

Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits

Juillet 2019

Direction générale de l'évaluation, de la mesure du rendement et de l'examen



Table des matières

Acronyme	ii
Sommaire	iii
Réponse et plan d'action de la direction.....	v
1. Introduction	1
2. Contexte	1
3. Principales constatations	4
3.1 Besoin continu	4
3.2 Harmonisation des priorités du gouvernement et des collectivités autochtones	6
3.3 Formation et renforcement des capacités	8
3.4 Suffisance de la quantité de services fournis	9
3.5 Répondre aux besoins et assurer la qualité des services	13
3.6 Coordination et intégration	17
4. Conclusion et recommandations.....	21
Appendice A : Question d'évaluation, notes méthodologiques et limites.....	23
Appendice B : Analyse du financement régional (réel).....	27

Acronyme

DGSPNI	La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
PSDMCPNI	Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits
RCAANC	Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada
SAC	Services aux Autochtones Canada
SSNA	Services de santé non assurés

Sommaire

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI) a connu un succès considérable au cours des cinq dernières années, grâce à des améliorations constantes, en grande partie attribuable à une gestion efficace du programme et au dévouement des directeurs de la santé des Premières Nations ainsi que des coordonnateurs et infirmières des soins à domicile et en milieu communautaire.

Compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population et de l'amélioration continue de la capacité de bien diagnostiquer les clients et d'évaluer leurs besoins (ce qui devrait entraîner une demande accrue), les besoins des clients augmentent rapidement et sont plus complexes. De plus, les collectivités des Premières Nations et des Inuits font face à des difficultés et à des obstacles plus complexes pour répondre efficacement aux besoins des clients par rapport à d'autres collectivités. Cela est particulièrement vrai si l'on tient compte des piètres résultats en santé des populations des Premières Nations et des Inuits, de la disponibilité des ressources et des installations ainsi que de la nécessité d'offrir les programmes adéquats sur le plan culturel.

Malgré la croissance et le vieillissement de la population, et, selon les fournisseurs de services, la demande croissante, les données du programme révèlent de légères diminutions du nombre total de clients et du nombre d'heures de service par client. L'un des principaux problèmes vient du fait que la demande n'est pas systématiquement mesurée. On s'occupe seulement du service fourni. Par conséquent, pour le moment, Services aux Autochtones Canada (SAC) ne peut pas évaluer dans quelle mesure il répond à la demande et ne peut pas anticiper avec précision la croissance future.

En général, la plupart des travailleurs de la santé des collectivités des Premières Nations et des Inuits interrogés estimaient que leurs services étaient supérieurs, que leurs temps d'attente étaient plus courts et que les besoins de leurs clients étaient mieux satisfaits dans leur collectivité que dans les collectivités non autochtones voisines. Selon les personnes interrogées dans le cadre de la présente évaluation, les investissements accrus dans la formation, la planification et les travaux en vue de l'agrément ont été utiles.

Compte tenu de la croissance rapide et continue de la population et de la complexité croissante des besoins des clients, le risque que les gains récents soient affectés négativement si l'approche actuelle du financement n'est pas revue est grand.

Plus précisément, l'évaluation formule les observations suivantes.

1. La demande de services devrait augmenter et devenir plus complexe.
2. Les priorités du gouvernement et des collectivités autochtones sont généralement harmonisées en ce qui concerne les soins fournis dans le cadre du PSDMCPNI. Toutefois, les lacunes actuelles en matière de politiques et de lois risquent de créer ou de maintenir des disparités entre les Canadiens autochtones et non autochtones.
3. Les efforts de formation et de renforcement des capacités des collectivités sont soutenus, mais on constate des lacunes, particulièrement chez les fournisseurs de soins personnels. Ces lacunes touchent de façon disproportionnée les collectivités plus petites et plus éloignées.

4. En général, les participants à l'évaluation estimaient que les Premières Nations et les Inuits ont accès à des services qui, dans bien des cas, sont considérés comme supérieurs à ceux des collectivités non autochtones voisines.
5. La mesure dans laquelle les clients reçoivent des services de qualité et voient leurs besoins satisfaits est généralement perçue positivement, mais les ressources limitées et les problèmes de communication ont été cités comme des obstacles à la satisfaction de leurs besoins.
6. Le PSDMCPNI assure la coordination et la collaboration avec d'autres programmes et services à l'échelle locale et régionale. Dans certaines collectivités, le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome ont été intégrés du point de vue de la prestation des services.

Par conséquent, on recommande ce qui suit à SAC :

1. Élaborer une stratégie pour mesurer la demande actuelle et future de services par rapport à la capacité de fournir des services, afin de mieux éclairer les orientations stratégiques sur l'ampleur des besoins ainsi que sur la couverture des différents types de services.
2. Mieux soutenir les collectivités dans la formation des fournisseurs de soins personnels ainsi que régler les problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel qualifié du PSDMCPNI.
3. Collaborer avec les collectivités pour élaborer des stratégies de communication afin d'améliorer la coordination et la communication avec les services de santé provinciaux, territoriaux et régionaux.
4. Lorsque les collectivités le souhaitent, offrir des options de financement plus souples qui couvrent l'éventail des services actuellement offerts dans le cadre du PSDMCPNI et du Programme d'aide à la vie autonome, notamment en travaillant avec les collectivités qui souhaitent passer d'une formule de financement fixe à une formule souple afin de mieux gérer les services à long terme.

Réponse et plan d'action de la direction

Titre du projet : Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits.

Projet n° : 1570-7/16131

1. Réponse de la direction

Cette réponse et ce plan d'action de la direction ont été préparés afin de donner suite aux recommandations découlant de l'Évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI) réalisée par la Direction générale de l'évaluation, de la mesure du rendement et de l'examen.

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) reconnaît les constatations tirées de l'évaluation au sujet de la pertinence et du rendement du programme. Plus précisément :

- La demande de services devrait augmenter et devenir plus complexe.
- Les priorités du gouvernement et des collectivités autochtones sont généralement harmonisées en ce qui concerne les soins fournis dans le cadre du PSDMCPNI. Toutefois, les lacunes actuelles en matière de politiques et de lois risquent de créer ou de maintenir des disparités entre les Canadiens autochtones et non autochtones.
- Les efforts de formation et de renforcement des capacités des collectivités sont soutenus, mais on constate des lacunes, particulièrement chez les fournisseurs de soins personnels. Ces lacunes touchent de façon disproportionnée les collectivités plus petites et plus éloignées.
- En général, les participants aux entrevues et à l'enquête estimaient que les Premières Nations et les Inuits ont accès à un nombre de services qui, dans bien des cas, est considéré comme supérieur à celui des collectivités non autochtones voisines..
- La mesure dans laquelle les clients reçoivent des services de qualité et voient leurs besoins satisfaits est généralement perçue positivement, mais les ressources limitées et les problèmes de communication ont été cités comme des obstacles à la satisfaction de leurs besoins.
- Le programme assure la coordination et la collaboration avec d'autres programmes et services à l'échelle locale et régionale. Dans certaines collectivités, le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome ont été intégrés du point de vue de la prestation des services.

L'évaluation formule quatre recommandations visant à améliorer la conception et la mise en œuvre du programme. Le programme les accepte toutes et le plan d'action ci-joint mentionne des activités particulières pour les faire suivre d'effet.

Le Ministère mettra en œuvre une réponse par étapes sur trois ans et co-développera et mettra en œuvre des améliorations politiques et opérationnelles au PSDMCPNI. Le Comité ministériel d'évaluation fera un examen annuel de cette réponse et de ce plan d'action de la direction pour en suivre les progrès et les activités.

L'approche graduelle tient compte de la complexité du programme et donne le temps de faire participer les partenaires inuits et des Premières Nations et autres à un véritable processus

d'élaboration conjointe. Cette approche aidera également à faire en sorte que toute mesure prise complète les initiatives plus générales du gouvernement du Canada (p. ex. Nouvelle relation financière, allégement du fardeau en matière de rapports), la réflexion initiale avec le Programme d'aide à la vie autonome sur l'élaboration d'une stratégie de soins continus, la réponse du gouvernement du Canada au rapport du Comité permanent des affaires autochtones et du Nord intitulé « Les défis de la prestation de soins continus dans les communautés des Premières Nations » ou les changements à des initiatives et programmes complémentaires (p. ex. le principe de Jordan, le Programme d'aide à la vie autonome, Services à l'enfant et à la famille, et les programmes d'infrastructure et de logement).

2. Plan d'action

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates prévues de début et de fin
1. Élaborer une stratégie pour mesurer la demande actuelle et future de services par rapport à la capacité de fournir des services, afin de mieux éclairer les orientations stratégiques sur l'ampleur des besoins ainsi que sur la couverture des différents types de services.	Nous sommes d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI	<i>Date de début : Avril 2019</i>
	Nous sommes d'accord avec la recommandation. Le PSDMCPNI a permis d'investir massivement dans le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, y compris le financement supplémentaire visant à élargir les heures de services et accroître les services de soins palliatifs.	Directeur exécutif, Soins primaires et chef des soins infirmiers, cadres supérieurs régionaux	<i>Achèvement : Avril 2021</i>
	De plus, nous comptons élaborer conjointement et mettre en œuvre sur trois ans une stratégie de mesure qui fournira des données sur la demande actuelle de services et permettra une analyse des tendances qui pourrait être utilisée avec d'autres sources de données à l'appui de prévisions de la demande future. Nous comptons définir un processus de mobilisation régionale en 2019-2020 et nous réviserons par la suite notre stratégie, s'il y a lieu, pour tenir compte des prochaines mesures appropriées d'après notre travail avec les Premières Nations, les Inuits et d'autres partenaires. 1. D'ici la fin du deuxième trimestre de l'exercice 2019-2020, le personnel du PSDMCPNI collaborera avec celui du Programme d'aide à la vie		

	<p>autonome, les régions et les partenaires pour définir une approche de la mobilisation relativement à l'élaboration de stratégies de données et de production de rapports qui permettraient de mieux comprendre les besoins des collectivités en ce qui concerne les services à domicile et en milieu communautaire.</p> <p>2. D'ici mars 2020, la mobilisation sera terminée et un rapport présentera une stratégie des données qui pourrait comprendre l'utilisation de sources de données extérieures au programme, ainsi que des modifications à la collecte des données de programme.</p> <p>3. D'ici avril 2021, la mise en œuvre de la stratégie de données révisée sera terminée.</p>		
<p>2. Mieux soutenir les collectivités dans la formation des fournisseurs de soins personnels ainsi que régler les problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel qualifié du PSDMCPNI.</p>	<p>Nous sommes d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)</p>	<p>Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI</p>	<p><i>Date de début</i> Avril 2019</p>
	<p>Nous sommes d'accord pour confirmer le besoin d'appuyer les collectivités dans la formation de fournisseurs de soins personnels employés par les collectivités et aider celles-ci à régler leurs problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel. Nous comptons continuer sur la lancée des possibilités de financement offertes grâce à l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone tout en reconnaissant les limites de ce financement.</p> <p>Le Ministère reconnaît également que les problèmes liés au recrutement et au maintien en poste de travailleurs de la santé sont répandus au Canada aussi bien dans les collectivités autochtones que non autochtones et qu'il s'agit donc de problèmes courants.</p> <p>1. D'ici la fin du deuxième trimestre de l'exercice 2019-2020, le personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux du PSDMCPNI</p>	<p>Directeur exécutif, Soins primaires et chef des soins infirmiers, cadres supérieurs régionaux</p>	<p><i>Achèvement :</i> Mars 2020</p>

	<p>définira une approche et des besoins financiers pour appuyer les collectivités en matière de formation de préposés aux soins personnels employés par ces collectivités.</p> <p>2. D'ici la fin du deuxième trimestre de l'exercice 2019-2020 et en collaboration avec l'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations, le personnel de l'administration centrale et des bureaux régionaux du PSDMCPNI étudieront les lacunes dans la formation et proposeront des moyens de les combler.</p> <p>3. D'ici la fin de l'exercice 2019-2020, le personnel des bureaux régionaux du PSDMCPNI collaborera, lorsque les collectivités le souhaitent, avec celles-ci aux moyens de tables régionales ou d'autres forums pour les appuyer dans leur élaboration de plans de dotation et de stratégies de recrutement et de maintien en fonction pour le PSDMCPNI.</p>		
3. Collaborer avec les collectivités pour élaborer des stratégies de communication afin d'améliorer la coordination et la communication avec les services de santé provinciaux, territoriaux et régionaux.	Nous sommes d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)	Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI	<i>Date de début : Avril 2019</i>
	<p>Nous sommes d'accord que le personnel du programme devrait collaborer avec les collectivités en vue d'améliorer la coordination et la communication avec les services de santé provinciaux, territoriaux et régionaux. Le Ministère reconnaît que l'apport d'améliorations à la coordination et à la communication des services exige un dialogue continu et il s'est engagé à appuyer les collectivités au moment où elles établissent des relations avec les régies régionales de la santé et avec les services de santé provinciaux ou territoriaux.</p> <p>1. Durant l'exercice 2019-2020, le personnel des bureaux régionaux du PSDMCPNI collaborera au moyen de tables de partenariat régional ou d'autres forums pour définir les besoins des collectivités et les</p>	Directeur exécutif, Soins primaires et chef des soins infirmiers, cadres supérieurs régionaux	<i>Achèvement : Mars 2021</i>

	<p>obstacles à l'amélioration de la coordination et de la communication avec les services de santé provinciaux, territoriaux et régionaux.</p> <p>2. Également durant l'exercice 2019-2020, le personnel régional du PSDMCPNI appuiera les collectivités dans leur mobilisation auprès des autorités de santé provinciales, territoriales et régionales pour améliorer la coordination et la communication des services.</p> <p>3. Durant l'exercice 2019-2020, le personnel du PSDMCPNI collaborera avec les partenaires intéressés et les autorités de santé provinciales, territoriales en vue de créer un mécanisme pour échanger sur les pratiques exemplaires et les approches pour apporter des améliorations à la coordination des services et des soins.</p> <p>4. Durant l'exercice 2020-2021, un mécanisme pour échanger au sujet des pratiques exemplaires et des approches en matière de coordination des services et des soins sera mis en application.</p>		
<p>4. Lorsque les collectivités le souhaitent, offrir des options de financement plus souples qui couvrent l'éventail des services actuellement offerts dans le cadre du PSDMCPNI et du Programme d'aide à la vie autonome, notamment en travaillant avec les collectivités qui souhaitent passer d'une formule de financement fixe à une formule souple afin de mieux gérer les services à long terme.</p>	<p>Nous sommes d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes partiellement)</p>	<p>Sous-ministre adjoint principal, DGSPNI</p>	<p><i>Date de début : Avril 2019</i></p>
	<p>Nous sommes d'accord que, lorsqu'elles le souhaitent et que les évaluations générales des collectivités le permettent, on devrait faciliter le passage d'ententes de financement fixes à des ententes de financement souples et des accords de financement globaux. Nous sommes également d'accord qu'une plus grande souplesse est possible en harmonisant davantage le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome afin de fournir une gamme plus complète de services.</p> <p>1. À compter de l'exercice 2019-2020, le personnel des bureaux régionaux du PSDMCPNI et les agents de financement collaboreront avec</p>	<p>Directeur exécutif, Soins primaires et chef des soins infirmiers, cadres supérieurs régionaux</p>	<p><i>Achèvement : Mars 2020</i></p>

	<p>les collectivités qui ont conclu des accords de financement fixe afin de les faire passer à des accords de financement souples.</p> <p>2. Durant l'exercice 2019-2020, le personnel du PSDMCPNI collaborera avec celui du Programme d'aide à la vie autonome et les partenaires afin d'examiner les autorisations de programme, l'objectif étant de réduire les chevauchements et de repérer les lacunes qui pourraient être comblées par une définition plus claire ou plus détaillée des autorisations de chaque programme.</p> <p>3. Durant l'exercice 2019-2020, le personnel du PSDMCPNI collaborera avec celui du Programme d'aide à la vie autonome, les partenaires et les collectivités afin de définir et mettre en œuvre des options d'ententes de financement conjoint.</p> <p>4. Durant l'exercice 2019-2020, le personnel du PSDMCPNI collaborera avec celui du Programme d'aide à la vie autonome afin de définir des options pour un nouveau pouvoir de politique qui financerait un continuum de soutiens et de services sociaux et de santé dans les collectivités. Ces options seraient ensuite présentées au Comité de la haute direction du Ministère d'ici au quatrième trimestre de l'exercice 2019-2020.</p>		
--	---	--	--

1. Introduction

Après la création des nouveaux ministères des Services aux Autochtones Canada (SAC) et des Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) en novembre 2017, les programmes qui font partie de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits sont passés de Santé Canada à SAC. À ce moment-là, une évaluation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières Nations et des Inuits (PSDMCPNI) était en cours, et la gouvernance de l'évaluation a été confiée au Secteur de la vérification et de l'évaluation de SAC, avec la participation continue de l'équipe d'évaluation à Santé Canada.

L'évaluation portait sur la période allant de 2012 à 2017. La recherche comprenait un examen des données administratives et des documents, 55 entrevues et une enquête en ligne auprès de 131 directeurs de la santé ainsi que coordonnateurs et infirmières des soins à domicile et en milieu communautaire. Les questions de l'évaluation, ainsi que les notes méthodologiques et les limites, sont décrites à l'appendice A. L'évaluation a été menée en même temps qu'une évaluation du Programme d'aide à la vie autonome de SAC¹. Des notes sur le croisement entre ces programmes sont consignées tout au long du présent rapport, et certaines recommandations touchent les deux.

La portée de l'évaluation s'étendait à toutes les activités du programme financées dans le cadre du PSDMCPNI à l'échelon national et régional. Il couvrait tous les contextes de prestation, y compris pour les Premières Nations, où les fonds du programme sont fournis par l'entremise d'accords de contribution, et pour les collectivités inuites, où le programme est géré par les gouvernements territoriaux. Les activités qui sont exclues de la portée sont celles qui ont lieu en Colombie-Britannique, où toutes les responsabilités liées aux programmes de santé fédéraux ont été transférées à la First Nations Health Authority en vertu de *l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations*.

2. Contexte

Description du programme

Le PSDMCPNI administre des accords de contribution en collaboration avec des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des gouvernements territoriaux pour financer l'administration des soins à domicile par des infirmières autorisées et des fournisseurs de soins personnels formés et agréés dans 455 collectivités des Premières Nations et des Inuits. Il est conçu pour permettre aux personnes âgées ainsi qu'aux membres de ces collectivités ayant une incapacité, une maladie chronique ou une maladie aiguë de recevoir les soins dont ils ont besoin à domicile et dans leurs collectivités. Les soins sont principalement offerts par des infirmières autorisées dans les soins à domicile et par des fournisseurs de soins personnels formés et agréés.

¹ Le Programme d'aide à la vie autonome offre un financement pour des services de soutien social non médicaux aux aînés, aux adultes atteints de maladie chronique ainsi qu'aux enfants et aux adultes handicapés (mentaux et physiques) dans les réserves afin de les aider à conserver leur autonomie. Il comprend les soins à domicile, le placement familial pour adultes et les soins en établissement (pour les personnes ayant besoin de soins non médicaux 24 heures sur 24).

Le PSDMCPNI favorise la prestation d'un continuum de services de soins à domicile de base. Cet ensemble de services est fondé sur une approche de gestion de cas qui comprend l'évaluation et la réévaluation du client, ce qui peut faire intervenir le client, les aidants naturels ou les fournisseurs de services, et aider à déterminer les besoins du client et les services requis. Les soins infirmiers à domicile comprennent la prestation directe de services, les services de soins personnels et le soutien aux aidants naturels. Les services de soins à domicile de base comprennent également le soutien à domicile (p. ex. bain et toilette, aide à la gestion du domicile, etc.), ainsi que le répit à domicile au profit des clients, des familles et des aidants naturels. Le programme comprend également l'accès à l'équipement et aux fournitures médicales, la gestion et la supervision, la collecte de données et la tenue de dossiers, ainsi que l'établissement de liens et l'orientation, au besoin, vers d'autres services sociaux et de santé. Selon les besoins, les priorités, les infrastructures et les ressources de la collectivité, le programme peut aussi comprendre des services de soutien : la réadaptation et d'autres traitements; des programmes de jour pour adultes; des programmes de repas; des soins de santé mentale à domicile; des soins palliatifs à domicile; des services spécialisés en matière de promotion de la santé, de bien-être et de mise en forme.

Le programme est orienté par des principes de prestation qui mettent l'accent sur le respect des approches traditionnelles et contemporaines en matière de guérison et de mieux-être; le respect des priorités communautaires; la mise à la disposition des personnes ayant des besoins évalués; la prestation de soins intégrés de qualité fondés sur des données probantes; le soutien aux personnes, aux familles et aux collectivités; et la recherche de financement durable pour assurer la continuité des soins.

Objectifs et résultats

Les objectifs spécifiques du PSDMCPNI sont les suivants :

- renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à élaborer et à fournir, à un rythme qu'ils jugent acceptable, des soins à domicile complets, adaptés à leur réalité culturelle, accessibles et efficaces;
- aider les membres des Premières Nations et les Inuits atteints de maladies chroniques ou graves à maintenir une santé, une autonomie et un bien-être optimaux dans leur foyer et leur collectivité;
- favoriser une utilisation efficace des ressources en soins à domicile grâce à une démarche d'évaluation structurée, fondée sur la culture autochtone et respectueuse de celle-ci en vue de déterminer les besoins des clients et d'établir un plan de soins;
- veiller à ce que tous les clients qui ont besoin de soins à domicile 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, dans la mesure du possible, et à utiliser les services de soutien communautaire dans la mesure où ils existent et répondent à leurs besoins; et
- renforcer la capacité des Premières Nations et des Inuits à fournir 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.

Les résultats escomptés du PSDMCPNI sont les suivants :

- meilleur accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire;
- efficacité accrue des services;
- réponses uniformes, coordonnées et améliorées aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire; et
- utilisation accrue de l'amélioration de la qualité, notamment des processus associés à la sécurité du patient, pour répondre aux besoins à domicile et en milieu communautaire.

Financement du programme

Les dépenses totales du PSDMCPNI au cours de la période d'évaluation se sont élevées à environ 541 M\$. Les dépenses du programme ont augmenté de 15 % depuis 2012-2013, passant de 101,8 M\$ à 116,7 M\$ en 2016-2017. En 2016-2017, la prestation des services représentait 90 % des dépenses annuelles du programme, suivie de l'élaboration et de la surveillance des politiques qui représentaient sept pour cent des dépenses et du perfectionnement professionnel qui représentait trois pour cent des dépenses annuelles. La plupart des dépenses sont classées comme des contributions, représentant 93 % des dépenses en 2016-2017.

Tableau 1 : Dépenses du PSDMC par activité (M\$)

Secteur d'activité	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016	2016-2017	Total
Élaboration de politiques et supervision du programme	4,3	4,1	6,1	6,0	8,6	29,1
Prestation de services	95,5	96,4	99,1	101,6	104,5	497,1
Perfectionnement professionnel	1,9	1,7	2,7	3,3	3,3	12,9
Planification	0,2	0,4	0,5	0,2	0,3	1,6
TOTAL	101,9	102,6	108,4	111,1	116,7	540,7

Source : Bureau du dirigeant principal des finances, Santé Canada

3. Principales constatations

3.1 Besoin continu

1^{re} constatation. La demande de services devrait augmenter et devenir plus complexe.

Au sein de la population canadienne en général, les besoins en soins personnels sont de plus en plus complexes, notamment en raison du fait que les patients sortent plus rapidement des hôpitaux, puisque les établissements de soins de longue durée se concentrent principalement sur les clients ayant des besoins de soins très élevés, la comorbidité² des maladies chroniques, et vu le désir accru de recevoir des soins à domicile ou dans la collectivité. Les participants à l'enquête dans le cadre de la présente évaluation ont corroboré cette réalité, précisant que la demande à l'égard de tous les services du PSDMCPNI a considérablement augmenté. Cela détonne par rapport aux données de la DGSPNI qui signalent une *diminution* du nombre réel d'heures financées et de clients. Toutefois, la demande n'est pas mesurée par ces données, seulement par la prestation de services approuvés. Les données ne permettent donc pas d'analyser le niveau de service donné par rapport à la demande.

On perçoit une demande croissante dans l'ensemble du Canada, mais il faut s'attendre à ce qu'elle touche de façon disproportionnée les Premières Nations et les Inuits. Par exemple, comparativement à la population non autochtone, la prévalence du diabète (20,7 % comparativement à 6,2 %), de la tuberculose (25 fois plus élevée chez les Premières Nations, 154 fois plus élevée chez les Inuits) et d'autres maladies chroniques et maladies transmissibles est beaucoup plus élevée chez les Premières Nations et les Inuits³.

La plupart des participants à l'enquête citée dans la Section 1 ont mentionné que la demande à l'égard des services liés à différents types d'activités a augmenté, malgré la diminution du nombre total d'heures de service par client (voir la section 3.4 pour plus de détails), notamment :

- Gestion et coordination des soins
- Services de soins infirmiers à domicile
- Services de soutien des soins de santé à domicile ou soins personnels à domicile
- Liens avec d'autres services sociaux et professionnels
- Accès à de l'équipement spécialisé, à des fournitures et à des produits pharmaceutiques
- Services à domicile comme l'aide ménagère, l'entretien ménager, la préparation des repas ou le soutien d'un compagnon ou d'un préposé
- Évaluation des clients
- Tenue de dossiers et collecte de données
- Services de relève à domicile
- Besoin d'admission dans un établissement de soins de longue durée
- Services en soins palliatifs

² La comorbidité désigne la présence d'une ou de plusieurs autres maladies ou troubles concomitants à une maladie ou à un trouble primaire.

³ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2012). Le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Phase 2 (2008-2010) de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, Rapport national sur les adultes, les jeunes et les enfants vivant dans des collectivités des Premières Nations.

En particulier, les fournisseurs de services qui fournissent ou supervisent à la fois les services du PSDMCPNI et ceux du Programme d'aide à la vie autonome étaient plus susceptibles de déclarer que les demandes de gestion et de coordination des soins ont augmenté (96 %), comparativement à ceux qui fournissent ou supervisent les services du PSDMCPNI seulement (75 %).

D'autres contraintes qui ont une incidence sur les collectivités des Premières Nations et des Inuits sont la disponibilité limitée des installations locales, les considérations culturelles liées à la prestation de soins et l'augmentation du nombre de jeunes ayant besoin de soins découlant du principe de Jordan (en particulier, les responsabilités et les exigences plus claires de répondre et d'intervenir en temps opportun dans ces cas s'ajoutent à un système déjà surchargé)⁴. L'augmentation de la demande est plus prononcée là où les collectivités sont plus isolées sur le plan géographique.

Le taux d'utilisation global au sein de la population est de sept pour cent chez tous les Canadiens de plus de 15 ans, et il est semblable dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits. De plus, le fait que les aînés sont les plus grands utilisateurs des services, et que leur population est croissante, créera des pressions croissantes. Toutefois, le segment de la population des Premières Nations âgée de 45 ans et plus devrait plus que doubler d'ici 2026, passant d'environ 63 000 en 2001 (21 % de la population) à 159 000 en 2026 (31 % de la population). L'estimation de croissance des cohortes les plus âgées chez les Inuits se chiffre à un taux de croissance prévu de 4,9 %, passant de 17 à 22 % au cours de la même période⁵. Cette tendance est semblable dans l'ensemble de la population canadienne, avec des estimations selon lesquelles les aînés représenteront entre 23 et 25 % de la population d'ici 2036, comparativement à 14 % en 2009⁶.

Par conséquent, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée continueront d'être confrontés à des pressions croissantes pour servir les clients et les patients dont les besoins sont plus grands, ce qui pourrait, par inadvertance, réduire la priorité accordée aux personnes dont les besoins sont moins urgents, tout en réduisant la durée des hospitalisations et en faisant passer la pression aux soins à domicile. Bien que ce changement soit souvent approprié et même souhaité de la part des clients et des patients, il est important que les administrateurs soient en mesure de répondre aux demandes croissantes à l'avenir. Il est donc essentiel de mesurer la demande actuelle et future à laquelle les administrateurs seront confrontés pour répondre aux besoins, car les données actuelles ne saisissent pas ce qui est nécessaire, mais seulement ce qui est fourni.

⁴ Le principe de Jordan fait référence à l'engagement des gouvernements canadien, provinciaux et territoriaux de veiller à ce que tous les enfants des Premières Nations aient accès aux produits, aux services et au soutien dont ils ont besoin, quand ils en ont besoin. À la suite de la décision rendue par le Tribunal canadien des droits de la personne en 2016, un fonds de 382,5 M\$ sur quatre ans a été établi pour l'achat immédiat de produits, de services et de soutien dans les domaines de la santé, des services sociaux et de l'éducation.

⁵ Johnston Research Inc. (2011). Examen de la documentation sur la Stratégie des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits sur 10 ans.

⁶ Statistique Canada, 2015 - Tableaux 91-520-X

Le besoin croissant de servir les clients à domicile s'accompagne d'un besoin croissant de s'assurer que les collectivités sont en mesure d'offrir des services et de répondre aux besoins des clients d'une manière cohérente sur le plan culturel. Les constatations tirées de l'examen documentaire indiquent que les collectivités des Premières Nations et des Inuits doivent toujours être en mesure de définir et de recevoir des services de santé. Cela va au-delà du besoin de sensibilité culturelle et de compétence culturelle (qui sont également d'une importance capitale). Il s'agit plutôt d'aborder directement les relations de pouvoir entre les utilisateurs de services et les fournisseurs de services (en répondant à certains appels à l'action du rapport de la Commission de vérité et réconciliation)⁷. Plus précisément, cela souligne la nécessité d'accroître le financement des centres de santé autochtones, de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, d'augmenter le nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé et d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

3.2 Harmonisation des priorités du gouvernement et des collectivités autochtones

2^e constatation. Les priorités du gouvernement et des collectivités autochtones sont généralement harmonisées en ce qui concerne les soins fournis dans le cadre du PSDMCPNI. Toutefois, les lacunes actuelles en matière de politiques et de lois risquent de créer ou de maintenir des disparités entre les Canadiens autochtones et non autochtones.

Les administrateurs de services des Premières Nations et des Inuits qui ont participé à l'évaluation estiment que le PSDMCPNI correspond à leurs priorités et qu'il est adéquat sur le plan culturel (p. ex. le contrôle autochtone à l'égard du fonctionnement des services aux clients). Les représentants des organisations autochtones à l'échelle nationale et régionale qui ont participé aux entrevues avec les principaux informateurs ont noté que les collectivités présentaient des niveaux relativement élevés d'« appartenance » apparente au programme. Ce sentiment d'appartenance a contribué à donner l'impression que le PSDMCPNI est offert d'une manière uniforme sur le plan culturel, puisque les collectivités sont responsables de l'embauche et de la formation du personnel et de la sensibilisation aux pratiques culturelles.

La grande majorité des participants à l'enquête (90 %) ont indiqué que les services étaient offerts d'une manière très ou plutôt adaptée et appropriée à la culture. Il est à noter, cependant, que plus de participants non autochtones (57 %) que de participants autochtones (46 %) étaient d'accord pour dire que les services étaient *très* adaptés et appropriés à la culture.

⁷ http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/2015/Findings/Calls_to_Action_French.pdf

Le gouvernement du Canada a accepté de mettre en œuvre les recommandations du rapport de la Commission de vérité et réconciliation, y compris l'*Appel à l'action* [19], énoncées ci-dessous :



« Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones... »

Cependant, la plupart des services de soins de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits sont fournis et financés par le système provincial et territorial et sont fournis dans des hôpitaux et des cliniques à l'extérieur des réserves. Les services de santé financés par le gouvernement fédéral sont fournis principalement dans les réserves, et se situent dans les domaines de la promotion de la santé et des services d'éducation à la santé, avec certains services de santé publique et d'hygiène du milieu. Le gouvernement fédéral finance également les soins de santé primaires dans les collectivités des Premières Nations éloignées et isolées, les soins à domicile et en milieu communautaire et les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies destinés aux Premières Nations et aux Inuits dans les territoires.

Aucune autorisation législative particulière n'accorde au gouvernement du Canada le pouvoir de fournir des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. La *Loi constitutionnelle de 1867* n'inclut pas explicitement la « santé » dans les pouvoirs législatifs attribués soit au Parlement (à l'article 91) soit aux assemblées législatives provinciales (à l'article 92). Quoiqu'il en soit, les tribunaux ont confirmé que la réglementation des soins de santé relève en majeure partie des provinces. À titre d'exemple, les provinces exercent des pouvoirs étendus sur la santé publique d'ordre local et privé, conformément au paragraphe 92(16) de la *Loi constitutionnelle de 1867*; sur la réglementation des professions médicales, qui relèvent du droit en matière de propriété et de droits civils, en vertu du paragraphe 92(13); sur les hôpitaux, en application du paragraphe 92(7).

Les programmes et services de soins de santé particuliers que fournit ou finance la DGSNPI sont approuvés sur une base annuelle au moyen des lois de crédits, par lesquelles le Parlement signifie au ministre qu'il approuve les budgets et objectifs de la DGSPNI. Le Conseil du Trésor autorise certaines activités de programme. Cependant, faute d'une autorisation législative clairement établie qui décrit et définit le mandat des programmes et des services, la DGSPNI propose ou finance des programmes et services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits en se fondant sur les énoncés de mission et de mandat de Santé Canada, ainsi que sur des politiques, de manière à respecter la Politique sur la santé des Indiens de 1979; par conséquent, ces programmes et services sont à la discrétion du gouvernement.

Le transfert de ces programmes de santé de Santé Canada à SAC complique encore davantage la clarté des responsabilités juridictionnelles, qui a fait l'objet de certains rapports du Bureau du vérificateur général. En raison du manque de coordination continue entre les administrations fédérale et provinciales, il existe un flou quant aux services à offrir, aux niveaux de service à respecter et aux mesures législatives applicables. Tous les ordres de gouvernement ont reconnu que les lacunes créées par les conflits de compétence contribuent aux disparités en santé entre les peuples autochtones du Canada.

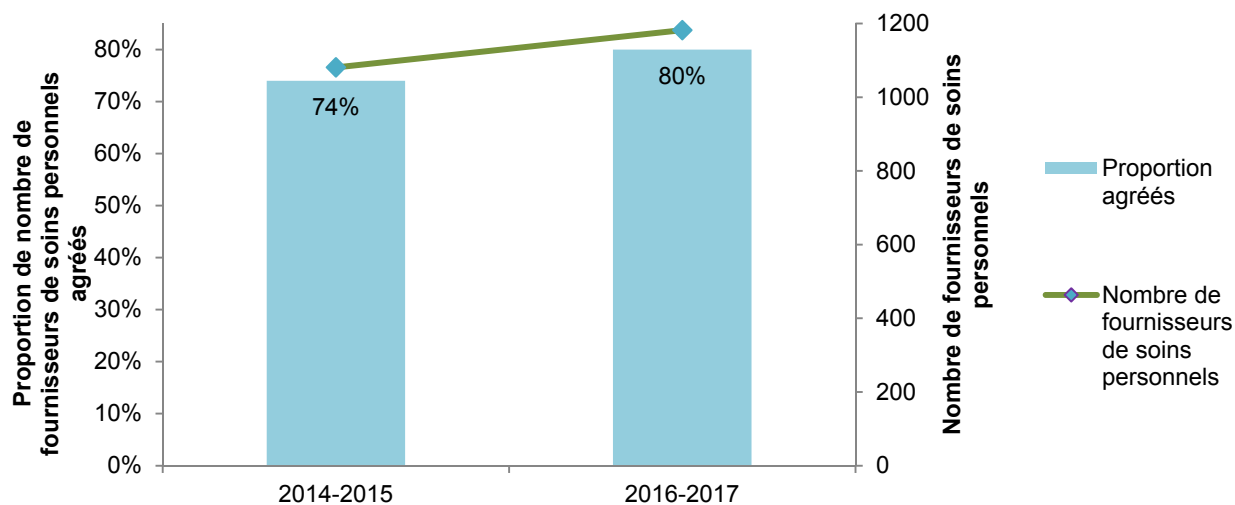
La création d'établissements de soins de longue durée dans les collectivités a été mentionnée comme une priorité capitale par tous les participants, mais à l'heure actuelle, les ressources nécessaires pour réaliser cette priorité sont supérieures au financement disponible.

3.3 Formation et renforcement des capacités

3^e constatation. Les efforts de formation et de renforcement des capacités des collectivités sont soutenus, mais on constate des lacunes, particulièrement chez les fournisseurs de soins personnels. Ces lacunes touchent de façon disproportionnée les collectivités plus petites et plus éloignées.

Le ratio des infirmières du PSDMCPNI par rapport à la population est demeuré relativement constant au cours des dernières années, à environ 1,2 à 1,3 équivalent temps plein pour 1 000 personnes. Tous les services infirmiers sont fournis par du personnel réglementé et autorisé. En 2016-2017, environ quatre fournisseurs de soins personnels sur cinq étaient agréés. Le nombre de fournisseurs de soins personnels, ainsi que la proportion de ceux qui sont agréés, continue d'augmenter, comme le montre la figure 1.

Figure 1 : Augmentation du nombre total de fournisseurs de soins personnels et de la proportion de ceux qui sont agréés



Des enveloppes de financement réservées à la formation sont fournies et classées par ordre de priorité (p. ex. formation continue) à l'échelle régionale par les directeurs de la santé, les infirmières gestionnaires et les coordonnateurs du PSDMCPNI. Une grande partie de la formation est axée sur les infirmières, mais beaucoup moins sur les fournisseurs de soins personnels, qui ne disposent pas d'un financement spécifique pour la formation.

Selon le Plan ministériel 2018-2019 de SAC, le Ministère avait l'intention de renforcer le soutien apporté aux praticiens de la santé travaillant dans des milieux isolés et d'améliorer la qualité des soins dans ces milieux. Par ailleurs, le Ministère poursuit ses efforts en matière de formation obligatoire, de perfectionnement professionnel, de recrutement et de maintien en poste, de sécurité culturelle et d'agrément.

Voici quelques-unes des activités particulières destinées aux petites collectivités et aux collectivités éloignées qui ont fait l'objet de la présente évaluation.

- Accroître l'accès aux infirmières praticiennes et aux modèles d'équipes interdisciplinaires;
- Améliorer l'accès aux services pharmaceutiques;
- Élargir l'accès au soutien des médecins sur appel et aux premiers intervenants dans les collectivités;
- Renforcer les capacités régionales en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel infirmier; et
- Accroître la capacité de la collectivité d'offrir des services de soins palliatifs adaptés à la culture dans le milieu familial.

Ces priorités découlent des investissements accrus de 184,6 M\$ millions de dollars sur cinq ans prévus dans le budget de 2017.

Au cours de la période couverte par l'évaluation, la formation a porté en priorité sur la sécurité et la sensibilité culturelles, y compris sur des sujets comme les traumatismes intergénérationnels, la santé mentale et les concepts de santé dans une perspective autochtone.

3.4 Suffisance de la quantité de services fournis

4^e constatation. En général, les participants aux entrevues et à l'enquête estimaient que les Premières Nations et les Inuits ont accès à un nombre d'heures de service qui, dans bien des cas, est considéré comme supérieur à celui des collectivités non autochtones voisines, mais des écarts importants demeurent.

Comme le montre le tableau 1, le financement dans son ensemble a augmenté légèrement; plus précisément, la proportion consacrée à l'élaboration et à la surveillance des politiques, et le perfectionnement professionnel a presque doublé (voir la figure 2).

Lorsqu'on examine la proportion des dépenses consacrées aux subventions et aux contributions, que ce soit pour la prestation directe de services ou pour le développement, la surveillance et la planification, le montant total est passé de 95,5 M\$ à 108,1 M\$ entre 2012-2013 et 2017-2018. La proportion des dépenses consacrées à l'interne aux salaires, au fonctionnement et à l'entretien est passée d'environ 4,8 M\$ à 8,6 M\$ au cours de cette période.

Les dépenses internes en proportion du total ont augmenté très légèrement, passant de cinq pour cent à sept pour cent (figure 3). Notamment, cette tendance n'est pas observée par contre dans les données régionales (voir l'appendice B) où la partie des dépenses internes des fonds régionaux avoisine constamment les trois pour cent. Cette augmentation dans les dépenses internes est grandement attribuable à l'administration centrale.

Au cours des trois dernières années, le financement accordé au PSDMCPNI et le nombre d'employés chargés de la prestation des services du programme ont augmenté, tandis que le nombre d'heures de service a diminué. Le nombre total de clients servis par année a demeuré semblable entre 2012 et 2017. Cela peut s'expliquer par le fait que le personnel du PSDMCPNI est de plus en plus sollicité pour assumer des rôles de coordination et de gestion des soins, ce qui laisse moins de temps pour les services directs. Une réduction du nombre d'heures pourrait également être due en partie à de nouvelles techniques et thérapies ou à la réalisation de gains d'efficacité. Une augmentation du coût des services peut également entraîner des réductions de services lorsque les budgets deviennent prohibitifs. La figure 4 montre l'évolution en pourcentage de ces chiffres entre 2012 et 2017.

Figure 2 : Les dépenses totales ont légèrement augmenté de 2012-2013 à 2016-2017, surtout pour le développement, la surveillance et la planification

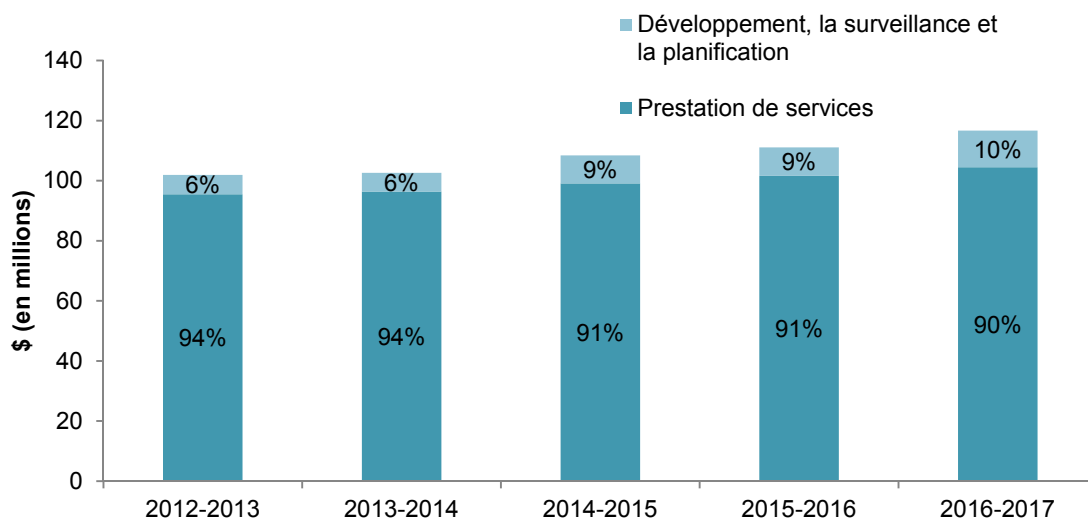
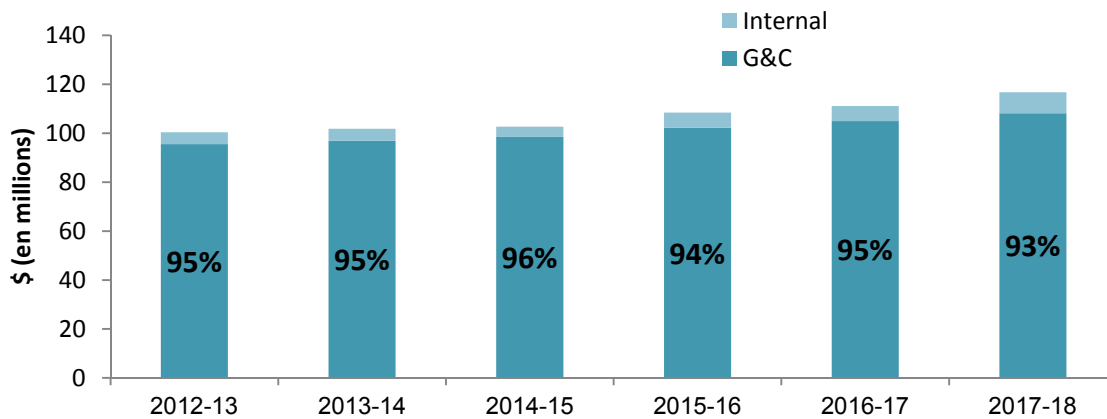


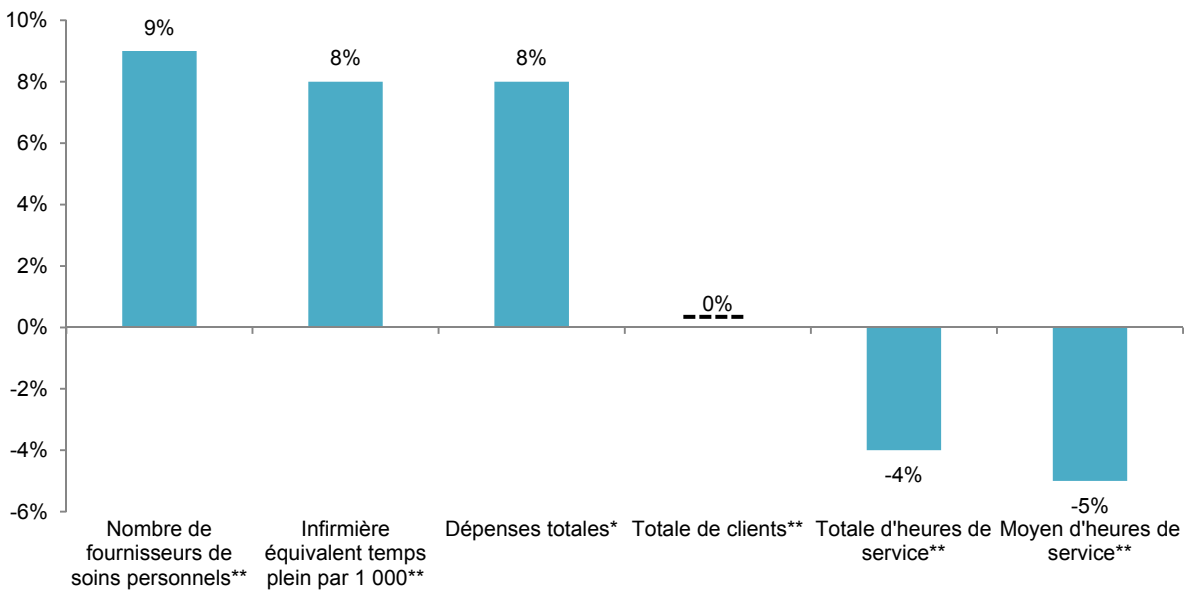
Figure 3 : Les dépenses internes en proportion des dépenses totales ont augmenté légèrement au fil du temps



Internal : Interne

G&C : subventions et contributions

Figure 4 : Les fournisseurs de soins, les infirmières et les dépenses totales ont augmenté avec une diminution simultanée du nombre total et moyen d'heures de service entre 2012 et 2017



Source : Données administratives fournies par la DGSPNI

* Comprend toutes les dépenses

**Exclut la région du Nord

En ce qui concerne l'accès général, la grande majorité des directeurs de la santé et des employés du PSDMCPNI interrogés et sondés estiment que la quantité de services de soins infirmiers à domicile, de soutien en soins de santé à domicile ou de soins personnels à domicile, et particulièrement de services à domicile comme l'aide ménagère, l'entretien ménager, la préparation des repas ou le soutien d'un compagnon ou d'un préposé, était égale ou supérieure à celle des collectivités non autochtones voisines.

Il convient toutefois de noter que la plupart des participants à cette enquête étaient ceux qui étaient chargés d'administrer la prestation de ces services, et qu'il n'existe pas de données adéquates pour appuyer ou réfuter cette opinion. Essentiellement, une mesure de la comparabilité entre les provinces ou d'autres collectivités ne dit rien du caractère adéquat en soi, parce que les collectivités voisines n'offrent peut-être pas un accès adéquat. Si l'objectif est un accès « adéquat », il serait nécessaire de mieux évaluer le niveau de besoin par rapport à ce qui est offert, peu importe comment cela se compare aux collectivités non autochtones.

Les principales questions soulevées par les personnes interrogées au sujet de l'accès aux services ont été abordées.

- Variabilité d'une province à l'autre, où les questions multijuridictionnelles peuvent compliquer l'accès aux divers services et soutiens ainsi que rendre difficile leur accès difficile pour les clients;
- Dans certaines régions, le manque de communication avec la province entraîne des difficultés en ce qui concerne les plans de congé d'un établissement de soins provincial;
- L'accès au programme est généralement disponible, mais les ressources disponibles et les services et soutiens fournis ne répondent pas nécessairement aux besoins des clients;
- Manque de soutien et de services 24 heures sur 24, 7 jours sur 7;
- Manque d'accès à des spécialistes, en particulier dans les collectivités plus petites et plus éloignées, pour la réadaptation, l'ergothérapie, etc.; et
- Absence d'économies d'échelle⁸ dans les petites collectivités où les coûts sont plus élevés.

Les personnes interrogées ont indiqué que lorsqu'il y a un manque de financement, il en résulte diverses lacunes, comme la couverture pour les enfants (toutefois, cette question a été abordée en grande partie récemment par des programmes affiliés au principe de Jordan), la santé mentale, la dépendance aux opiacés, les médicaments, les soins des blessures, les soins des pieds et des diabétiques, et peuvent entraîner la fatigue chez les aidants. Les collectivités plus petites et éloignées peuvent éprouver d'autres difficultés à accéder à la formation; par exemple, des problèmes de connectivité limitant la formation en ligne, des difficultés à faire venir des formateurs dans les collectivités et des difficultés à pourvoir un poste si un employé quitte la collectivité pour suivre la formation.

⁸ Dans ce contexte, l'économie d'échelle fait référence aux économies de coûts réalisées avec une population plus importante et des systèmes administratifs mieux établis.

3.5 Répondre aux besoins et assurer la qualité des services

5^e constatation. La mesure dans laquelle les clients reçoivent des services de qualité et voient leurs besoins satisfaits est généralement perçue positivement, mais les ressources limitées et les problèmes de communication ont été cités comme des obstacles à la satisfaction de leurs besoins.

Dans l'ensemble, les participants à l'enquête ont fait état d'une meilleure qualité des services et de temps d'attente plus courts que ceux des programmes semblables offerts dans les collectivités non autochtones. La qualité des services était principalement attribuable à la qualité et au dévouement du personnel chargé de la prestation des services, et on estimait que la qualité était davantage soutenue lorsque les services étaient agréés⁹. Les données administratives tirées du modèle de rapport communautaire indiquent qu'environ 25 % des collectivités en 2015-2016 avaient un programme des Soins à domicile et en milieu communautaire agréé.

Les représentants d'organisations autochtones ont fait remarquer que les collectivités plus petites et plus éloignées peuvent être désavantagées sur le plan de la qualité des services offerts, en partie en raison des difficultés rencontrées pour recruter et maintenir en poste le personnel nécessaire pour offrir des services de qualité. Certaines indications de la qualité des services mises en évidence par les personnes interrogées comprenaient les faibles taux perçus de réadmission à l'hôpital dans les 30 jours suivant le congé et les faibles taux de clients ayant besoin de services d'hospitalisation depuis leur dernière évaluation du PSDMCPNI, bien qu'il n'existe aucune donnée pour appuyer ou réfuter ces perceptions.

Les fournisseurs de services et les directeurs de la santé connaissent généralement la trousse de ressources sur la qualité¹⁰, mais seulement environ 20 % des fournisseurs de services et des administrateurs de programmes l'utilisent fréquemment.

Les collectivités plus petites et plus éloignées ont de la difficulté à obtenir des services adéquats, en partie à cause des contraintes financières et des problèmes de recrutement et de maintien en poste de personnel qualifié.

Selon les participants à l'enquête, les principales lacunes dans la satisfaction des besoins des collectivités associés aux services des Soins à domicile et en milieu communautaire étaient les suivantes.

- Manque de ressources causant des lacunes dans les services ou limitant la prestation des services, y compris des pénuries de personnel (infirmières, fournisseurs de soins personnels et autres ressources humaines). Les participants ont abordé les questions d'accès, de manque de formation, d'embauche, de roulement et de maintien en poste, particulièrement dans le cas des collectivités éloignées. Certains participants ont également expliqué que le fait d'avoir un personnel minimal signifie que les gens doivent cumuler différents rôles, ce qui peut nuire à une prestation efficace. La plupart des commentaires

⁹ Dans ce contexte, l'agrément fait référence à l'agrément provincial fondé sur un examen des services et des normes.

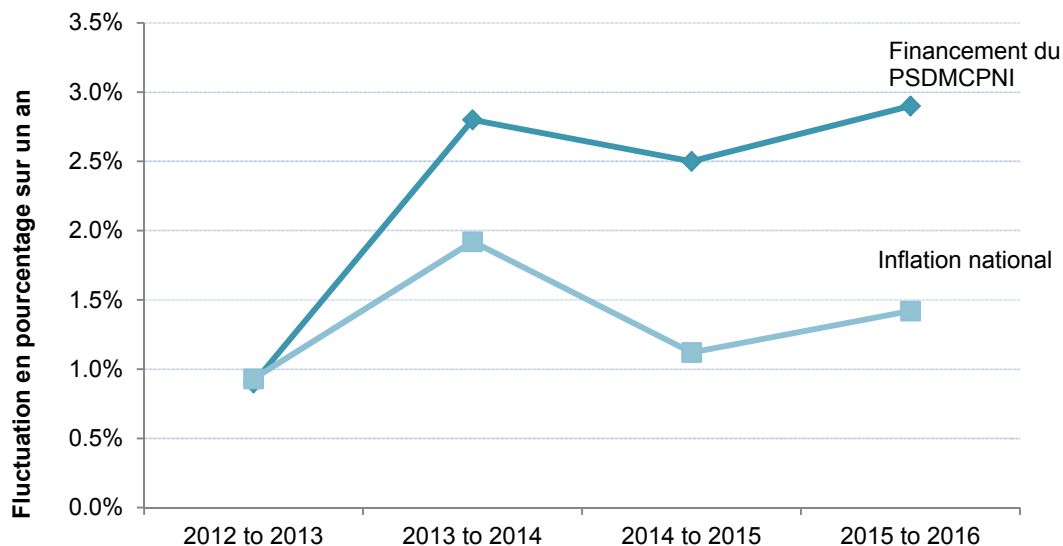
¹⁰ La trousse de ressources sur la qualité renvoie à une série de manuels conçus pour aider les responsables de programmes de soins à domicile à mettre en œuvre un processus d'amélioration de la qualité.

concernant le sous-financement portaient également sur les besoins en personnel. Les participants ont mentionné les changements démographiques et la demande nouvelle ou plus élevée (p. ex. complexité accrue des cas, comorbidité accrue, plus de cas de santé mentale, toxicomanie, etc.) étaient de plus en plus difficiles à gérer avec des ressources limitées.

- La deuxième lacune la plus souvent relevée concernait la communication et la coordination avec les autres intervenants, y compris les lacunes dans la communication avec les médecins, les hôpitaux locaux et les autorités sanitaires régionales, notamment en ce qui concerne la planification des congés et l'accès aux médecins. Quelques participants ont mentionné les difficultés à communiquer avec les familles et les clients eux-mêmes (p. ex. les lacunes dans le soutien et les problèmes de conformité, la barrière linguistique).
- Les participants ont également noté des lacunes au niveau des services spécifiques, notamment les soins de relève et les soins palliatifs, les services paramédicaux, les soins des plaies ou les soins cliniques à domicile et les services de santé mentale. Certains ont mentionné des lacunes dans l'accès aux fournitures (p. ex. intraveineuse, médicaments). Les participants ont également souligné que la prestation des services pendant les heures d'ouverture était restrictive, surtout en ce qui concerne les soins palliatifs.

Le financement de la prestation de services directs a augmenté d'année en année à peu près deux fois plus vite que le taux annuel d'inflation (figure 5), et ce taux de croissance est généralement conforme au taux de croissance des dépenses en soins de santé au Canada¹¹. Toutefois, il est important de noter que cela s'inscrit dans le contexte de la complexité croissante des besoins, d'un environnement concurrentiel pour recruter et maintenir en poste les travailleurs de la santé, de l'augmentation générale des coûts des soins de santé et de l'infrastructure et de la demande de services du PSDMCPNI qui devrait augmenter considérablement.

Figure 5 : Le taux d'augmentation annuelle du financement du PSDMCPNI dépasse le taux d'inflation national



¹¹ Institut canadien d'information sur la santé (2018). Tendances des dépenses nationales de santé, 1975 à 2018. Disponible à <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/nhex-trends-narrative-report-2018-fr-web.pdf>.

La grande majorité des participants à l'enquête estiment que les besoins des clients sont généralement ou en grande partie satisfaits. Toutefois, il est nécessaire d'évaluer systématiquement la demande actuelle et de la projeter au cours de la prochaine décennie afin de mieux anticiper les besoins actuels et futurs.

Dans l'ensemble, cependant, les personnes interrogées ont attribué à ce programme le mérite d'avoir permis aux clients de demeurer chez eux et dans leur collectivité plus souvent et plus longtemps qu'ils ne l'auraient pu sans lui, et d'avoir amélioré la qualité de vie des clients.

Une autre contribution clé à l'amélioration de la qualité de vie des clients a été l'aide fournie par le personnel du PSDMCPNI pour les aider, eux et leurs familles, à naviguer dans divers aspects du système de soins de santé. On a souligné que cela était particulièrement important et nécessaire pour de nombreux clients et familles étant donné la complexité des systèmes et les difficultés à comprendre l'interaction entre les services reçus dans la collectivité et ceux fournis par d'autres établissements et organismes dans le cadre des systèmes de santé provinciaux.

Selon les participants, les facteurs qui nuisent à la pleine satisfaction des besoins des clients comprennent notamment ce qui suit.

Dotation

- Recrutement et maintien en poste (y compris les infirmières, les fournisseurs de soins personnels et les autres ressources humaines) principalement en raison de l'éloignement;
- Manque de formation; et
- Un personnel réduit au minimum fait en sorte que le personnel en place assume de multiples rôles, ce qui peut nuire à l'efficacité de la prestation des services.

Augmentation de la demande

- Les changements démographiques qui entraînent une augmentation des besoins en soins complexes, une comorbidité accrue, un plus grand nombre de cas de santé mentale, de toxicomanie, etc., sont difficiles à traiter avec des ressources limitées;
- Lacunes dans des services particuliers comme les soins de relève et les soins palliatifs, les services paramédicaux, les soins des plaies ou les soins cliniques à domicile et les services de santé mentale;
- Certaines lacunes dans l'accès aux fournitures et à l'équipement (p. ex. intraveineuse, médicaments); et
- La prestation de services pendant les heures d'ouverture est restrictive, particulièrement pour les soins palliatifs.

Communication et coordination avec d'autres intervenants

- Lacunes dans la communication avec les médecins, les hôpitaux locaux et les autorités sanitaires régionales, notamment en ce qui concerne la planification des congés et l'accès aux médecins; et
- Certains problèmes de communication avec les familles et les clients eux-mêmes (p. ex. lacunes dans le soutien, barrières linguistiques).

Plafonnement des niveaux de financement

- Les niveaux de financement n'ont pas augmenté de façon significative depuis la création du programme il y a environ 20 ans, mais le budget de 2017 prévoyait 184,6 M\$ supplémentaires sur cinq ans; et
- L'augmentation globale des coûts des soins de santé et de l'infrastructure. Toutefois, selon le plan ministériel 2018-2019 de SAC, les nouveaux investissements prévus dans l'infrastructure moderne des Premières Nations permettraient de concevoir, d'agrandir et de rénover les établissements de santé, d'élargir l'accès aux solutions de cybersanté et d'adopter des technologies de présence à distance (p. ex. utilisation novatrice de la robotique et des appareils portables).

Conditions de logement

- Les conditions de logement actuelles (p. ex. réparations majeures, qualité de l'eau) ont une incidence sur la sécurité et l'efficacité de la prestation des services puisque des besoins supplémentaires sont imposés aux clients, lesquels seraient moins nécessaires dans une maison en bon état; et
- Environ le quart des membres des Premières Nations et des Inuits vivent dans des maisons surpeuplées (comparativement à trois pour cent de la population canadienne en général)¹².

De plus, le manque d'établissements de soins de longue durée dans les collectivités constitue une lacune importante signalée, ce qui a une incidence directe sur la demande de services et de soutien à l'égard du PSDMCPNI alors que le programme tente de « combler » cette lacune dans la mesure du possible.

Les aspects de la conception du programme qui ont été jugés appropriés et qui contribuent à l'atteinte des résultats escomptés sont notamment les suivants.

- Transférer davantage de responsabilités du programme à la collectivité;
- Mettre l'accent sur les secteurs clés de la prestation des services (« services essentiels ») dans lesquels il existe des possibilités d'harmonisation avec les priorités de la collectivité;
- Collaboration accrue entre le PSDMCPNI, les conseils tribaux, les collectivités et les programmes régionaux; et
- Rôle du personnel du PSDMCPNI dans la coordination et la gestion des soins ainsi que dans l'établissement de liens et l'aiguillage vers d'autres services.

Parmi les domaines où le programme pourrait être amélioré, mentionnons les suivants.

- Communication, collaboration et coordination globales à l'échelle nationale (DGSPNI à l'administration centrale) et régionale (bureaux régionaux, systèmes de santé provinciaux, organisations autochtones);
- Les montants de financement et les affectations actuels ne tiennent pas nécessairement compte des besoins, de l'évolution de la population et de l'évolution des pratiques provinciales. On s'attend à ce que des fonds supplémentaires et des options de formation, en particulier pour les fournisseurs de soins personnels, améliorent directement la qualité des services offerts; et
- Étendre les services du PSDMCPNI au-delà de la journée de travail normale, y compris les

¹² Statistique Canada (2017). Recensement canadien : Recensement en bref : Les conditions de logement des peuples autochtones au Canada.

fins de semaine. Cela est particulièrement important à mesure que les services s'étendent dans différents domaines, y compris les soins palliatifs et de fin de vie, les services de relève et les cas complexes en vertu du principe de Jordan.

Malgré les efforts déployés pour transférer le PSDMCPNI aux collectivités, la majorité d'entre elles sont financées par des ententes de financement établies¹³. Parmi les exceptions, mentionnons la Saskatchewan, où 96 % du financement est distribué sous forme d'ententes globales¹⁴, et la région de l'Atlantique, où 70 % du financement est distribué sous forme d'ententes souples¹⁵. Cette méthode de financement peut avoir une incidence négative sur l'objectif du gouvernement fédéral de se réconcilier avec les Premières Nations et d'établir des relations de nation à nation étant donné que sa conception est contraire à l'autodétermination et à l'autonomie de gouvernance.

Le Ministère recueille un grand volume de données pour le PSDMCPNI. Les participants à l'enquête ont exprimé certaines préoccupations au sujet de l'outil de rapport, le modèle de rapport sur la prestation de services électroniques. Parmi les limites signalées, mentionnons : l'absence de suivi des résultats ou d'indicateurs utiles comme la réhospitalisation dans les 30 jours; le degré de suivi rigoureux des données (p. ex. changement d'état au congé, changement des niveaux de soins actifs aux soins palliatifs); les problèmes de qualité des données en raison de problèmes de saisie à l'extrémité communautaire; les problèmes de communication entre les régions et l'administration centrale.

3.6 Coordination et intégration

6e constatation. Le PSDMCPNI coordonne et collabore avec d'autres programmes et services à l'échelle locale et régionale. Dans certaines collectivités, le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome ont été intégrés du point de vue de la prestation des services.

Le PSDMCPNI est étroitement lié à d'autres programmes sociaux et de santé. Les directeurs de la santé et le personnel chargé de la prestation directe des services ont fait état du niveau de collaboration et de coordination entre les programmes¹⁶, voir la figure 6.

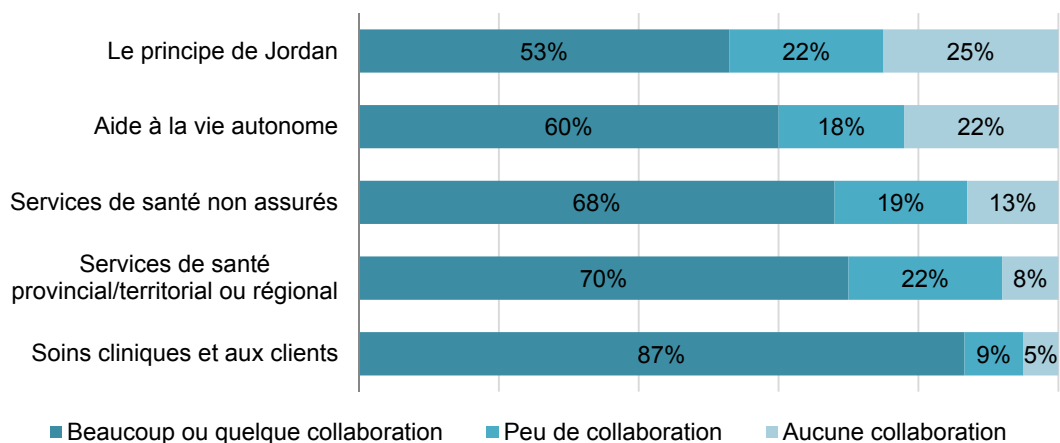
¹³ Le bénéficiaire doit rendre compte de l'utilisation de cette contribution, qui est également soumise à vérification. Aucune disposition n'autorise le report des fonds non dépensés.

¹⁴ Le financement par contributions globales est une option qui permet de réaffecter les fonds à l'intérieur de la suite des programmes dans le cadre d'une entente de financement, dans la mesure où cela permet de se rapprocher des objectifs du programme.

¹⁵ Le financement par contribution souple permet le mouvement des fonds entre les catégories de coûts d'un même programme pendant la durée du projet ou de l'entente. Il est utilisé dans les cas où le bénéficiaire a besoin d'une certaine souplesse pour terminer le travail et atteindre les résultats prévus, par exemple lorsque du temps additionnel au cours de l'exercice financier suivant ou une réaffectation des fonds entre les catégories de coûts sont nécessaires.

¹⁶ Il est à noter que même si le principe de Jordan n'est pas un programme, on a demandé aux participants à l'enquête de formuler des commentaires sur le degré de collaboration concernant les initiatives qui s'y rapportent.

Figure 6 : Une grande majorité des participants estiment que le PSDMCPNI collabore avec d'autres programmes sociaux et de santé



On a également demandé aux participants à l'enquête de préciser les mécanismes de coordination qu'ils utilisent actuellement avec chacun des autres programmes ou initiatives, et la façon dont ils pourraient être améliorés. Un résumé est présenté au tableau 2. Dans l'ensemble, il existe certains mécanismes communs, mais il convient de noter que certaines des améliorations proposées sont propres à chaque initiative.

L'évaluation de 2013 du PSDMCPNI a révélé que dans les collectivités où le PSDMCPNI et l'aide à la vie autonome étaient officiellement intégrés, l'efficacité de l'exécution s'est améliorée grâce à une meilleure coordination, à de meilleures évaluations et à une meilleure gestion des cas, ainsi qu'à un financement plus ciblé pour répondre aux besoins et former le personnel. De façon presque unanime, les administrateurs des Premières Nations et le personnel de SAC ont mentionné que la plupart des clients qui reçoivent des services d'un programme reçoivent également des services de l'autre. L'intégration du PSDMCPNI et du Programme d'aide à la vie autonome à l'échelle communautaire a également permis d'offrir des heures de service plus appropriées et de mieux répondre aux besoins des clients.

Tableau 2 : Mécanismes de coordination actuels et potentiels améliorés par programme

Service	Mécanismes actuels	Améliorations potentielles
Programme de soins cliniques et aux clients	L'échange d'information, la gestion de cas et la planification conjointe, ainsi que les renvois, les réunions et les ressources partagées. La plupart ont fait état des voies de communication existantes (p. ex. télécopieur, courriel, téléphone, etc.).	Outils électroniques conviviaux (p. ex. tableau électronique, plate-forme commune de gestion des interventions d'urgence, outil d'évaluation électronique, etc.). Autres suggestions : collaboration en matière de sortie et de gestion de cas, réunions d'équipes multidisciplinaires et augmentation des ressources pour offrir le niveau de services adéquat.
Services de santé non assurés (SSNA)	Voies de communication (p. ex. courriel, télécopieur, téléphone), échange d'information et explication du fait que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire peut faciliter l'accès aux SSNA (p. ex. aide pour présenter les demandes, obtenir les autorisations et les confirmations, etc.). Quelques participants ont expliqué que les fonds des SSNA soutiennent certains aspects de la prestation des services et des soins aux clients.	La plupart des commentaires portaient sur les délais d'approbation des demandes des SSNA. Les participants estiment que les processus sont lourds, complexes et qu'ils devraient être simplifiés. Plusieurs participants ont suggéré une meilleure communication de la part des SSNA (p. ex. mises à jour régulières, information claire, lignes directrices simples et rétroaction sur les refus). Les participants estimaient également que la couverture devrait être augmentée pour permettre aux clients d'avoir accès aux médicaments, aux fournitures et à des services particuliers.
Services de santé provinciaux, territoriaux ou régionaux	Voies de communication existantes (p. ex. télécopieur, courriel, téléphone, etc.) et mécanismes de partage de l'information, y compris les réunions. Certains ont mentionné la gestion de cas et la planification du congé dans une certaine mesure, et quelques participants ont mentionné la co-formation	Contact direct, meilleur échange d'information (y compris de meilleures ressources électroniques) et plus de séances de formation et d'information. Les questions de la gestion de cas et des congés ont été souvent mentionnées. Plusieurs participants étaient d'avis que les fournisseurs de services provinciaux comprennent mal le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire et les réalités des Premières Nations en général, ce qui rend la coopération difficile.
Programme d'aide à la vie autonome	Renvois, gestion commune de cas, échange d'information et planification conjointe. Dans certains cas, les participants ont expliqué que les deux programmes sont administrés ou exécutés conjointement par le même personnel.	Centraliser, rationaliser et fusionner les deux programmes (quelques participants estimaient que la distinction entre les deux programmes devrait être plus claire). Plusieurs participants ont recommandé d'accroître et d'améliorer le financement de la dotation, de la formation et des services dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome afin de mieux répondre aux besoins. Plusieurs participants ont fait remarquer que l'aide à la vie autonome n'est pas disponible dans leur région, mais qu'il serait bénéfique.
Principe de Jordan	Orientation et soutien dans la gestion des demandes et des cas. Certains ont décrit les ressources partagées et les relations directes. Quelques participants ont indiqué que les membres du personnel coordonnent leurs efforts à l'égard des questions pertinentes. Quelques-uns ont mentionné que les deux secteurs sont intégrés et ont décrit une collaboration étroite sur des cas spécifiques.	Plus de renseignements sur le programme (p. ex. campagne de sensibilisation, formation, séances d'information), sur la façon dont le programme peut être bénéfique pour les clients de soins à domicile et en milieu communautaire et sur la façon d'y accéder. Les participants ont souligné qu'il s'agit d'une nouvelle initiative qui est toujours en cours d'élaboration et de mise en œuvre.

Source : Enquête auprès des directeurs de la santé et du personnel de soins à domicile et en milieu communautaire

Dans certains cas, le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome sont administrés ou offerts conjointement par le même personnel dans la collectivité. Comme le montre le tableau 3 ci-dessous, six des 21 services offerts dans les deux programmes se chevauchent.

Tableau 3 : Services et soutiens admissibles fournis dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome, du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, ou des deux

Services et soutien admissibles	Aide à la vie autonome	Soins à domicile et en milieu communautaire
• Services de soins infirmiers à domicile		√
• Services de soins personnels (bain, toilette)		√
• Magasinage		√
• Réadaptation et autres thérapies		√
• Accès à l'équipement et aux fournitures médicales et fourniture d'articles spécialisés pour répondre aux besoins des clients à domicile		√
• Santé mentale à domicile		√
• Bien-être et forme physique		√
• Soins du préposé	√	
• Soins de groupe	√	
• Planification des menus	√	
• Repassage	√	
• Racommodage	√	
• Transport du bois	√	
• Entretien ménager mineur	√	
• Transport à des fins autres que médicales	√	
• Soins de jour et programmes pour adultes	√	√
• Soins de relève à domicile ou de courte durée	√	√
• Nettoyage de la maison	√	√
• Préparation des repas	√	√
• Programmes de repas	√	√
• Lessive	√	√

Les participants à l'enquête et aux entrevues ont laissé entendre que le vieillissement de la population a été un changement important qui a eu des répercussions sur leur charge de travail. Le personnel du PSDMCPNI signale que le PSDMCPNI aide la population vieillissante à être plus autonome et à demeurer plus longtemps à la maison, ce qui accroît le besoin de services non médicaux d'aide à la vie autonome, comme la préparation des repas, le nettoyage et le transport.

Dans les cas où les programmes étaient administrés séparément, il y avait des communications régulières entre les travailleurs à domicile du Programme d'aide à la vie autonome et du PSDMCPNI et leurs administrateurs de bande respectifs pour s'assurer que les personnes étaient recommandées pour une évaluation si l'on constatait qu'elles avaient besoin de services qu'un programme ou l'autre ne pouvait offrir.

Le degré d'intégration du Programme d'aide à la vie autonome et du PSDMCPNI variait selon la collectivité. Selon l'enquête, les participants de l'Ontario (39 %) et du Manitoba (54 %) étaient les moins susceptibles de déclarer une certaine ou une grande collaboration entre le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome comparativement aux autres régions (Atlantique - 100 %; Québec - 93 % et Alberta - 69 %). Certaines collectivités ont mis en commun les fonds des deux programmes afin d'offrir le continuum de services dont un client donné peut avoir besoin. Dans ces cas, les Premières Nations ont déclaré les services séparément dans le cadre de l'un ou l'autre des programmes, aussi exactement que possible, mais avec une distinction largement arbitraire. Dans d'autres collectivités où il y avait une grande séparation entre les deux programmes, les salaires du personnel étaient payés séparément pour chaque programme, et la bande avait deux logiciels distincts pour gérer la comptabilité.

Peu importe les approches individuelles de prestation des deux programmes, il est clair que le financement du Programme d'aide à la vie autonome devrait élargir ses activités admissibles ou que la formule de financement devrait être plus souple pour tenir compte des circonstances particulières de chaque collectivité. Dans l'ensemble, on souhaite une approche centralisée, rationalisée ou officiellement intégrée des deux programmes. Inversement, d'autres participants ont indiqué que si les programmes demeurent distincts, la distinction entre les deux devrait être encore plus claire. Toutes les collectivités souhaitaient avoir la souplesse nécessaire pour répondre de façon uniforme aux besoins en matière de soins personnels.

Les participants à l'enquête ont indiqué que la coordination entre le PSDMCPNI et tous les autres programmes devrait être améliorée, principalement par une meilleure communication entre toutes les parties.

4. Conclusion et recommandations

Le PSDMCPNI joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie des clients, des familles et des collectivités. On ne saurait trop insister sur l'importance de demeurer et de guérir dans sa communauté et d'être en mesure d'y contribuer tout en recevant les services de santé et le soutien nécessaires.

Pour de nombreuses collectivités, les services et le soutien à domicile et en milieu communautaire constituent la plaque tournante ou le lien entre les divers types de soins, y compris l'hospitalisation, les soins de longue durée et les soins palliatifs et de fin de vie. Toutefois, les collectivités plus petites et plus éloignées ont plus de difficulté à assurer la qualité, en partie à cause des contraintes financières (insuffisance des fonds) et des problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel de qualité.

On s'attend à ce que la demande à l'égard des services du PSDMCPNI augmente, alors que le financement du programme n'a pas augmenté de façon significative. Cette tendance entraînera un besoin accru de gestion et de coordination des soins, d'établissement de liens avec d'autres professionnels et services, de formation pour le personnel du PSDMCPNI (particulièrement pour les fournisseurs de soins personnels) et de ressources pour les soins directs aux clients. Des facteurs et des tendances distincts propres aux collectivités des Premières Nations et des Inuits devraient être pris en compte dans l'évaluation de ce besoin croissant prévu, comme des taux plus élevés de maladies chroniques, des défis plus importants liés à divers déterminants sociaux et infrastructurels de la santé et l'importance de la collectivité.

Le programme a accru son degré de coordination avec d'autres programmes et services à l'échelle locale et régionale. Il y a un chevauchement entre le PSDMCPNI et le Programme d'aide à la vie autonome. Dans certaines collectivités, les deux programmes ont été intégrés du point de vue de la prestation des services.

Le transfert de responsabilités relativement important du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire aux collectivités est considéré comme un moyen de permettre aux collectivités d'administrer le programme d'une manière qui assure l'harmonisation avec leurs propres priorités. Les objectifs du programme sont également conformes aux priorités actuelles du gouvernement fédéral, qui consistent notamment à combler les écarts en matière de santé entre les collectivités autochtones et non autochtones et à mettre en œuvre les recommandations de la Commission de vérité et réconciliation.

Par conséquent, on recommande ce qui suit à SAC.

1. Élaborer une stratégie pour mesurer la demande actuelle et future de services par rapport à la capacité de fournir des services, afin de mieux éclairer les orientations stratégiques sur l'ampleur des besoins ainsi que sur la couverture des différents types de services.
2. Mieux soutenir les collectivités dans la formation des fournisseurs de soins personnels ainsi que régler les problèmes de recrutement et de maintien en poste du personnel qualifié du PSDMCPNI.
3. Collaborer avec les collectivités pour élaborer des stratégies de communication afin d'améliorer la coordination et la communication avec les services de santé provinciaux, territoriaux et régionaux.
4. Lorsque les collectivités le souhaitent, offrir des options de financement plus souples qui couvrent l'éventail des services actuellement offerts dans le cadre du PSDMCPNI et du Programme d'aide à la vie autonome, notamment en travaillant avec les collectivités qui souhaitent passer d'une formule de financement fixe à une formule souple afin de mieux gérer les services à long terme.

Appendice A : Question d'évaluation, notes méthodologiques et limites

Évaluation, enjeux principaux et questions d'évaluation	
Pertinence	
Besoin continu du programme : Évaluation de la mesure dans laquelle le programme continu de répondre à un besoin manifeste et convient aux attentes des Canadiens.	1. Quels sont les besoins actuels et nouveaux en matière de services de soins à domicile et en milieu communautaire dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits?
Harmonisation avec les priorités du gouvernement et des Premières Nations et des Inuits : Évaluation du lien entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral; (ii) les résultats stratégiques du Ministère; et (iii) les priorités des Premières Nations et des Inuits.	2. Le programme correspond-il aux priorités du gouvernement fédéral et aux priorités ou aux résultats stratégiques ministériels? Le programme correspond-il aux priorités des Premières Nations et des Inuits?
Harmonisation aux rôles et responsabilités du gouvernement fédéral : Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution du programme.	3. Les activités du programme cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral de même qu'avec les rôles et les responsabilités autorisés et du champ de compétences du Ministère?
Rendement	
Atteinte des résultats escomptés : Évaluation des progrès réalisés par rapport aux résultats escomptés, tels qu'ils sont décrits en détail dans le modèle logique du programme.	4. Dans quelle mesure sommes-nous parvenus à atteindre les résultats escomptés du PSDMC? 5. La conception du programme permet-elle d'atteindre les résultats escomptés du programme? 6. Dans quelle mesure le programme a-t-il amélioré les réponses coordonnées et continues aux besoins de soins à domicile et en milieu communautaire?
Démonstration de l'efficacité et de l'économie : Évaluation de l'utilisation des ressources par rapport à la production d'extrants et aux progrès vers l'atteinte des résultats escomptés, y compris la comparaison avec des solutions de rechange existantes ou hypothétiques pour la conception des programmes. Évaluation de la mesure dans laquelle une mesure du rendement appropriée est en place.	7. Les activités de programme ont-elles été réalisées de la manière la plus efficace possible? 8. Des données sur le rendement sont-elles recueillies et présentées dans des rapports? Si oui, les données recueillies sont-elles utilisées pour informer la haute direction et les décideurs?

Méthodes de recherche :

Examen des documents et des dossiers - Une liste exhaustive de documents a été préparée et chacun a été examiné. Environ 85 documents et sites Web clés ont fourni de l'information pour l'évaluation.

Examen des données administratives - Le programme gère deux bases de données où l'on fait le suivi de l'information sur la prestation des services et les ressources : le Modèle de rapports sur la prestation des services électroniques contient des renseignements sur les clients et les fournisseurs. Les données sont saisies à l'échelle des dossiers individuels, puis automatiquement agrégées au cours du processus de téléchargement par sexe et par neuf catégories d'âge, et l'Outil électronique de suivi des ressources humaines contient des renseignements sur les équivalents temps plein fournissant des services aux clients par source de financement et par demande. Les données disponibles ont été examinées aux fins de l'évaluation ainsi que les données financières fournies par la Direction générale du dirigeant principal des finances de Santé Canada concernant le financement et les dépenses du programme.

Entrevues avec des informateurs clés - Les entrevues avec des informateurs clés avaient pour but de recueillir des renseignements qualitatifs approfondis sur les questions d'évaluation du PSDMCPNI et, plus précisément, de combler les lacunes ou de clarifier les données provenant d'autres méthodes. L'information recueillie comprenait des opinions, des descriptions, des interprétations et des exemples. Des entrevues ont été menées auprès de 55 représentants, y compris des membres du personnel du PSDMCPNI à l'administration centrale et dans les régions, des représentants des collectivités autochtones qui assurent la prestation du PSDMCPNI, des organisations autochtones nationales et régionales, des représentants territoriaux et provinciaux, des chercheurs et des associations de soins à domicile.

Enquête en ligne - Une enquête en ligne auprès des collectivités autochtones qui assurent la prestation du PSDMCPNI a été menée. Les participants étaient principalement des directeurs de la santé ou des coordonnateurs des soins à domicile et en milieu communautaire et des infirmières. Il y a eu 131 participants à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 31 %.

Limites de la méthodologie :

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Renseignements limités sur l'état de santé et les besoins particuliers des Inuits en matière de santé, et participation limitée des organisations inuites à l'évaluation.	Les constatations sur la nécessité d'un programme fondé sur l'état de santé sont davantage axées sur les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, ce qui peut ne pas s'appliquer aux Inuits.	Dans la mesure du possible, nous avons tenté d'indiquer clairement à qui s'appliquent les constatations et de cerner les lacunes qui subsistent. Nous avons également tenté de recueillir de l'information au moyen de documents, le cas échéant (p. ex. les rapports annuels des territoires).
Le point de vue des clients du PSDMCPNI n'a pas été obtenu directement à l'aide de l'une ou l'autre des méthodes choisies pour l'évaluation, car ces points de vue ont été obtenus à partir de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations.	On n'a donc pas obtenu le point de vue des clients pour cette évaluation.	Si nécessaire, on a indiqué dans le rapport lorsque les constatations n'incluent pas directement le point de vue des clients. Dans certains cas, nous avons pu tenir compte de données provenant d'autres sources, comme des entrevues réalisées avec des organisations autochtones et des examens de documents, le cas échéant.
L'équipe d'évaluation n'a pas été en mesure d'interviewer le nombre de représentants communautaires initialement prévu.	Les points de vue détaillés axés sur la qualité des représentants des collectivités des Premières Nations pourraient ne pas être complètement représentés dans les résultats de l'évaluation.	Nous avons pu mener une enquête auprès d'un échantillon plus représentatif de participants. De plus, nous avons pu interviewer divers organismes autochtones régionaux et certains représentants du Réseau des techniciens en santé des Premières Nations.
Le contexte changeant des priorités fédérales en raison du changement de gouvernement.	La période d'évaluation s'est déroulée pendant un changement de gouvernement. Cela a entraîné une modification des priorités dans certains des domaines couverts par le programme, comme la réponse aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada et l'augmentation des ressources pour s'attaquer aux disparités en santé des peuples autochtones et des autres Canadiens.	La pertinence du programme a été évaluée pendant deux périodes : une période avec la portée de l'évaluation et l'autre avec les priorités actuelles pour aider à l'élaboration de recommandations prospectives.

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Lacunes dans les données administratives	L'ensemble complet des données pour toutes les années couvertes par l'évaluation n'est pas disponible.	Nous avons mis l'accent sur l'utilisation des données des trois dernières années disponibles et indiqué, au besoin, les limites des données disponibles.
Taux de réponse à l'enquête et qualité de la base d'enquête. Le taux de réponse de 31 % est conforme aux résultats d'enquêtes similaires menées auprès des collectivités. Dans une région, le cadre d'enquête était incomplet (c.-à-d. la Saskatchewan).	Les résultats de l'enquête peuvent ne pas être représentatifs de l'ensemble du personnel communautaire offrant les services et le soutien du PSDMCPNI.	Nous nous sommes concentrés sur la présentation des résultats globaux de l'enquête et nous avons limité le nombre de sous-analyses en raison du défi que posent la taille de l'échantillon et le taux de réponse.

Appendice B : Analyse du financement régional (réel)

Région	Année	Subventions et les contributions	Dépenses internes (fonctionnement et entretien)	Total
Atlantique	2014-15	5 522 269	328 450,48	5 850 719,48
	2015-16	5 637 573	210 137,25	5 847 710,25
	2016-17	5 786 042	583 506,85	6 369 548,85
	2017-18	6 642 975	664 989,21	7 307 964,21
	2018-19 (pas final)	7 214 936	313 221,32	7 528 157,32
	TOTAL	30 803 795	2 10 305,11	32 904 100,11
Québec	2014-15	14 133 847	461 104,97	14 594 951,97
	2015-16	14 513 392	413 297,03	14 926 689,03
	2016-17	14 987 984	515 808,56	15 503 792,56
	2017-18	16 873 610	531 073,76	17 404 683,76
	2018-19 (pas final)	18 099 749	289 223,84	18 388 972,84
	TOTAL	78 608 582	2 210 508,16	80 819 090,16
Ontario	2014-15	20 518 415	600 200,69	21 118 615,69
	2015-16	21 233 448	482 863,18	21 716 311,18
	2016-17	21 643 810	814 685,94	22 458 495,94
	2017-18	23 276 319	685 306,29	23 961 625,29
	2018-19 (pas final)	24 992 400	252 473,00	25 244 873,00
	TOTAL	111 664 392,00	2 835 529,10	114 499 921,10
Manitoba	2014-15	19 460 545	408 842,55	19 869 387,55
	2015-16	20 147 543	397 846,31	20 545 389,31
	2016-17	20 516 196	509 879,62	21 026 075,62
	2017-18	23 377 665	712 233,47	24 089 898,47
	2018-19 (pas final)	26 166 611	311 430,37	26 478 041,37
	TOTAL	109 668 560	2 340 232,32	112 008 792,32
Saskatchewan	2014-15	15 288 823	922 479,75	16 211 302,75
	2015-16	15 579 406	896 513,42	16 475 919,42
	2016-17	16 071 670	925 585,03	16 997 255,03
	2017-18	17 703 522	1 088 672,78	18 792 194,78
	2018-19 (pas final)	19 454 950	722 948,50	20 177 898,50
	TOTAL	84 098 371	4 556 199,48	88 654 570,48
Alberta	2014-15	14 090 874	1 198 639,65	15 289 513,65
	2015-16	14 388 840	1 085 080,56	15 473 920,56
	2016-17	15 188 021	1 198 111,97	16 386 132,97
	2017-18	16 623 752	1 521 666,64	18 145 418,64
	2018-19 (pas final)	18 340 310	1 161 491,33	19 501 801,33
	TOTAL	78 631 797	6 164 990,15	84 796 787,15