de rapport statistique sur la prestation des services (OERSPS), a été créée pour aider les communautés à satisfaire aux exigences du programme en matière de rapports. Elle contient des renseignements très utiles sur les caractéristiques et les besoins des clients, leur accès au programme, et la répartition des fonds du programme. La deuxième base de données est l'outil électronique de suivi des ressources humaines (OESRH), qui contient des renseignements sur les équivalents temps plein (ETP) fournissant des services aux clients.

La collecte de données quantitatives sert trois objectifs : 1) permettre la diffusion des connaissances – les résultats sont mis à la disposition des régions et des communautés, y compris celles qui fournissent des soins directs aux clients et qui recueillent des données, ainsi que les intervenants et les partenaires inuits et des Premières Nations; 2) aider les décideurs afin d'améliorer les soins aux clients et les résultats de santé; 3) appuyer les activités de vérification et d'évaluation exigées par le Conseil du Trésor.

Bien que moins fréquente, la recherche qualitative fournit de l'information cruciale sur la progression du programme et aide Santé Canada et ses partenaires à cerner les aspects qui doivent être améliorés afin que le programme puisse mieux répondre aux besoins de ses clients. Le sondage en ligne sur l'opinion publique, qui est mené tous les deux ans, permet de recueillir des données qualitatives qui sont utilisées pour évaluer le programme et établir son orientation.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire s'est fondé sur des activités et des résultats de recherche pour orienter les activités de programme et l'élaboration de politiques en contribuant à une base des données probantes sous-jacentes. Cela inclut, notamment, des recherches dirigées par les Premières Nations, telles que les résultats de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, publiés par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Le programme mène (à l'interne) ou commande (à l'externe) des études de recherche ponctuelles visant à mieux connaître les besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, ainsi que les problèmes de santé généraux qui touchent ces populations. Les activités de recherche sont dictées par les informations particulières qui sont nécessaires pour l'élaboration des politiques et des programmes, et peuvent être de nature quantitative ou qualitative. Depuis 2000, plusieurs études ont été réalisées en vue d'améliorer le développement du programme et sa capacité. Les rapports de ces études se trouvent dans le document d'archives du PSDMCPNI.

Les sujets de recherche qui ont été identifiés dans le Plan décennal contribueront à cet ensemble de connaissances en abordant principalement les enjeux nouveaux et existants ainsi que les tendances relatives aux maladies, et aideront à la création de nouvelles applications ou de nouvelles approches (p. ex. des modèles de soins) qui permettront de perfectionner le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire et, en conséquence, d'améliorer les résultats cliniques chez les Premières Nations et les Inuits.

SURVEILLANCE

Le Plan décennal du PSDMCPNI s'harmonisera au Cadre de mesure du rendement et au Modèle logique du programme. La réussite de la mise en œuvre du Plan sera mesurée dans le cadre d'évaluations ultérieures du programme. La plupart des indicateurs qui seront utilisés pour ces évaluations seront les mêmes que ceux utilisés dans la stratégie actuelle de mesure de rendement du PSDMCPNI. Cependant, l'élaboration de nouveaux indicateurs pourrait être nécessaire pour certains principes clés du présent Plan, notamment ceux ayant trait à l'intégration des services, aux déterminants de la santé et aux compétences culturelles.

Les statistiques sur la santé et les données de surveillance recueillies par d'autres secteurs de la DGSPNI, d'autres ministères fédéraux (p. ex. Statistique Canada et l'Agence de la santé publique du Canada) et des organismes externes (p. ex. l'Institut canadien d'information sur la santé, le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tamiriit Kanatami) sont utiles pour la planification du programme et l'établissement des priorités. Le Programme de SDMC collaborera avec la Direction de la politique stratégique, planification et information de Santé Canada et avec d'autres organismes de recherche pertinents afin d'obtenir des renseignements et des statistiques sur la santé des populations inuites et des Premières Nations.

RÉVISION ET MISE À JOUR DU PLAN DÉCENNAL

Les progrès accomplis dans le cadre du Plan seront examinés lors des réunions annuelles des coordonnateurs régionaux et des partenaires, et à l'occasion des téléconférences qui seront tenues chaque mois pour discuter des enjeux actuels et pour faire le bilan. Le plan décennal sera alors mis à jour de façon à comprendre les nouvelles activités de recherche qui doivent être entreprises. La priorité de ces nouvelles activités sera établie en collaboration avec les régions et les partenaires.

RAPPORT SUR LES ACTIVITÉS

L'état de chaque activité figurant dans le Plan décennal fera l'objet de rapports annuels rédigés à l'aide du Modèle de rapport des activités du Plan décennal du PSDMCPNI (annexe B).

ANNEXE A

Activités de recherche associées à chaque thème prioritaire

THÈME PRIORITAIRE	ACTIVITÉ DE RECHERCHE
Capacité et soutien des RH	Effectuer une analyse de la conjoncture pour ce qui touche les ressources et les outils offerts aux aidants naturels.
	Étudier les besoins des aidants naturels et les pratiques exemplaires actuellement utilisées (par exemple le modèle de soutien par les pairs utilisé en C.-B.).
	Évaluer les capacités régionales et démontrer quelles sont les différences d'une région à l'autre en ce qui a trait à la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire dans les communautés.
	Clarifier et améliorer les processus de communication qui appuient le soutien professionnel, le réseautage et la mise en commun des renseignements.
	Élaborer des outils et des ressources pertinents sur le plan culturel à l'intention des aidants naturels lorsqu'il n'y en a pas à leur disposition, et les mettre en lien avec des services de soutien extérieurs.
Prévention	Effectuer une analyse de la conjoncture en ce qui a trait aux programmes de soins à domicile actuels qui utilisent le modèle concernant des visites à caractère préventif ciblant les personnes à risque de plus de 60 ans.
	Collaborer avec les communautés qui utilisent un modèle de visites à caractère préventif, afin de préparer des témoignages sur les pratiques exemplaires, l'établissement de liens de confiance, la prévention des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie. Ces témoignages pourraient être présentés sous forme de conte ou selon d'autres méthodes.
	Dans le cadre d'une initiative horizontale réalisée avec des partenaires compétents (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC], Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC] et d'autres programmes de la DGSPNI), mettre en œuvre une étude pilote sur la méthode de visites préventives dans un petit nombre de communautés inuites et des Premières Nations en utilisant le modèle de mise en œuvre de projet pilote.
Lacunes en matière de services et harmonisation	Mener une analyse de la conjoncture concernant les pratiques exemplaires des modèles culturels de soins palliatifs et de fin de vie.
	Recueillir des données sur les pratiques prometteuses utilisées pour l'intégration des soins à domicile dans les communautés.
	En se fondant sur l'analyse des données colligées, examiner les besoins en matière de services et déterminer la nature précise des lacunes à ce chapitre.

THÈME PRIORITAIRE	ACTIVITÉ DE RECHERCHE
Répercussions sur la santé	En collaboration avec les programmes de la DGSPNI appropriés, étudier les effets des déterminants sociaux de la santé (p. ex. la pauvreté, les piètres conditions de logement, la propreté de l'eau potable, l'accès limité à des aliments sains et la contamination de l'environnement) sur l'état et les résultats de santé des Premières Nations et des Inuits.
	Travailler en collaboration avec d'autres programmes de la DGSPNI et d'autres ministères à élaborer des solutions aux problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, qui jouent un rôle contributif sur l'état et les résultats de santé des clients recevant des soins à domicile.
	Collaborer avec les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux, régionaux et autochtones afin d'offrir des soins de qualité réduisant les complications liées au processus pathologique en respectant un cadre de travail qui reconnaît les déterminants sociaux de la santé au sein des communautés inuites et des Premières Nations.
Innovation	Examiner les principes visant l'utilisation de technologies de la santé efficaces et adéquates pour améliorer la santé, notamment pour les diagnostics, les vidéoconférences et les modalités relatives à la télésanté, tout en respectant l'aspect culturel et en tirant parti des services provinciaux offerts.
	Promouvoir et soutenir des méthodes novatrices permettant au personnel d'accroître leur formation et leurs compétences, par exemple la mise en place de mécanismes d'intégration et d'avancement, le recours à des technologies de formation novatrices et l'établissement de politiques qui appuient les personnes inscrites à la formation continue.

ANNEXE B

Modèle de rapport des activités du Plan décennal du PSDMCPNI

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<p>OBJECTIF #1 Un programme de soins à domicile et en milieu communautaire fondé sur une approche holistique du mieux-être s’inscrivant dans un cercle de soins, et qui offre aux clients des services de grande qualité et respectueux de leurs valeurs culturelles, tout au long de leur vie.</p>		

ACTIVITÉS À COURT TERME

<ul style="list-style-type: none"> Collaborer à l’élaboration de politiques axées sur un modèle élargi de mieux-être qui tient compte du rôle des approches traditionnelles en matière de guérison, d’équilibre et de mieux-être, et qui respecte la diversité et l’autodétermination des Premières Nations et des Inuits. 		
<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec les partenaires concernés, favoriser l’intégration d’un programme de formation normalisé destiné aux paraprofessionnels qui fournissent des soins à domicile aux membres des Premières Nations et aux Inuits. 		
<ul style="list-style-type: none"> Offrir au personnel non autochtone des possibilités de formation qui lui permettront de se familiariser avec la préservation de la culture autochtone et d’y être sensible. 		
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une analyse de la conjoncture pour ce qui touche les ressources et les outils offerts aux aidants naturels. 		
<ul style="list-style-type: none"> Étudier les besoins des aidants naturels et les pratiques exemplaires actuellement utilisées (par exemple le modèle de soutien par les pairs utilisé en C.-B.). 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Effectuer une analyse de la conjoncture en ce qui a trait aux programmes de soins à domicile actuels qui utilisent le modèle concernant des visites à caractère préventif ciblant les personnes à risque de plus de 60 ans. 		
<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec les communautés qui utilisent un modèle de visites à caractère préventif, préparer des témoignages sur les pratiques exemplaires, l'établissement de liens de confiance, la prévention des hospitalisations et l'amélioration de la qualité de vie. Ces témoignages pourraient être présentés sous forme de conte ou selon d'autres méthodes 		

ACTIVITÉS À MOYEN TERME

<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec les partenaires concernés (p. ex. des associations industrielles, d'autres ministères et des associations inuites et des Premières Nations), favoriser l'inclusion de la compétence culturelle dans les programmes de formation en soins infirmiers. 		
<ul style="list-style-type: none"> Appuyer les communautés en vue d'améliorer les compétences des aidants naturels. 		
<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les données probantes découlant de la recherche sur les visites préventives pour élaborer un modèle de mise en œuvre de projet pilote incluant la formation des personnes qui feront les visites préventives. 		
<ul style="list-style-type: none"> Encourager et appuyer une harmonisation des services permettant d'intégrer les soins à domiciles dans les activités de prévention actuelles et nouvelles qui sont destinées aux membres à risque et vulnérables des communautés. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre d'une initiative horizontale réalisée avec d'autres ministères (p. ex. l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC], Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC] et d'autres programmes de la DGSPNI), mettre en œuvre une étude pilote sur la méthode de visites préventives dans un petit nombre de communautés des Premières Nations et des Inuits en utilisant le modèle de mise en œuvre de projet pilote. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Dans la mesure du possible, encourager et appuyer le recours à des technologies de la santé novatrices susceptibles d'améliorer la qualité des soins. 		

ACTIVITÉS À LONG TERME

<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer et encourager l'harmonisation des services pour maximiser les ressources de soutien à l'intention des aidants naturels et alléger la tâche de ces derniers. 		
---	--	--

OBJECTIF #2 Une planification et des partenariats nouveaux et novateurs (formels et informels) qui s'harmonisent aux programmes et aux services existants et qui contribuent à leur amélioration tout en améliorant les résultats, sur le plan de la santé, des clients des soins à domicile et en milieu communautaire.

ACTIVITÉS À COURT TERME

<ul style="list-style-type: none"> • Demeurer membre d'organisations non gouvernementales (ONG) telles que l'Association canadienne de soins et services à domicile, et maintenir les liens avec d'autres organismes de santé. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Mener une analyse de la conjoncture concernant les pratiques exemplaires des modèles culturels de soins palliatifs et de fin de vie. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Établir et renforcer des liens avec des projets de recherche tels que ceux qui se déroulent à l'Université Lakehead, à l'École de médecine du Nord de l'Ontario, à l'Université Western Ontario ainsi que dans d'autres instituts de recherche. 		
<ul style="list-style-type: none"> Améliorer l'accès aux soins palliatifs et aux services de réadaptation par l'utilisation de technologies et par l'établissement de partenariats avec les services provinciaux et territoriaux. 		
<ul style="list-style-type: none"> Examiner les principes visant l'utilisation de technologies de la santé efficaces et adéquates pour améliorer la santé, notamment pour les diagnostics, les vidéoconférences et les modalités relatives à la télésanté, tout en respectant l'aspect culturel et en tirant parti des services provinciaux offerts. 		
<ul style="list-style-type: none"> Normaliser les évaluations professionnelles des membres des communautés et établir des liens avec les systèmes provinciaux. 		

ACTIVITÉS À MOYEN TERME

<ul style="list-style-type: none"> Élaborer conjointement un cadre de travail pour les services de soutien de deuxième niveau (infirmières-conseils, thérapies spécialisées, etc.), en clarifiant le rôle résiduel des professionnels des soins à domicile. 		
<ul style="list-style-type: none"> Assurer la collecte de données sur la mesure du rendement de la gestion de cas, pour appuyer la prestation des services de soins de santé et améliorer les résultats en ce qui concerne la santé des clients. 		
<ul style="list-style-type: none"> Mettre en œuvre un cadre d'harmonisation du soutien de deuxième niveau à la prestation des services. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
------------------------	------	-------------------------------------

ACTIVITÉS À LONG TERME

- | | | |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Maintenir les partenariats et poursuivre les discussions à l'échelle nationale, régionale et communautaire. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Chercher de nouvelles possibilités de partenariats avec divers intervenants clés à l'échelle locale, régionale et nationale. | | |

OBJECTIF #3 Promouvoir un environnement de travail durable et adéquat dans lequel les professionnels et les paraprofessionnels des soins à domicile et en milieu communautaire continuent d'être informés, compétents, engagés et appuyés.

ACTIVITÉS À COURT TERME

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Évaluer les capacités régionales et démontrer quelles sont les différences d'une région à l'autre en ce qui a trait à la prestation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire dans les communautés, et travailler en collaboration avec les bureaux régionaux pour trouver des solutions visant à faciliter et à améliorer la prestation du Programme dans les communautés. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec les communautés et les partenaires provinciaux, territoriaux et fédéraux, mettre sur pied des projets visant à encourager les Inuits et les membres des Premières Nations à faire carrière dans le domaine des soins à domicile et à les appuyer dans leurs démarches. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Collaborer avec les dirigeants des Premières Nations au titre d'employeur de professionnels de la santé, ainsi qu'en ce qui concerne la détermination et le renforcement des compétences cliniques et en matière de soins infirmiers à domicile. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Clarifier et améliorer les processus de communication qui appuient le soutien professionnel, le réseautage et la mise en commun des renseignements. | | |

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Promouvoir et soutenir des méthodes novatrices permettant au personnel d'accroître sa formation et ses compétences, par exemple la mise en place de mécanismes d'intégration et d'avancement, le recours à des technologies de formation novatrices et l'établissement de politiques qui appuient les personnes inscrites à la formation continue. 		
<ul style="list-style-type: none"> Recueillir des données relatives à la mesure du rendement pour déterminer les besoins futurs en matière de formation pour les infirmières. 		
<ul style="list-style-type: none"> Appuyer les occasions d'éducation et de formation qui permettront d'accroître les compétences du personnel. 		
<ul style="list-style-type: none"> Aider les employeurs des Premières Nations à mesurer les compétences et à évaluer les besoins en formation de leurs fournisseurs de soins à domicile. 		

ACTIVITÉS À MOYEN TERME

<ul style="list-style-type: none"> Poursuivre les efforts visant à appuyer le recrutement et le maintien en poste du personnel des soins infirmiers à domicile, des préposés aux soins personnels et des autres professionnels et paraprofessionnels. 		
<ul style="list-style-type: none"> Continuer de soutenir les communications qui favorisent le soutien professionnel et le réseautage. 		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des outils et des ressources pertinents sur le plan culturel à l'intention des aidants naturels lorsqu'il n'y en a pas à leur disposition, et les mettre en lien avec des services de soutien extérieurs. 		

ACTIVITÉS À LONG TERME

<ul style="list-style-type: none"> Recourir à des technologies qui permettront de réduire l'isolement des fournisseurs de soins à domicile ainsi que des bénéficiaires de soins à domicile et en milieu communautaire et de leurs familles. 		
--	--	--

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
------------------------	------	-------------------------------------

OBJECTIF #4 Un programme viable qui soutient le client, la famille et la communauté, et qui peut être adapté aux tendances émergentes et aux besoins changeants de façon à pouvoir répondre aux besoins des Inuits et des Premières Nations en matière de soins à domicile.

ACTIVITÉS À COURT TERME

<ul style="list-style-type: none"> Travailler en collaboration avec d'autres programmes et services à l'élaboration d'un cadre de travail et d'un plan de mise en œuvre pour la prévention et la gestion des maladies chroniques qui sont pertinents dans le contexte des Premières Nations et des Inuits. 		
<ul style="list-style-type: none"> Travailler de pair avec AADNC, les provinces et les territoires pour clarifier certaines politiques afin de répondre aux besoins des clients qui nécessitent des soins complexes et exceptionnels, et pour élargir la collaboration en matière de santé publique. 		
<ul style="list-style-type: none"> Travailler en collaboration avec d'autres programmes de la DGSPNI et d'autres ministères à élaborer des solutions aux problèmes liés aux déterminants sociaux de la santé, qui jouent un rôle contributif sur l'état et les résultats de santé des clients recevant des soins à domicile. 		
<ul style="list-style-type: none"> Renforcer la collaboration avec les responsables de la santé publique pour améliorer l'état de santé des clients des soins à domicile. 		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer une stratégie de négociation avec AADNC, afin que le PSDMCPNI soit officiellement intégré au volet des soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC, en collaboration avec les Premières Nations et les Inuits. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Continuer à discuter, avec les communautés, des avantages de l'intégration et de la mise en commun des pratiques exemplaires en matière d'intégration des services à domicile, et appuyer la transition des communautés vers une approche plus intégrée pour la prestation des soins à domicile. 		
ACTIVITÉS À MOYEN TERME		
<ul style="list-style-type: none"> Explorer diverses options de financement et l'élaboration de politiques visant à stabiliser l'accès aux services pour les clients qui ont des besoins complexes et spéciaux en matière de santé. 		
<ul style="list-style-type: none"> Seek additional funding to support evenings and weekend services under "exceptional circumstances". 		
<ul style="list-style-type: none"> Seek additional funding for the supportive elements (e.g. palliative care, mental health and therapies), as appropriate, and additional professionals (e.g. nurses) and para professionals (e.g. support workers for chronic care patients). 		
<ul style="list-style-type: none"> Collaboratively develop a policy framework and funding options for response to exceptional homecare client needs in communities, including defining "exceptional clients". 		
<ul style="list-style-type: none"> Collaborate with appropriate FNIHB programs to explore the effects of social determinants of health (e.g. poverty, poor condition of housing, clean drinking water, limited access to healthy food, environmental contamination) on health status and outcomes of First Nations and Inuit. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
------------------------	------	-------------------------------------

ACTIVITÉS À LONG TERME

- Collaborer avec les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux, régionaux et autochtones afin d'offrir des soins de qualité réduisant les complications liées au processus pathologique en respectant un cadre de travail qui reconnaît les déterminants sociaux de la santé au sein des communautés inuites et des Premières Nations.

OBJECTIF #5 Un programme qui vise l'amélioration de la qualité et qui est fondé sur des évaluations et des collectes de données uniformes, normalisées et de grande qualité.

ACTIVITÉS À COURT TERME

- Établir des rapports d'analyse qui présentent les tendances relatives à la prestation et à l'utilisation des services et des soins à domicile et en milieu communautaire, et préparer des documents présentant en une page les indicateurs clés et des statistiques pertinentes.
- En collaboration avec les partenaires et les régions appropriés, revoir le modèle logique de SDMCPNI, y compris la matrice de rendement, de façon à obtenir des résultats d'évaluation significatifs et veiller à ce que des données pertinentes se rapportant au programme soient recueillies afin de pouvoir évaluer les résultats escomptés.
- En se fondant sur l'analyse des données colligées, examiner les besoins en matière de services et déterminer la nature précise des lacunes à ce chapitre.
- Mettre à jour les bases de données de l'OERSPS et de l'OESRH, et les modifier de façon à pouvoir obtenir des données sur l'évolution de l'état de santé des clients, en se fondant sur la Stratégie de mesure du rendement.

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des normes de mesure du rendement pour la collecte de renseignements (données) sur les activités de formation du personnel infirmier, notamment au moyen de recherches sur l'opinion publique. 		
<ul style="list-style-type: none"> Réviser le matériel de formation et d'orientation afin que les normes et les compétences y soient traitées de façon prioritaire. 		
<ul style="list-style-type: none"> Élaborer du matériel visant à appuyer les programmes communautaires et à les informer sur les principes et les pratiques relatifs aux données et à leur qualité. 		
<ul style="list-style-type: none"> Développer une culture d'apprentissage et d'innovation par le transfert et le partage des connaissances, les possibilités de formation, l'amélioration de la qualité, les scénarios communautaires et les occasions de réseautage. 		

ACTIVITÉS À MOYEN TERME

<ul style="list-style-type: none"> Mettre en place des normes et des indicateurs pour la prestation des services de soutien à domicile dans le cadre du PSDMCPNI. 		
<ul style="list-style-type: none"> Dresser le portrait le plus fidèle de la population cible et des besoins en matière de soins à domicile et en milieu communautaire, en utilisant toutes les sources de données, y compris les données provinciales et les données de l'OERSPS, de l'OESRH et de l'évaluation du transfert des services de santé. 		
<ul style="list-style-type: none"> En collaboration avec les régions et les gestionnaires de programme, planifier des mesures qui permettront de combler le mieux possible les lacunes des services. 		
<ul style="list-style-type: none"> Établir les protocoles d'entente nécessaires dans le domaine du partage des données à différents niveaux. 		

OBJECTIFS ET ACTIVITÉS	ÉTAT	RÉALISÉ PAR / EN COLLABORATION AVEC
<ul style="list-style-type: none"> Participer à une évaluation formative de la prestation des services sociaux et de santé offerts aux Premières Nations. 		
ACTIVITÉS À LONG TERME		
<ul style="list-style-type: none"> En 2021, examiner de nouveau les lacunes touchant les services en se fondant sur les données les plus récentes. 		

(Footnotes)

- ¹ L'intégration consiste à combiner le financement, les ressources et d'autres éléments du volet des soins à domicile du Programme d'aide à la vie autonome d'AADNC au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire de Santé Canada. Dans ce contexte, la notion d'intégration cadre avec la définition des soins de santé intégrés donnée par l'Organisation mondiale de la Santé : « *L'organisation et la gestion des services de santé pour que les gens puissent obtenir les soins dont ils ont besoin, lorsqu'ils en ont besoin, et ce d'une façon conviviale et qui permet d'obtenir les résultats souhaités et d'optimiser les ressources.* » [traduction] — Dossier technique n° 1 de l'OMS, mai 2008.
 - * Il est entendu que 1) l'APN soutient que l'intégration peut être une option viable pour certaines communautés, mais que cette approche ne doit pas être imposée et que la décision finale doit relever de chaque communauté;
 - 2) l'Ontario se trouve dans une situation particulière en raison de l'accord de 1965 sur les programmes de bien-être.
- ² Outil provincial d'évaluation des soins à domicile utilisé pour guider la planification des services et des soins de santé en milieu communautaire.
- ³ Les domaines prioritaires et les fondements des mesures à prendre sont décrits plus en détail dans le Rapport sur le développement stratégique (2012).