



Évaluation du programme Vie saine

Équipe Évaluation SAC
28 septembre 2022



Table des matières

Liste des acronymes	i
Résumé.....	ii
Contexte	ii
Portée et méthodologie de l'évaluation	iii
Principales constatations	iv
Réponse et plan d'action de la direction	xi
1.0 Introduction.....	1
2.0 Aperçu du programme Vie saine	1
2.1 Description du programme.....	1
Initiatives sur le diabète chez les Autochtones	1
Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)	2
Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada	3
2.2 Objectifs et résultats attendus du programme	4
2.3 Gestion du programme et partenaires clés	5
Gestion du programme	5
Partenaires du programme	6
3.0 Méthode d'évaluation	7
3.1 Portée et questions d'évaluation.....	7
3.2 Conception et méthodes d'évaluation	7
3.3 Limites	8
3.4 Mobilisation des Autochtones	10
3.5 Organisation des constatations	10
4.0 Principales constatations : Pertinence	11
4.1 Pertinence du programme	11
4.2 Mandat	13
5.0 Principales constatations : Efficacité	16
5.1 Atteinte globale des résultats immédiats attendus	17
5.2 Efficacité opérationnelle	20
5.3 Conception du programme dirigé par la collectivité	21
5.4 Complémentarité entre les sous-programmes du programme Vie saine	24
6.0 Principales constatations : Efficience	25
6.1 Évaluation de 2014 du programme Vie saine	25

6.2 Structures de gestion du programme et répartition des responsabilités	27
6.3 Processus de planification de la santé communautaire	28
6.4 Ressources financières.....	29
6.5 Systèmes de mesure du rendement	32
6.6 Ententes de financement	35
7.0 Principales constatations : Sous-programmes.....	36
7.1 Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)	36
7.1.1 Fonctionnement efficace.....	36
7.1.2 Principaux défis de l'IDA.....	42
7.2 Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)	45
7.2.1 Pratiques associées au tabac traditionnel	45
7.3 Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNNC).....	48
7.3.1 Conditions d'admissibilité au programme	48
8.0 Résumé des pratiques exemplaires et des leçons apprises.....	51
8.1 Pratiques exemplaires et pratiques privilégiées.....	51
8.2 Pratiques exemplaires générales relevées.....	52
8.3 Pratiques exemplaires propres aux régions	53
8.4 Leçons apprises (principes directeurs généraux)	55
9.0 Thèmes transversaux	56
9.1 Changements climatiques	56
9.2 Transfert de services.....	57
9.3 Premières répercussions de la COVID-19	57
10.0 Conclusions	58
11.0 Recommandations	60
Annexe A : Enjeux et questions d'évaluation.....	63
Annexe B : Modèle logique	65
Annexe C : Schématisation du modèle logique	66
Annexe D : Sommaires des sous-programmes.....	67
Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA).....	67
Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)	70
Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNNC)	73

Liste des acronymes

IDA	Initiatives sur le diabète chez les Autochtones
MRC	Modèle de rapport communautaire
PSC	Plans de santé communautaire
RCAANC	Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada
SCT	Stratégie canadienne sur le tabac
CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
SFLT	Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme
SC	Santé Canada
VS	Vie saine
SAC	Services aux Autochtones Canada
EIC	Entrevues avec des informateurs clés
RPAD	Réponse et plan d'action de la direction
NIDA	National Indigenous Diabetes Association
NNC	Nutrition Nord Canada
IENNNC	Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
ERS	Enquête régionale sur la santé
DSS	Déterminants sociaux de la santé
CT	Conseil du Trésor

Résumé

L'objectif général de l'évaluation est d'examiner le programme Vie saine (VS) ainsi que ses programmes constitutifs, tel que décrit dans le plan d'évaluation quinquennal de Services aux Autochtones Canada (SAC), conformément à la Politique sur les résultats¹ du Conseil du Trésor (CT). L'évaluation visait à fournir une évaluation neutre, fondée sur des données probantes, des aspects suivants : pertinence, efficacité et efficience du programme Vie saine géré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, SAC (DGSPNI-SAC). Le programme comprend : l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones; la Stratégie canadienne sur le tabac (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – volet Premières Nations et Inuits); et les initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada. Les domaines d'action axés sur la nutrition, la prévention des maladies chroniques et la prévention des blessures n'ont pas été pris en compte dans la présente évaluation. L'évaluation visait également à mettre en évidence les pratiques exemplaires, les défis, les leçons apprises et les recommandations visant à renforcer le programme VS et ses sous-programmes. Elle présente également les constatations dans le contexte des changements climatiques, du transfert de services et des premières répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le programme VS.

Contexte

Le programme Vie saine finance et soutient des programmes et services communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés sur le plan culturel dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les activités que le financement appuie comprennent la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables dans les domaines de la saine alimentation, de la sécurité alimentaire, de l'activité physique, du tabagisme et de la prévention, de la gestion et du dépistage des maladies chroniques.

La présente évaluation porte sur le programme Vie saine et ses programmes² constitutifs, ci-après appelés sous-programmes :

- L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) vise à réduire le diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations et des Inuits grâce à des programmes, des services et des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies offerts par des travailleurs communautaires en diabète et des fournisseurs de services de santé.
- Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)³ - Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) – volet Premières Nations et Inuits était une initiative destinée à développer les connaissances qui a commencé en 2014-2015 et qui s'est poursuivie tout au long de la période visée par la présente évaluation. Elle a

¹ Politique sur les résultats du SCT : <https://www.tbs-sct.gc.ca/pol/doc-fra.aspx?id=31300>.

² Conformément à l'architecture d'harmonisation des programmes, le programme Vie saine est une sous-sous-activité et ses éléments sont des sous-sous-sous-programmes, mais par souci de simplicité dans le présent document, on parlera d'éléments de sous-programme.

³ Anciennement connue sous le nom de Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) renouvelée a été rebaptisée Stratégie canadienne sur le tabac (STC) en 2018.

soutenu l'élaboration et la mise en œuvre de projets de lutte contre le tabagisme détaillés, globaux et adaptés aux particularités culturelles qui visaient à réduire la consommation non traditionnelle de tabac, tout en continuant de respecter et de reconnaître les formes et modes traditionnels de consommation du tabac au sein des collectivités.

- Les initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (NNC) financées par SAC soutiennent des activités d'éducation nutritionnelle adaptées à la culture des détaillants et des collectivités inuites et des Premières Nations isolées du Nord admissibles. Les activités visent à accroître les connaissances au sujet d'une saine alimentation et l'aptitude à choisir et à préparer des aliments sains achetés et traditionnels.

Portée et méthodologie de l'évaluation

La présente évaluation couvre la période de l'exercice financier 2013-2014 à 2018-2019 conformément aux exigences du Conseil du Trésor et comprend chacun des trois sous-programmes du programme Vie saine gérés par la DGSPNI-SAC. L'évaluation a été entreprise pour fournir une évaluation neutre et fondée sur des données probantes de la pertinence, de l'efficacité, de l'efficience, des leçons apprises et des pratiques exemplaires, pour les activités suivantes : Initiative sur le diabète chez les Autochtones, Stratégie canadienne sur le tabac et initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada. De plus, bien que cela ne fasse pas partie de la portée initiale, l'évaluation intègre également des données plus récentes et des mesures prises par SAC pour tenir compte d'autres facteurs ayant une incidence sur les programmes, notamment dans le contexte du transfert de services, des changements climatiques et de la pandémie de COVID-19.

L'évaluation portait uniquement sur les collectivités des Premières Nations. Étant donné que l'Inuit Tapiriit Kanatami a demandé une approche fondée sur les distinctions pour mener les évaluations, l'élément inuit du programme Vie saine sera donc évalué à une date devant être déterminée.

L'évaluation a été menée à l'interne par la Direction de l'évaluation de SAC. Elle s'est appuyée sur une approche mixte⁴ comprenant les sources de données suivantes : une analyse documentaire; 19 entrevues avec des informateurs clés du personnel de la DGSPNI-SAC (y compris le personnel des bureaux nationaux et régionaux); une entrevue avec des informateurs clés qui sont des fonctionnaires, mais pas des membres du personnel de SAC; neuf entrevues avec des informateurs clés d'organisations partenaires autochtones (p. ex., conseils tribaux, organisations de services de santé des Premières Nations); une entrevue avec un informateur clé d'une organisation partenaire non autochtone; deux entrevues avec des représentants des

⁴ Les entrevues avec les informateurs clés portaient sur une bonne représentation géographique et un bon équilibre. Les informateurs clés interrogés provenaient des régions suivantes : Alberta, Saskatchewan, Manitoba, région de la capitale nationale, Québec, région de l'Atlantique et Territoires du Nord-Ouest.

collectivités des Premières Nations et une enquête en ligne auprès de 168 personnes travaillant dans ou avec les collectivités des Premières Nations⁵.

Comme la collecte des données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et des restrictions de voyage qui en ont découlé, les visites directes sur place n'ont pas été possibles et ont été remplacées par des entrevues vidéo ou téléphoniques à distance au moyen de diverses plateformes de communication.

Principales constatations

Pertinence

Le programme demeure pertinent, car l'Enquête régionale sur la santé menée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations a révélé que près des trois cinquièmes (59,8 %) des adultes des Premières Nations ont déclaré avoir au moins un problème de santé chronique connu⁶. Le gouvernement fédéral a un mandat clair pour continuer à s'attaquer aux risques élevés et aux faibles résultats en matière de santé associés aux maladies chroniques chez les personnes, les familles et les collectivités des Premières Nations. Le budget de 2018 prévoyait le renouvellement de la Stratégie sur le tabac et soulignait les écarts importants dans les résultats en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones, ainsi que le taux de prévalence du diabète plus élevé chez les Autochtones. De plus, le budget de 2016 a alloué des fonds pour élargir NNC, afin de soutenir toutes les collectivités isolées du Nord.

Efficacité

L'une des forces du programme Vie saine réside dans le fait que sa conception et son modèle de prestation sont adaptés à chaque collectivité, ce qui permet aux collectivités de définir leurs propres besoins et priorités. En raison de la diversité des programmes entre les collectivités et des activités ciblées, il est difficile de déterminer si le programme atteint efficacement tous les membres de la collectivité dans toutes les régions où il est offert. Lors des entrevues avec les informateurs clés, il a été noté que, même si les groupes les plus difficiles à atteindre n'étaient pas exclus des programmes, on ne savait pas si toutes les collectivités ou la plupart d'entre elles participaient aux stratégies adaptées à des données démographiques précises (population en âge de travailler, personnes 2ELGBTQIA+, ou jeunes à risque). Les informateurs clés ont fait état d'une préoccupation concernant certaines clientèles plus difficiles à atteindre, notamment les activités de programmes mises en œuvre pendant les heures normales d'ouverture, ce qui rend difficile la participation de la population en âge de travailler à des activités offertes pendant la journée.

⁵ Parmi les répondants à l'enquête qui ont répondu à la question de savoir quel était leur rôle au sein du programme VS, 80 % se sont identifiés comme l'un des suivants, par ordre décroissant de fréquence de mention : agents de santé communautaire, directeurs/gestionnaires de la santé, diététiciens/nutritionnistes et infirmiers. Les 20 % restants ont mentionné divers rôles, y compris les travailleurs en bien-être mental, les travailleurs sociaux et une gamme d'autres rôles, chacun n'étant mentionné qu'une seule fois.

⁶ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *National Report of The First Nations Regional Health Survey Phase 3* (p 1 à 180). Ottawa. Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

La majorité des informateurs clés interrogés ne pensaient pas qu'il y avait des groupes particuliers laissés de côté dans le cadre des programmes. La description des stratégies ou des programmes ciblés pour les populations les plus difficiles à atteindre était également limitée, ce qui peut être attribuable au fait que les informateurs clés interrogés ne participaient pas directement à la prestation des programmes à l'échelle communautaire.

Les sous-programmes du programme Vie saine, en particulier l'IDA et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, se complètent bien. Certains répondants à l'enquête ont fait remarquer que, puisque les membres du personnel étaient souvent responsables de plusieurs sous-programmes du programme Vie saine, il y avait une collaboration inhérente. Il existe de nombreux liens avec d'autres programmes gouvernementaux en dehors du programme Vie saine (par exemple, le programme des Services de santé non assurés) et avec des organisations partenaires. Par exemple, dans l'ensemble des ministères fédéraux, le programme Vie saine collabore à la fois avec Santé Canada pour la Stratégie canadienne sur le tabac et avec Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) pour Nutrition Nord. Le bureau national de la DGSPNI travaille et collabore avec l'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami pour éclairer le programme Vie saine.

Toutefois, un défi constant auquel les évaluateurs ont été confrontés était le manque de données disponibles et adéquates pour évaluer correctement les progrès du programme pour atteindre les résultats immédiats et intermédiaires. Étant donné que le programme exige moins de rapports détaillés de la part des collectivités en raison de la diversité des ententes de financement, on constate souvent l'absence de données précises et solides sur le rendement du programme, qui permettraient d'évaluer efficacement leurs résultats énoncés. Les évaluations peuvent contribuer à combler ce vide en recueillant des données supplémentaires, tant qualitatives que quantitatives, dans la mesure du possible. Une partie du défi pour cette évaluation était attribuable au fait qu'elle a été menée pendant la pandémie de COVID-19. Cela a eu une incidence directe sur la capacité de l'équipe d'évaluation à effectuer des visites sur place et à faire participer pleinement les collectivités.

Efficiences

Le défi le plus souvent signalé par les partenaires et le personnel national et régional de SAC dans tous les sous-programmes est le manque de financement, en particulier dans le domaine des ressources humaines. Les contraintes de financement ont des répercussions négatives à la fois sur le recrutement et le maintien des talents à l'échelle communautaire, et les ressources pour soutenir les possibilités de formation de perfectionnement professionnel pour le personnel sont limitées. Le financement stagne (c'est-à-dire qu'il ne suit pas les pressions inflationnistes et les besoins accrus du programme) depuis de nombreuses années, ce qui fait que les besoins du programme ne sont pas satisfaits et qu'il y a peu ou pas d'augmentation des salaires à l'échelle communautaire, ce qui contribue à des taux de roulement élevés et à l'existence de postes vacants.

La collecte de données sur les indicateurs pour le programme VS est principalement la responsabilité des collectivités individuelles en vertu des ententes de financement entre la DGSPNI et ces collectivités individuelles. Toutefois, seules certaines collectivités font état d'indicateurs liés à la santé, les autres ne le font pas ou ne le font pas dans sa totalité. Tout au long des entrevues, les informateurs clés ont exprimé l'importance de la collecte et de l'utilisation du modèle de rapport communautaire (MRC)⁷ non seulement pour répondre aux exigences de financement, mais aussi pour donner un aperçu de la santé et du bien-être de la collectivité afin d'adapter les priorités de santé communautaire. Les organisations partenaires ont également exprimé le besoin d'améliorer davantage le MRC, car il ne permet pas de recueillir des renseignements suffisamment détaillés pour que les collectivités puissent suivre efficacement le rendement et l'atteinte des résultats.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Depuis l'évaluation de 2014 des programmes Vie saine et Développement des enfants en santé des Premières Nations et des Inuits, cette évaluation a révélé que, dans l'ensemble, des progrès considérables ont été réalisés pour affirmer que l'IDA a produit des résultats importants en matière de promotion de la santé et de prévention primaire à l'échelle communautaire. Cependant, selon le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), « *près des trois cinquièmes (59,8 %) des adultes des Premières Nations, un tiers (33,2 %) des jeunes des Premières Nations et plus d'un quart (28,5 %) des enfants des Premières Nations ont déclaré avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques. Chez les enfants des Premières Nations, le nombre d'affections déclarées montre une baisse importante par rapport à la phase 2 de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) (2008-2010)*⁸. » Il convient de noter que le diabète demeure le problème de santé chronique le plus souvent signalé par le CGIPN chez les adultes des Premières Nations.

Les collectivités ont également déployé de gros efforts pour attirer l'attention sur les activités physiques traditionnelles et réduire la sédentarité, ce qui peut prévenir ou réduire les maladies chroniques comme le diabète de type 2. Toutefois, les écarts entre les régions en ce qui concerne le niveau de dépistage et l'efficacité de la gestion sont variables.

Les informateurs clés interrogés ont fait observer que certaines collectivités ne disposent pas des outils de dépistage appropriés, comme l'accès au prélèvement d'échantillons et à l'autorisation de laboratoire, ainsi que l'accès aux données provinciales sur la santé⁹. De même, les efforts actuels de renforcement des capacités et de formation sont en cours pour le personnel qui soutient l'IDA. Plus précisément, les

⁷ Veuillez consulter la section 6.5 pour plus d'informations sur les systèmes de mesure du rendement du programme.

⁸ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *National Report of The First Nations Regional Health Survey Phase 3* (p 1 à 180). Ottawa. (*Disponible uniquement en anglais*) Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

⁹ Bien que l'accès aux données provinciales sur la santé soit considéré par de nombreux membres du personnel travaillant dans le cadre de l'IDA comme une question de compétence provinciale, il s'agit néanmoins d'un défi auquel les collectivités sont confrontées.

informateurs clés interrogés et les répondants à l'enquête souhaitent renforcer leur propre capacité à mieux aider les clients et les familles à gérer et à améliorer leur santé mentale. Ils souhaitent tous également avoir accès à une formation qui va au-delà de la composante biomédicale du diabète de type 2. La mobilisation des partenaires régionaux dans leurs groupes régionaux respectifs de communauté de pratique, que les informateurs clés interrogés ont appelés « groupes de travail », a été une réussite.

L'évaluation relève quelques défis majeurs qui pourraient empêcher l'IDA de répondre aux besoins et aux priorités, notamment l'impact des contraintes financières, les problèmes de personnel, les désavantages technologiques auxquels sont confrontés certains clients et l'incidence de l'insécurité alimentaire.

Stratégie canadienne sur le tabac

En 2017-2018, dans le cadre de la SFLT, 56 % des collectivités inuites et des Premières Nations avaient accès à des activités de lutte contre le tabagisme¹⁰. Un certain nombre de réussites ont été démontrées, par exemple : le doublement du nombre d'espaces non-fumeurs intérieurs et extérieurs dans les collectivités; 173 nouvelles résolutions relatives au tabagisme adoptées à l'échelle locale; une participation accrue des membres de la collectivité aux programmes/interventions d'abandon du tabac, le taux global d'abandon du tabac dépassant le taux estimé parmi d'autres groupes de la population générale au Canada¹¹.

L'enquête a révélé que 53 % des répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que la Stratégie canadienne sur le tabac fonctionnait efficacement pour réduire l'usage du tabac commercial. Dans le cadre d'entrevues avec des informateurs clés, les efforts d'abandon du tabac ont été considérés comme un défi majeur. Les répondants à l'enquête ont également signalé des défis importants en matière de maintien en poste du personnel, de promotion de la participation communautaire et de mobilisation des personnes avant qu'elles ne commencent à fumer. De plus, étant donné les racines culturelles et spirituelles importantes du tabagisme dans de nombreuses pratiques des Premières Nations, la recherche sur l'abandon du tabac a montré que les interventions adaptées sur le plan culturel renforcent l'efficacité des programmes de lutte contre le tabagisme chez les Autochtones.

Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (NNC)

La récente évaluation horizontale de NNC a révélé que les initiatives d'éducation nutritionnelle financées par la DGSPNI étaient un succès clé¹². L'augmentation de la participation aux initiatives communautaires d'éducation en matière de nutrition montre que plus de gens acquièrent les connaissances et les compétences dont ils ont besoin pour manger sainement. L'évaluation a également révélé que la demande est plus forte pour certains types d'activités, notamment celles qui visent l'acquisition de

¹⁰ Avec le passage d'un financement basé sur des propositions à un financement continu en 2018-2019, on suppose que le nombre de collectivités ayant des activités de lutte contre le tabagisme a augmenté.

¹¹ FTCS Annual Outcome Report 2017-18 (*Disponible uniquement en anglais*)

¹² [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](http://rcaanc-cirnac.gc.ca)

connaissances et de compétences concernant les aliments traditionnels et les activités de formation et de sensibilisation en matière de nutrition qui ont lieu chez les détaillants.

De nombreux répondants aux entrevues avec les informateurs clés et à l'enquête ont exprimé des préoccupations quant à l'admissibilité aux initiatives d'éducation nutritionnelle. Le financement dépend actuellement du fait que la collectivité des Premières Nations réponde aux critères d'admissibilité à la subvention de NNC administrée par RCAANC. Même si les initiatives d'éducation nutritionnelle fonctionnent comme une composante de Nutrition Nord Canada, des informateurs clés interrogés ont indiqué que l'éducation nutritionnelle demeure pertinente pour toutes les collectivités et que les critères d'admissibilité actuels ne répondent pas aux besoins de bon nombre d'entre elles. Les répondants à l'enquête et aux entrevues avec des informateurs clés ont également exprimé des préoccupations au sujet de l'insuffisance du financement des initiatives d'éducation nutritionnelle, compte tenu du prix élevé des aliments dans le Nord et des frais de déplacement des agents de santé communautaire qui desservent plusieurs collectivités.

Changements climatiques

Les effets des changements climatiques sur le programme Vie saine sont potentiellement importants, surtout dans le contexte des collectivités éloignées et isolées. Deux éléments doivent être pris en compte en ce qui concerne les effets des changements climatiques dans le cadre des sous-programmes Vie saine : les répercussions sur la chaîne d'approvisionnement alimentaire et les changements dans la disponibilité des aliments traditionnels ou prélevés dans la nature à la suite de modifications de l'environnement et des écosystèmes (p. ex., changements dans les habitudes de migration des animaux, changements de température, conditions météorologiques extrêmes comme les incendies et les inondations). Ces deux éléments peuvent avoir une incidence sur la disponibilité d'aliments nutritifs qui sont des éléments importants de l'IDA et des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, ainsi que sur la sécurité alimentaire en soi dans les collectivités éloignées, isolées et nordiques.

Les changements climatiques ont un impact sur la sécurité alimentaire et, par conséquent, peuvent avoir un impact sur le programme VS. De nombreuses activités communautaires soutenues par les sous-programmes VS visent à améliorer l'accès à des aliments nutritifs et leur disponibilité, par exemple en intégrant des aliments sains achetés en magasin et des aliments traditionnels, et en soutenant les activités de jardinage. Les répondants à l'enquête et les informateurs clés interrogés ont indiqué que les changements climatiques nuisent à la fiabilité de la chaîne d'approvisionnement alimentaire, car les routes de glace autrefois fiables utilisées pour le transport des denrées alimentaires sont de plus en plus impraticables ou fonctionnent moins longtemps en raison du gel tardif ou de la fonte précoce. En outre, les changements des habitudes de migration des animaux, les conditions météorologiques extrêmes et les changements de température ont eu un impact sur la disponibilité locale des plantes et des animaux, augmentant ainsi les défis de la sécurité alimentaire.

Transfert de services

Dans toutes les régions, de nombreuses collectivités s'orientent progressivement vers des ententes de financement souples et, bien qu'il s'agisse d'une étape positive dans le continuum du transfert de services, il reste des obstacles à franchir pour transférer directement aux collectivités les responsabilités financières. Plus important encore, les informateurs clés interrogés ont mentionné que le rôle que joue SAC en matière de surveillance financière (p. ex., les outils de gestion et les bases de données) n'est pas encore transféré aux directeurs et au personnel de la santé communautaire, ce qui constitue un aspect administratif important du transfert de services. Ce facteur empêche les bureaux régionaux de SAC de s'adapter à l'évolution des priorités communautaires fondées sur les besoins.

Pratiques exemplaires

L'évaluation présente plusieurs pratiques exemplaires qui ont été mises en évidence par les informateurs clés de SAC dans les bureaux nationaux et régionaux. Parmi la liste des pratiques exemplaires présentées dans l'évaluation, les initiatives suivantes se sont démarquées : l'inclusion des pratiques du tabac traditionnel et des activités terrestres; la création de groupes de travail intrarégionaux sur l'ADI, spécifiques à chaque région ; et diverses pratiques exemplaires telles que les coordonnateurs régionaux du diabète et les coordonnateurs de la sécurité alimentaire. De plus, l'évaluation a compilé les principes directeurs généraux communiqués par les informateurs clés interrogés en ce qui concerne les leçons apprises dans la conception des programmes communautaires.

Premières répercussions de la COVID-19

Bien qu'elles ne fassent pas partie de la portée initiale, l'évaluation a porté sur les premières répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le programme Vie saine. Les restrictions sanitaires liées à la COVID-19 ont fortement impacté la réalisation de cette évaluation. En particulier, les restrictions de voyage qui en ont résulté ont affecté l'incapacité de l'équipe d'évaluation à effectuer des visites sur site et à interroger directement les utilisateurs finaux. De plus, la disponibilité des répondants (à la fois les répondants au sondage et les entrevues avec les informateurs clés) était un autre facteur limitatif. Il s'agit d'informations contextuelles importantes pour mieux comprendre comment le programme a évolué pour relever les défis et les contraintes engendrés par la COVID-19. Toutes les évaluations menées au cours de la période de mars 2020-2021 ont inclus les premiers impacts de la COVID-19 sur la programmation. Les évaluations futures s'efforceront d'examiner toute l'étendue de l'impact de COVID-19. Les informateurs clés ont abordé les thèmes suivants dans le contexte de la COVID-19 : les effets sur les activités prévues liées à la vie saine; les défis liés aux sous-programmes; et toute répercussion imprévue découlant de la réponse de SAC à la pandémie de COVID-19. Les effets de la pandémie de COVID-19 sur le programme Vie saine et les sous-programmes connexes ont été notables. La COVID-19 a posé plusieurs défis à la mise en œuvre du programme Vie saine, notamment l'adaptation des activités aux plateformes en ligne. Bien que cette situation ait posé des problèmes d'accès et de participation à certains membres de la collectivité, cela a également

permis à divers clients qui n'auraient pas autrement participé aux activités ciblées de participer à des activités en ligne.

Recommandations

À la lumière des constatations du présent rapport d'évaluation, il est recommandé¹³ que SAC :

1. Collaborer avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC chargés de la mesure du rendement afin d'établir des liens avec les partenaires des Premières Nations afin d'appuyer l'élaboration d'une stratégie en matière de données visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement de Vie saine aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones; les mécanismes d'échange de données; la normalisation des données; la réduction des fardeaux liés à l'établissement de rapports; l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et le transfert progressif des services.
2. Collabore avec les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé pour explorer les mécanismes potentiels d'un financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la prestation de programmes Vie saine en fonction des besoins et les priorités uniques des collectivités, en tenant compte de l'éloignement et du transfert progressif des services.
3. Soutienne les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé pour qu'ils continuent d'intégrer les principes d'inspiration autochtone ou un cadre potentiel qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le programme Vie saine.
4. En s'appuyant sur les pratiques exemplaires, explore les possibilités de soutenir l'échange d'information entre les travailleurs du programme Vie saine et entre les sous-programmes, comme moyen d'améliorer continuellement l'efficacité et de déterminer les besoins communs et les pratiques exemplaires à l'échelle régionale et communautaire.

¹³ Veuillez consulter la section 11 pour les justifications associées à chaque recommandation.

Réponse et plan d'action de la direction

Titre du projet : Évaluation du programme Vie saine

1. Réponse de la direction

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits de Services aux Autochtones Canada (DGSPNI de SAC) reconnaît et est d'accord et/ou est en partie d'accord avec les recommandations énoncées dans le rapport d'évaluation du programme Vie saine effectuée par la Direction de l'évaluation de Services aux Autochtones Canada.

Pour ce qui est de toutes les recommandations, la DGSPNI de SAC reconnaît l'importance d'une mesure engagée et dévouée en faveur de l'autodétermination des peuples autochtones et du transfert des services. La DGSPNI de SAC appuie les Premières Nations afin que celles-ci aient une influence sur les programmes et les services de santé qui les concernent, qu'elles les gèrent et les contrôlent davantage, et que l'accès à des services de santé de qualité soit amélioré. Tout en appuyant ces changements, la DGSPNI de SAC continue de collaborer avec les partenaires et les communautés des Premières Nations en vue de faire progresser leurs priorités, par exemple, en appuyant la formation et les efforts de renforcement des capacités dans les régions et en facilitant l'accès aux services, aux soutiens et aux ressources en matière de modes de vie sains (p. ex. la nutrition, la sécurité alimentaire) ou les liaisons vers ceux-ci. Nous travaillerons avec nos partenaires pour examiner les possibilités de financement durable en intégrant les pratiques traditionnelles et le transfert de connaissances en matière de pratiques exemplaires. La DGSPNI de SAC s'est engagée à participer à des discussions avec les partenaires des Premières Nations, y compris l'Assemblée des Premières Nations, afin de déterminer la voie à suivre collectivement pour aborder ces enjeux.

La DGSPNI de SAC reconnaît que des lacunes persistantes en matière de données nuisent à la santé et au bien-être généraux, ainsi qu'à la prestation efficace des services dans l'ensemble du Ministère. Il existe des problèmes liés aux données au sein du programme et il s'agit d'un défi plus large dans l'ensemble du secteur. Le problème est intersectoriel et interconnecté, et constitue une priorité pour l'ensemble du Ministère. Par conséquent, la DGSPNI de SAC est partiellement d'accord avec la recommandation 1, car un programme individuel ne détient que certains des leviers permettant de mettre en œuvre cette recommandation. Nous entreprendrons des travaux progressifs dans le cadre de l'élaboration d'une stratégie en matière de données décrite dans la recommandation 1 visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement des modes de vie sains aux niveaux communautaire, régional et national. Nous dirigerons nos efforts vers l'analyse des lacunes et la mise à jour des instruments de collecte de données sur les modes de vie sains, conformément au Cadre ministériel des résultats. Nous travaillerons dans le cadre des efforts actuels du Ministère pour assurer une approche cohérente et unifiée des données des Premières Nations dans tous les secteurs de SAC. Cette approche respecte le mandat actuel de SAC, selon lequel le contrôle par les Autochtones produit de meilleurs résultats pour les peuples autochtones. Les données ne font pas exception.

Il convient de noter que cette évaluation vise la période de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2018-2019. Étant donné que la collecte des données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 avec les restrictions de voyage qui en ont découlé, les visites directes sur place ont plutôt été remplacées par des entrevues vidéo ou téléphoniques au moyen de diverses plateformes de communication à l'aide d'une approche mixte. Le Ministère reconnaît que cette évaluation a été entreprise pendant le pic de la pandémie de la COVID-19, lorsque de nombreux programmes et services de vie saine ont été réduits ou suspendus et que les bénéficiaires et les communautés ont détourné des ressources pour répondre aux besoins essentiels liés à la pandémie. Le choix du moment de l'évaluation a limité considérablement la participation à cette évaluation, surtout au niveau communautaire. À mesure que les programmes et les services réguliers reprennent, la DGSPNI de SAC s'appuiera sur ce qui a été entendu au cours de l'évaluation en collaborant avec ses partenaires et les communautés des Premières Nations pour déterminer les besoins et les mesures de soutien nécessaire pour reprendre et renforcer les programmes.

Le rapport d'évaluation indique plusieurs sujets intersectoriels, comme le transfert des services et la mesure du rendement, qui touchent non seulement le programme Vie saine, mais le Ministère dans son ensemble. Dans cette optique, le plan d'action est axé sur la collaboration avec les partenaires des Premières Nations, les secteurs de SAC et les autres ministères fédéraux.

La DGSPNI de SAC compte entamer immédiatement la mise en œuvre des recommandations. L'Équipe Évaluation SAC procédera à un examen annuel de la réponse et du plan d'action de la direction, et le transmettra au Comité de la mesure du rendement et de l'évaluation (CMRE) de SAC afin de suivre les progrès et les activités.

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	
<p>1. Collaborer avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC chargés de la mesure du rendement afin d'établir des liens avec les partenaires des Premières Nations afin d'appuyer l'élaboration d'une stratégie en matière de données visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement de Vie saine aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones; les mécanismes d'échange de données; la normalisation des données; la réduction des fardeaux liés à l'établissement de rapports; l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et le transfert progressif des services.</p>	<p>Nous <u>sommes en partie</u> d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes en partie)</p> <p>La DGSPNI de SAC est en partie d'accord avec cette recommandation, car il s'agit d'une question qui concerne l'ensemble du secteur et qui s'aligne sur les efforts ministériels plus vastes visant à transformer l'approche actuelle des données sur les Autochtones dans tous les secteurs (p. ex. santé, éducation, services à l'enfance et à la famille).</p> <p>La DGSPNI de SAC</p> <ul style="list-style-type: none"> travaillera avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC responsable de la mesure du rendement pour s'assurer que notre travail de mesure du rendement est aligné sur la stratégie ministérielle plus large en matière de données et orienté par celle-ci, y compris les progrès réalisés par le Ministère pour régler des questions comme la capacité et la souveraineté des données autochtones, les mécanismes d'échange de données, la normalisation des données, la réduction des fardeaux liés à l'établissement de rapports, l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et le transfert de services. 	<p>Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population (BSPP), Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)</p> <p>Robin Buckland, directrice générale et infirmière en chef, Bureau des soins de santé primaires, DGSPNI, SAC</p>	<p><i>Date de début :</i> Octobre 2022</p> <p><i>Achèvement :</i> 31 mars 2024</p> <p>1.1 juin 2023 1.2 septembre 2023 1.3 décembre 2023 1.4 mars 2024</p>	<p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Entièrement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Partiellement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en œuvre non entamée</p> <p><input type="checkbox"/> Obsolète</p> <p>Mise à jour / Justification :</p> <p>En date du : (16 septembre 2022)</p>

	<p>Plus particulièrement :</p> <p>Mesure 1.1: Entreprendre l'analyse de la portée et des lacunes des données utilisées pour le programme Vie saine. (T1 2023-2024)</p> <p>Mesure 1.2: Engager un ou plusieurs experts autochtones pour donner des conseils sur les indicateurs des résultats liés à la Vie saine. (T2 2023-2024)</p> <p>Mesure 1.3: Élaborer des options pour la mise à jour des indicateurs Vie saine et des instruments de collecte de données. (T3 2023-2024)</p> <p>Mesure 1.4: Mettre à jour les profils d'information sur le rendement et les instruments de collecte de données Vie saine. (T4 2023-2024)</p>			
<p>2. SAC collaborera avec les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé afin d'étudier les mécanismes possibles d'un financement accru et durable pour mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et l'exécution de programmes Vie saine en fonction des besoins et des priorités uniques communautaires, en tenant compte de l'éloignement et du transfert progressif des services.</p>	<p>Nous __sommes__ d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes en partie)</p> <p>Pour appuyer cette recommandation, le Programme de vie saine :</p> <p>Mesure 2.1: Rencontrera l'Assemblée des Premières Nations pour discuter des priorités et des besoins en matière de prévention et de gestion des maladies chroniques dans les communautés. (T4 2022-2023)</p> <p>Mesure 2.2: Explorera les mécanismes potentiels pour un financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la mise en œuvre du programme Vie saine.</p>	<p>Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population (BSPP), Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)</p> <p>Robin Buckland, directrice générale et infirmière en chef, Bureau des soins de santé primaires, DGSPNI, SAC</p>	<p><i>Date de début :</i> <i>Octobre 2022</i></p> <hr/> <p><i>Achèvement :</i> <i>31 mars 2024</i></p> <p>2.1 mars 2023 2.3 juin 2023 2.4 septembre 2023</p>	<p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Entièrement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Partiellement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en œuvre non entamée</p> <p><input type="checkbox"/> Obsolète</p> <p>Mise à jour / Justification :</p> <p>En date du : <i>(Insérer la mise à jour ici)</i></p>

	<p>Mesure 2.3: Aura des discussions avec les responsables régionaux, les autres secteurs de SAC et d'autres ministères du gouvernement fédéral afin d'explorer les possibilités d'accroître le soutien aux programmes et services vie saine. (T1 2023-2024)</p> <p>Mesure 2.4: Rendra compte des considérations potentielles. (T2 2023-2024)</p>			
<p>3. Appuyer les partenaires des Premières Nations et des systèmes de santé afin qu'ils puissent continuer d'intégrer les principes dirigés par les Autochtones ou un cadre possible qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le programme Vie saine.</p>	<p>Nous <u>sommes</u> d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes en partie)</p>	<p>Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population (BSPP), Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)</p>	<p><i>Date de début :</i> Octobre 2022</p>	<p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Entièrement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Partiellement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en œuvre non entamée</p> <p><input type="checkbox"/> Obsolète</p> <p>Mise à jour / Justification :</p> <p>En date du : (Insérer la mise à jour ici)</p>
	<p>Pour appuyer cette recommandation, le programme Vie saine :</p> <p>Mesure 3.1: Aura des discussions avec les partenaires des Premières Nations par l'entremise de réseaux régionaux, ainsi qu'avec des organisations telles que la National Indigenous Diabetes Association, afin de soutenir les approches de mise en commun qui intègrent les pratiques et les enseignements traditionnels. (T1 2023-2024)</p> <p>Mesure 3.2: Rendra compte des activités qui ont eu lieu, y compris les nouvelles approches utilisées pour mettre en commun l'intégration des pratiques traditionnelles dans les programmes et les services. (T4 2023-2024)</p>		<p><i>Achèvement :</i> 31 mars 2024</p> <p>3.1 juin 2023 3.2 mars 2024</p>	
<p>4. En s'appuyant sur les pratiques exemplaires, étudier les possibilités d'appuyer l'échange de renseignements entre les travailleurs de Vie saine et entre les sous-programmes, afin d'améliorer continuellement l'efficacité et de déterminer les</p>	<p>Nous <u>sommes</u> d'accord. (sommes, ne sommes pas, sommes en partie)</p> <p>_____</p> <p>Pour appuyer cette recommandation, le programme Vie saine :</p>	<p>Dr Tom Wong, médecin en chef de la santé publique et directeur général, Bureau de la santé publique et de la population (BSPP), Direction générale de la santé des Premières</p>	<p><i>Date de début :</i> Octobre 2022</p> <p><i>Achèvement :</i> 31 mars 2024</p>	<p>Statut :</p> <p><input type="checkbox"/> Entièrement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Partiellement mis en œuvre</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en œuvre non entamée</p> <p><input type="checkbox"/> Obsolète</p>

<p>besoins communs et les pratiques exemplaires aux niveaux régional et communautaire.</p>	<p>Mesure 4.1: Déterminera les mécanismes actuels de communication de renseignements sur la Vie saine avec les partenaires et les communautés des Premières Nations. (T1 2023-2024)</p> <p>Mesure 4.2: Rencontrera les partenaires des Premières Nations et les réseaux régionaux afin de tirer parti des possibilités existantes et d'en trouver de nouvelles pour mettre en commun les pratiques prometteuses ou exemplaires entre les communautés et les partenaires. (T1 2023-2024)</p> <p>Mesure 4.3: Établira des mécanismes pour la communication régulière des pratiques exemplaires. (T4 2023-2024)</p>	<p>Nations et des Inuits (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)</p>	<p>4.1 juin 2023 4.2 juin 2023 4.3 mars 2024</p>	<p>Mise à jour / Justification :</p> <p>En date du : <i>(Insérer la mise à jour ici)</i></p>
--	---	--	--	--

1.0 Introduction

L'objectif général de l'évaluation était d'examiner le programme Vie saine ainsi que ses sous-programmes constitutifs, comme décrit dans le plan d'évaluation quinquennal de SAC, conformément à la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor (CT).

L'évaluation a porté sur les trois sous-programmes suivants de la série du programme Vie saine : l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA), la Stratégie canadienne sur le tabac (SCT) (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – volet Premières Nations et Inuits) et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC. Le programme Vie saine et ses sous-programmes sont appuyés et exécutés par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) au sein de SAC¹⁴. L'évaluation couvre les exercices 2013-2014 à 2018-2019, mais comprend également les activités entreprises à partir d'avril 2019 jusqu'à l'exercice 2019-2020 inclusivement¹⁵. Le financement total alloué au programme VS (y compris les sous-programmes et les domaines d'action) de 2013-2014 à 2018-2019 était d'environ 426 millions de dollars.

2.0 Aperçu du programme Vie saine

2.1 Description du programme

Le programme Vie saine finance et soutient des programmes et services communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies adaptés sur le plan culturel dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Les activités que le financement appuie comprennent la promotion de saines habitudes de vie et la création d'environnements favorables dans les domaines de la saine alimentation, de la sécurité alimentaire, de l'activité physique, du tabagisme et de la prévention, de la gestion et du dépistage des maladies chroniques. L'évaluation du programme Vie saine est axée sur les trois sous-programmes¹⁶, soit l'IDA, la SCT et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC. Les domaines d'action du programme Vie saine, soit la nutrition, la prévention des maladies chroniques et la prévention des blessures n'ont pas été inclus dans l'évaluation.

Initiatives sur le diabète chez les Autochtones

L'IDA vise à réduire la prévalence du diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Le financement de l'IDA soutient les programmes, les services et les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dirigés par la communauté et fournis par les travailleurs communautaires et les fournisseurs de services de santé. Pendant la période de cette évaluation, l'ADI était le seul sous-

¹⁴ Le programme Vie saine relevait auparavant de Santé Canada. Depuis la création de SAC, le programme a été transféré de Santé Canada au nouveau ministère (SAC).

¹⁵ Bien qu'elles ne faisaient pas partie de la portée initiale, l'évaluation a examiné les premières répercussions de la pandémie de COVID-19 sur le programme Vie saine.

¹⁶ Conformément à l'architecture d'harmonisation des programmes, le programme Vie saine est une sous-sous-activité et ses éléments sont des sous-sous-sous-programmes, mais par souci de simplicité dans le présent document, on parlera d'éléments de sous-programme.

programme du Programme vie saine financé universellement, toutes les communautés ayant accès au financement de l'ADI. Le programme compte quatre volets :

- Promotion de la santé et prévention primaire à l'échelle communautaire;
- Dépistage et gestion;
- Renforcement des capacités et formation;
- Mobilisation des connaissances.

Le nombre d'éléments de programme de l'IDA qui sont offerts dans chacune des collectivités varie selon les besoins, les priorités et la capacité à l'échelle locale.

Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)¹⁷

Le volet Premières Nations et Inuits de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) était une initiative de développement des connaissances axée sur les projets qui a commencé en 2014-2015 et s'est poursuivie tout au long de la période visée par la présente évaluation. Dans le cadre de la SFLT, on a fourni un financement fondé sur des propositions qui a soutenu la mise en œuvre de 16 projets et 3 stratégies, touchant environ 56 % des collectivités inuites et des Premières Nations. La SFLT a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de projets de lutte contre le tabagisme exhaustifs, holistiques et adaptés aux particularités culturelles qui visaient à réduire l'usage du tabac commercial, tout en continuant de respecter et de reconnaître les formes traditionnelles et l'usage rituel du tabac au sein des collectivités des Premières Nations. La SFLT s'inspirait de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la Santé pour la lutte antitabac et comprenait une approche globale de la lutte antitabac, organisée autour de 6 éléments d'intervention essentiels, à savoir : 1) Protection; 2) Réduction de l'accès aux produits du tabac; 3) Prévention; 4) Éducation; 5) Abandon; et 6) Recherche et évaluation.

Les projets ont participé activement à une communauté de pratique, un forum permettant de partager les connaissances, les leçons apprises, les réussites et les pratiques prometteuses en vue de la réduction du tabac commercial.

Une étude de cas comportant les premiers résultats du volet Premières Nations et Inuits de la SFLT (de 2014-2015 et 2015-2016) a été incluse dans l'évaluation de l'initiative horizontale de la SFLT qui a été réalisée par le Bureau de la vérification et de l'évaluation de Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada en 2017¹⁸.

La SFLT a été renouvelée en 2018 et elle a été renommée « Stratégie canadienne sur le tabac » (SCT). La SCT est une stratégie globale dirigée par Santé Canada qui vise à aider les fumeurs canadiens à cesser de fumer ou à réduire les méfaits de leur dépendance à la nicotine et à protéger la santé des jeunes et des non-fumeurs contre

¹⁷ Anciennement connue sous le nom de Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme. La Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) renouvelée a été rebaptisée Stratégie canadienne sur le tabac (STC) en 2018.

¹⁸ [Évaluation de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme 2012-2013 to 2015-2016](#)

les dangers du tabagisme. Les principaux thèmes de la SCT renouvelée sont les suivants :

- Aider les Canadiens à cesser de fumer;
- Protéger les jeunes et les non-fumeurs contre la dépendance à la nicotine;
- Appuyer les approches autochtones visant à réduire l'usage du tabac commercial;
- Renforcer les connaissances scientifiques, la surveillance et les partenariats.

Par l'entremise de la STC, SAC fournit du financement pour appuyer les collectivités autochtones partout au Canada dans l'élaboration et la mise en œuvre d'approches distinctes des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour réduire l'usage du tabac commercial. Cette approche soutient l'autodétermination des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour déterminer les besoins et les priorités des personnes, des familles et des collectivités, et soutient le contrôle autochtone sur la conception et la prestation de services adaptés sur le plan culturel.

Bien que la période d'évaluation ait coïncidé avec la précédente SFLT, dans le reste on parlera de la SCT, tout en reconnaissant que des différences clés existent entre les stratégies en ce qui concerne la répartition du financement et l'approche.

Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada

Nutrition Nord Canada est un programme du gouvernement du Canada qui aide à produire des aliments nutritifs et certains articles essentiels dans les collectivités nordiques isolées admissibles, au moyen d'une subvention aux détaillants et d'une subvention pour le soutien aux chasseurs-cueilleurs, versées par l'entremise de RCAANC et des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, soutenues par SAC et l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

Les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC sont financées par SAC pour soutenir des activités éducatives en matière de nutrition adaptées aux réalités culturelles offertes par les détaillants et les collectivités dans les collectivités inuites et des Premières Nations du Nord isolées admissibles. Les activités visent à accroître les connaissances au sujet d'une saine alimentation et l'aptitude à choisir et à préparer des aliments sains achetés et traditionnels ou prélevés dans la nature. Les collectivités décident elles-mêmes des activités à entreprendre en fonction de leurs priorités et besoins locaux. Les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC ont été incluses dans le champ de l'évaluation horizontale de NNC pour les années financières 2012-2013 à 2017-2018, publiée en 2020¹⁹.

À SAC, la DGSPNI est responsable de fournir le financement et le soutien des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC dans le cadre du programme Vie saine à toutes les collectivités inuites et des Premières Nations admissibles au programme.

¹⁹ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada](#)

2.2 Objectifs et résultats attendus du programme

L'objectif du programme Vie saine est d'atténuer les risques élevés et le mauvais état de santé liés aux maladies chroniques et aux blessures chez les personnes, les familles et les collectivités inuites et des Premières Nations. Les paragraphes suivants décrivent les résultats et les objectifs immédiats, intermédiaires et finaux du programme, selon son modèle logique :

Résultats immédiats

- i. Les Premières Nations et les Inuits ont les moyens d'appuyer les sous-programmes Vie saine.
- ii. Les Premières Nations et les Inuits ont accès aux sous-programmes Vie saine.
- iii. Les Premières Nations et les Inuits connaissent les questions et les pratiques liées au programme Vie saine.

Résultats intermédiaires

- i. Les Premières Nations et les Inuits adoptent de saines habitudes de vie.

Résultat final

- i. Les membres des Premières Nations et des Inuits et leurs collectivités sont en meilleure santé.

Le modèle logique du programme Vie saine est présenté à l'annexe B.

De plus, le programme Vie saine s'harmonise avec les appels à l'action suivants, publiés par la Commission de vérité et réconciliation en juin 2015²⁰ :

Appel à l'action n° 18 : Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.

Appel à l'action n° 19 : Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner les écarts et les combler dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Ces efforts seraient concentrés sur des indicateurs tels que les suivants : la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, les toxicomanies, l'espérance de vie, les taux de natalité, les

²⁰ Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada : [Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action | Conférence religieuse canadienne \(crc-canada.org\)](http://Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action | Conférence religieuse canadienne (crc-canada.org))

problèmes de santé des nouveau-nés et des enfants, les maladies chroniques, l'incidence de maladies et de blessures, et la disponibilité des services de santé appropriés.

Appel à l'action n° 20 : Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.

2.3 Gestion du programme et partenaires clés

Gestion du programme

Le personnel de la DGSPNI au bureau national, dans la région de la capitale nationale, dirige l'élaboration et la planification des politiques stratégiques et du programme, en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les partenaires des Premières Nations au niveau national (c.-à-d. les organisations autochtones nationales). Les principales responsabilités du bureau national sont la conception du cadre du programme, l'affectation de fonds du programme national aux sous-programmes, la surveillance du programme national, la collecte et l'analyse de données, la production de rapports et l'évaluation, la prestation de conseils ou d'instructions sur l'exécution du programme, et la collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les partenaires inuits et des Premières Nations afin de cerner et de combler les lacunes des sous-programmes Vie saine et des services. Le bureau national peut également mettre en place et gérer des modalités de financement pour les partenaires et intervenants nationaux.

Les bureaux régionaux de la DGSPNI jouent un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit d'aider les collectivités à exécuter les programmes en travaillant avec les partenaires inuits et des Premières Nations aux échelons régionaux et locaux. Ils doivent par ailleurs gérer les ententes de financement, surveiller le rendement des programmes et regrouper l'information. À l'exception de la région du Nord, les régions soutiennent également les collectivités dans l'exécution des programmes lorsque cela est nécessaire ou demandé par les bénéficiaires de financement ou les collectivités. Le fonctionnement du programme Vie saine varie considérablement d'une région à l'autre. Par conséquent, l'information recueillie auprès des régions pour cette évaluation peut varier et ne permettra pas nécessairement de faire des comparaisons entre les régions.

La région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux et les gouvernements autonomes des Premières Nations au Yukon et dans certaines collectivités des Territoires du Nord-Ouest. Au Nunavut et dans le reste des Territoires du Nord-Ouest, la région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux pour négocier les ententes de financement des programmes de santé et s'assure que les partenaires des Premières Nations participent au processus décisionnel. Chaque territoire verse des fonds aux collectivités et à des organismes tels que les conseils de bande des Premières Nations, les autorités sanitaires, les associations inuites et les organismes bénévoles et à but non lucratif. Les

programmes visent toute la population de chaque territoire, pas seulement les Premières Nations. Le programme Vie saine dans le Nord a donc des modèles de rapport particuliers utilisés pour recueillir des données de mesure du rendement qui serviront dans les évaluations, le cas échéant.

Les collectivités, les conseils tribaux ou d'autres organismes de santé autochtones sont financés au moyen d'ententes de financement pour appuyer la mise en œuvre et l'exécution du programme Vie saine. La mise en œuvre et le soutien de la collectivité ou du conseil tribal sont uniques et fondés sur les besoins et les priorités des collectivités ou des conseils/organismes tribaux. Ils comprennent souvent la mise en œuvre de diverses activités de vie saine, le renforcement des capacités internes par l'embauche, la gestion et la formation du personnel des programmes communautaires, la fourniture de bureaux et d'outils et de ressources pour les programmes, et la collaboration avec d'autres programmes et partenaires.

Partenaires du programme

Les collectivités des Premières Nations sont diversifiées sur le plan de la culture, des langues, de la situation géographique, de la taille de la population, des besoins en matière de santé, des priorités, du niveau de financement accordé par la DGSPNI, de l'accès aux services de santé provinciaux et de leur capacité à gérer leurs propres services. Par conséquent, les collectivités ou les conseils tribaux peuvent modifier les programmes en fonction de ces facteurs afin de mieux répondre à leurs priorités et besoins en matière de santé. Les différences entre les programmes peuvent influencer sur le type de données recueillies et sur l'effet potentiel des programmes et des services.

En appui à l'exécution du programme et à la prestation de services, le programme Vie saine collabore avec un certain nombre d'autres partenaires et intervenants. Par exemple, le programme Vie saine travaille avec :

- des partenaires et des organisations autochtones à l'échelle nationale et régionale;
- d'autres programmes et secteurs de services de la DGSPNI, comme Enfants en santé, Jeunes et familles et Bien-être mental;
- d'autres ministères fédéraux, comme Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, et Agriculture et Agroalimentaire Canada.

Le comité de la haute direction de la DGSPNI est la principale instance décisionnaire de la Direction générale sur les questions relatives à l'élaboration des politiques et à l'établissement des priorités. La haute direction du bureau national et des bureaux régionaux y est représentée, de même que l'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriitit Kanatami (ITK).

3.0 Méthode d'évaluation

3.1 Portée et questions d'évaluation

La présente évaluation couvre la période de l'exercice financier 2013-2014 à 2018-2019 conformément aux exigences du Conseil du Trésor et comprend chacun des trois sous-programmes du programme Vie saine gérés par la DGSPNI-SAC. L'évaluation a été entreprise pour fournir une évaluation neutre et fondée sur des données probantes de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du programme Vie saine, y compris l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie canadienne sur le tabac (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – volet Premières Nations et Inuits) et les initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada. L'évaluation visait également à mettre en évidence les pratiques exemplaires, les défis, les leçons apprises et les recommandations pour renforcer le programme Vie saine et ses sous-programmes. Les domaines d'action du programme Vie saine, soit la nutrition, la prévention des maladies chroniques et la prévention des blessures n'ont pas été inclus dans cette évaluation. De plus, bien que cela ne fasse pas partie de la portée initiale, l'évaluation intègre également des données plus récentes et des mesures prises par SAC pour tenir compte d'autres facteurs ayant une incidence sur les programmes, notamment dans le contexte du transfert de services, des changements climatiques et de la pandémie de COVID-19.

L'évaluation portait uniquement sur les collectivités des Premières Nations. Étant donné que l'ITK a demandé une approche fondée sur les distinctions pour mener les évaluations, l'élément inuit du programme Vie saine sera donc évalué à une date devant être déterminée. De plus, étant donné que les responsabilités relatives aux programmes de santé fédéraux ont été transférées à la Régie de la santé des Premières Nations en vertu de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, la Colombie-Britannique ne fait pas partie du champ d'application de l'évaluation.

L'évaluation a été menée dans l'optique de l'ACS Plus et de l'engagement fédéral envers la vérité et la réconciliation avec les peuples autochtones. L'évaluation comprend les activités et les initiatives du programme Vie saine susmentionnées et entreprises dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada, à l'exception de la Colombie-Britannique et, dans une moindre mesure, dans le Nord, comme il est indiqué ci-dessus.

3.2 Conception et méthodes d'évaluation

L'évaluation est menée à l'interne par l'Équipe Évaluation SAC. Elle s'est appuyée sur une méthode mixte comprenant les sources de données suivantes :

- Analyse documentaire
- Entrevues avec des informateurs clés :
 - 19 entrevues avec des informateurs clés du personnel de la DGSPNI-SAC (y compris le personnel des bureaux nationaux et régionaux);

- une entrevue avec des informateurs clés qui sont des fonctionnaires, mais pas des membres du personnel de SAC;
- neuf entrevues avec des informateurs clés d'organisations partenaires autochtones (p. ex., conseils tribaux et organisations de services de santé des Premières Nations);
- une entrevue avec un informateur clé d'une organisation partenaire non autochtone;
- deux entrevues avec des représentants des collectivités des Premières Nations.
- Enquête en ligne
 - une enquête en ligne auprès de 168 personnes travaillant dans ou avec les collectivités des Premières Nations. Parmi les répondants à l'enquête qui ont répondu à la question de savoir quel était leur rôle au sein du programme Vie saine, 80 % se sont identifiés comme l'un des suivants, par ordre décroissant de fréquence de mention : agents de santé communautaire, directeurs/gestionnaires de la santé, diététiciens/nutritionnistes et infirmiers. Les 20 % restants ont mentionné divers rôles, y compris les travailleurs en bien-être mental, les travailleurs sociaux et une gamme d'autres rôles, chacun étant mentionné par une seule personne.

Comme la collecte des données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et des restrictions de voyage qui en ont découlé, les visites directes sur place n'ont pas été possibles et ont été remplacées par des entrevues vidéo/téléphoniques à distance au moyen de diverses plateformes de communication. La pandémie a également eu des répercussions directes sur la capacité des évaluateurs à interroger les partenaires communautaires. Étant donné que de nombreux partenaires communautaires participaient à la réponse à la COVID-19, les évaluateurs n'ont pas été en mesure de les mobiliser pleinement comme prévu. Cependant, les réponses des partenaires ont été prises en compte dans la présentation des résultats.

3.3 Limites

Le tableau 1 ci-dessous présente les limites auxquelles on a fait face pendant la mise en œuvre des méthodes adoptées pour cette évaluation et les stratégies d'atténuation correspondantes que l'équipe d'évaluation a utilisées pour s'assurer que les résultats de l'évaluation sont fiables et ont été validés.

Tableau 1 : Limites et stratégies d'atténuation correspondantes

<u>Limites</u>	<u>Stratégie d'atténuation</u>
<p>Une limite importante de cette évaluation est que les données sur le rendement du programme ne fournissent que partiellement des données sur les résultats et que les exigences en matière de rapports varient d'une collectivité à l'autre. Par conséquent, il y a un manque de données complètes et cohérentes sur le rendement des programmes aux niveaux immédiat et intermédiaire. De plus, il y a un manque de données qui permettraient de surveiller et d'analyser l'ACS Plus.</p>	<p>L'évaluation visait à recueillir des données primaires du mieux qu'elle pouvait, compte tenu des contraintes importantes de collecte de données pendant l'intervention d'urgence liée à la COVID-19. Dans la mesure du possible, les évaluateurs ont également utilisé les données secondaires disponibles.</p> <p>Les évaluations s'appuient largement sur les données relatives au rendement des programmes comme source fondamentale de données probantes pour évaluer l'efficacité des programmes. Les évaluations triangulent les données sur le rendement avec d'autres sources primaires et secondaires de données qualitatives et quantitatives afin de formuler des conclusions et des recommandations objectives et factuelles.</p>
<p>La pandémie de COVID-19 a empêché les déplacements dans les collectivités et, par conséquent, la capacité à effectuer des visites dans les régions et les collectivités était limitée. Il a donc été impossible de recueillir des données auprès des utilisateurs finaux et des clients des sous-programmes VS, ce qui a donné lieu à l'utilisation de données secondaires, par exemple l'enquête régionale sur la santé, qui donne une image globale des résultats du programme VS, mais qui n'est pas particulièrement axée sur ce dernier.</p>	<p>L'équipe d'évaluation a mené des entrevues virtuelles avec des informateurs clés à différents niveaux du programme : bureau national, bureau régional et au niveau de la collectivité où les sous-programmes sont mis en œuvre. De plus, l'équipe d'évaluation a distribué un sondage électronique qui a reçu des réponses de toutes les régions participant au programme VS partout au Canada.</p>
<p>En raison de la pandémie de COVID-19, il y a eu moins de réponses dans les entrevues avec les informateurs clés et dans l'enquête en ligne de la part des répondants qui soutenaient les sous-programmes de la SCT et de NNC.</p>	<p>D'autres données secondaires ont été utilisées pour compléter les réponses à l'enquête et fournir une analyse plus poussée.</p>
<p>Cette évaluation a eu lieu pendant la transition entre les projets relevant de l'ancienne SFLT – volet Premières Nations et Inuits – et la SCT actuelle, dont le financement est intégré à d'autres fonds destinés au programme VS, et qui a également coïncidé avec la pandémie de COVID-19.</p>	<p>L'évaluation reconnaît que le volet Premières Nations et Inuits de la SFLT était une initiative de développement des connaissances qui a commencé en 2014-2015 dans le cadre de la SFLT et s'est poursuivie tout au long de la période de la présente évaluation 2018-2019. Ainsi, compte tenu de la transition, le champ d'application de cette évaluation ne couvre pas</p>

	la SCT renouvelée, annoncé dans le budget 2018.
En raison de la pandémie de COVID-19 ou pour d'autres raisons, y compris peut-être une plus forte présence de l'IDA dans les collectivités, il y a eu une participation limitée à l'enquête en ligne de la part des collectivités des Premières Nations pour appuyer la SCT et NNC ²¹ .	Les bureaux nationaux et régionaux de SAC ont été inclus comme unités d'analyse afin de fournir une analyse plus poussée lorsque la participation aux enquêtes de la SCT et de NNC était limitée.

3.4 Mobilisation des Autochtones

L'évaluation s'est appuyée sur le protocole de consultation de la DGSPNI-SAC, qui prévoit que les organisations autochtones nationales (dans ce cas, l'Assemblée des Premières Nations) examinent les documents d'évaluation à différentes étapes du processus (rapport méthodologique, conclusions préliminaires et projet de rapport d'évaluation) et formulent des commentaires ou des suggestions sur la méthodologie d'évaluation, les questions à poser pour aider à promouvoir des évaluations culturellement adaptées pour les programmes de la DGSPNI. De plus, les bureaux régionaux de la DGSPNI-SAC ont fait appel à des partenaires autochtones régionaux (p. ex., groupes de partenaires sur la santé, conseils tribaux) de façon moins formelle pour obtenir des commentaires supplémentaires sur la sélection des collectivités et la méthodologie d'évaluation, qu'ils ont ensuite partagés avec l'équipe d'évaluation.

3.5 Organisation des constatations

Certes, l'évaluation considérait le programme Vie saine comme une entité globale, mais l'accent a été mis dans une plus large mesure sur le rendement de chacun des trois sous-programmes, en raison du peu de chevauchement entre eux du point de vue de la gestion et des opérations. Par exemple, l'IDA est financée de manière universelle, tandis que les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC ciblent les collectivités nordiques isolées admissibles. Par ailleurs, en ce qui concerne la transition de la SFLT à la SCT, on est passé d'un financement par projet à un financement continu. Il est intéressant de noter qu'un plus grand nombre de répondants à l'enquête ont reconnu participer à l'IDA ainsi qu'aux initiatives d'éducation nutritionnelle de la SCT ou de NNC. Par conséquent, de nombreuses constatations de l'évaluation s'appliquent aux sous-programmes plutôt qu'à l'ensemble du programme. On peut considérer que les

²¹ Voici un aperçu des répondants à l'enquête par sous-programme. IDA : 94/120 répondants, SCT : 43/115 répondants, IENNNC : 33/112 répondants.

constatations 1 à 11 recouper deux ou plusieurs sous-programmes Vie saine, tandis que les autres s'appliquent précisément à chacun des trois sous-programmes.

4.0 Principales constatations : Pertinence

4.1 Pertinence du programme

Constatation 1 : Le programme Vie saine demeure pertinent. Les problèmes de santé actuels et continus contribuant à la nécessité du programme Vie saine comprennent les inégalités en matière de santé profondément enracinées auxquelles sont confrontées les collectivités des Premières Nations et les répercussions des déterminants sociaux de la santé sur les programmes.

Le programme Vie saine demeure pertinent, car l'Enquête régionale sur la santé²², menée par le CGIPN, a révélé que « *près des trois cinquièmes (59,8 %) des adultes des Premières Nations, un tiers (33,2 %) des jeunes des Premières Nations, et plus d'un quart (28,5 %) des enfants des Premières Nations ont déclaré avoir un ou plusieurs problèmes de santé chroniques. Chez les enfants des Premières Nations, le nombre d'affections déclarées montre une baisse importante par rapport à la phase 2 de l'ERS (2008-2010)*²³. » Il convient de noter que le diabète demeure le problème de santé chronique le plus souvent signalé par le CGIPN chez les adultes des Premières Nations.

En juillet 2018, Diabète Canada a publié son *rapport Diabète 360 : Un cadre pour une stratégie sur le diabète pour le Canada*²⁴, qui met en évidence l'importante crise sanitaire qui touche près de 11 millions de Canadiens atteints de prédiabète ou de diabète. Le rapport indique que, « *pour les Premières Nations, le risque de recevoir un diagnostic de diabète atteint jusqu'à 80 % et, dans certains sous-groupes de cette population, il est encore plus élevé*²⁵. » Par exemple, la prévalence du diabète est 3 à 5 fois plus élevée chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves que chez les Canadiens non autochtones. De plus, les taux de complications liées au diabète sont également plus élevés chez les Premières Nations vivant dans les réserves que chez les Canadiens non autochtones²⁶. Contrairement à la population canadienne en général (où la prévalence est plus élevée chez les hommes que chez les femmes), les femmes des Premières Nations sont plus touchées par le diabète que les hommes des Premières Nations, dans la plupart des groupes d'âge. En fait, les

²² L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) est la première et la seule enquête nationale sur la santé des Premières Nations, administrée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). L'enquête recueille un large éventail d'informations sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les collectivités du Nord.

²³ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3* (p. 1 à 180) Ottawa, ON. Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

²⁴ [Diabète 360°: A Framework for a Diabetes Strategy for Canada - Recommendations for Governments, Diabetes Canada, July 2018 \(Disponible uniquement en anglais\)](#)

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

Autochtones qui reçoivent un diagnostic à un âge de plus en plus jeune, leur état est plus grave au moment du diagnostic et les résultats des traitements sont moins bons que dans la population canadienne générale²⁷.

La prévalence du tabagisme chez les adultes des Premières Nations reste également relativement élevée, la phase 3 de l'Enquête régionale sur la santé indiquant que plus de la moitié (53,5 %) des adultes des Premières Nations fumaient des cigarettes, 40 % d'entre eux déclarant fumer quotidiennement²⁸. La phase 2 de l'Enquête régionale sur la santé a révélé que 56,9 % des adultes des Premières Nations fumaient des cigarettes²⁹. Bien que cela représente une légère diminution de l'usage, les trois phases de l'Enquête régionale sur la santé ont fait état d'une prévalence relativement stable du tabagisme chez les adultes des Premières Nations³⁰. En comparaison, 14,8 % de la population canadienne générale fume³¹.

Outre les taux de prévalence élevés du diabète et du tabagisme, trois facteurs qui contribuent aux inégalités disproportionnées en matière de santé dans les collectivités des Premières Nations sont notables. Premièrement, les inégalités sont profondément ancrées dans la relation historique entre les collectivités des Premières Nations et les systèmes de santé. En particulier, les répercussions de la colonisation se sont traduites par « *un héritage comprenant la dépossession environnementale, la dégradation des terres, des conditions de vie inférieures aux normes, l'accès inadéquat aux services de santé, l'exclusion sociale et la rupture avec la collectivité, la langue, la terre et la culture. Ces politiques ont été clairement liées à des conséquences néfastes pour la santé des personnes et de la collectivité*³². »

Deuxièmement, la nature complexe et interreliée des déterminants sociaux de la santé contribue aux graves problèmes de santé auxquels de nombreuses collectivités des Premières Nations continuent de faire face. L'ASPC reconnaît que la santé est déterminée par la nature complexe et interreliée des déterminants sociaux de la santé entre les facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique et le comportement individuel. L'ASPC a cerné douze déterminants sociaux de la santé : le genre, la culture, les services de santé, le revenu et la situation sociale, les réseaux de soutien social, le niveau d'instruction et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de vie

²⁷ Diabète Canada, Rapport sur le diabète 2015 – Agir pour le changement

²⁸ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3 (p. 1 à 180) Ottawa, ON. Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

²⁹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 2 (p. 1 à 440) Ottawa, ON. Extrait de [ccd66b67e9debb2c92f4a54703e1d050_First-Nations-Regional-Health-Survey-RHS-2008-10-National-Report.pdf](https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf) (fnigc.ca)

³⁰ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3 (p. 1 à 180) Ottawa, ON. Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

³¹ Statistique Canada [Tableau 13-10-0096-10 Fumeurs, selon le groupe d'âge](https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310009610&request_locale=fr)

³² King, Smith et Gracey, 2009; CCNSA, 2018

et les compétences d'adaptation personnelles, le développement des enfants en santé et le patrimoine biologique et génétique³³. En fait, 70 % des répondants à l'enquête en ligne étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les sous-programmes Vie saine accordaient une attention appropriée à l'intégration des divers déterminants sociaux de la santé, comme le revenu, le niveau d'instruction et l'environnement physique. Par exemple, le programme VS prend en compte les différents niveaux de revenus lorsqu'il recommande aux clients d'acheter des aliments sains, introduit des activités éducatives ciblées pour différents groupes d'âge (p. ex., élèves du primaire et élèves du secondaire), et recommande des activités physiques accessibles aux personnes vivant dans les réserves.

Enfin, la répartition inéquitable des ressources économiques, combinée à d'autres déterminants sociaux de la santé, a contribué à aggraver les problèmes d'insécurité alimentaire auxquels sont confrontées les collectivités des Premières Nations. Les problèmes d'insécurité alimentaire peuvent être liés à l'apport insuffisant de plusieurs nutriments, ce qui contribue probablement aux inégalités disproportionnées en matière de santé auxquelles sont confrontées les collectivités des Premières Nations. L'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (2008-2018)³⁴ a révélé qu'en moyenne, dans toutes les régions, 37 % de tous les ménages participants dans les réserves étaient en situation d'insécurité alimentaire, alors que la prévalence régionale variait de 30,8 % à 45,5 %, soit jusqu'à plus de 5 fois plus que la prévalence de l'insécurité alimentaire des ménages dans la population canadienne générale (qui était de 8,8 % en 2017-2018)³⁵. Par exemple, l'ASPC a signalé que la prévalence du diabète de type 2 chez les membres des Premières Nations est élevée, avec 19 %, soit le double de celle de la population générale. En outre, la Revue canadienne de santé publique a signalé que « *la majorité des ménages des Premières Nations ne sont pas en mesure d'avoir une alimentation saine, que ce soit à partir des systèmes alimentaires traditionnels de leur territoire, en raison de considérations externes aggravées par la crise climatique, ou à partir du système alimentaire du marché, en raison de contraintes financières qui limitent l'accès à des aliments du marché diversifiés et de haute qualité.* »

4.2 Mandat

Constatation 2 : Le gouvernement fédéral a le mandat précis de continuer à atténuer les risques plus élevés et le mauvais état de santé liés aux maladies chroniques chez les personnes, dans les familles et les collectivités des Premières Nations.

L'organisation du système de santé du Canada est en grande partie déterminée par la Constitution canadienne. Les rôles et les responsabilités sont répartis entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.

³³ Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 2015

³⁴ [First Nations households living on-reserve experience food insecurity: prevalence and predictors among ninety-two First Nations communities across Canada](#) - Special Issue on First Nations Food, Nutrition and Environment Study: Mixed Research, 28 June 2021 (*Disponible uniquement en anglais*)

³⁵ [Feuilletts d'information de la santé - L'insécurité alimentaire des ménages, 2017-2018 - le 24 juin 2020](#)

- En général, les provinces et les territoires sont les principaux responsables de l'administration et de la prestation des services de santé dans leurs administrations respectives. Les provinces et les territoires reçoivent des paiements de transfert du gouvernement fédéral afin de fournir des services de santé universellement accessibles et assurés par le secteur public à tous les résidents, y compris les peuples autochtones.
- Le gouvernement fédéral est responsable de l'application des normes générales prévues par la *Loi canadienne sur la santé*, en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie provinciaux. De plus, le Parlement a le pouvoir législatif exclusif pour « *les Indiens et les terres réservées aux Indiens* » (*Loi constitutionnelle de 1867*, article 91 (24)).
- Les collectivités autochtones jouent également un rôle important dans la conception et la prestation des programmes et des services de santé.

Il est important de noter que la *Loi canadienne sur la santé de 1984* énonce l'intention de la politique canadienne en matière de soins de santé en général, ainsi que les conditions d'admissibilité des gouvernements provinciaux et territoriaux au Transfert canadien en matière de santé. De plus, l'article 3 de la *Loi canadienne sur la santé 1984* stipule que les politiques canadiennes sur les soins de santé visent à favoriser le bien-être physique et mental des habitants du Canada, et à faciliter un accès raisonnable aux soins de santé, y compris aux Autochtones.

La compétence en matière de santé autochtone est de nature complexe. Bien que la *Loi constitutionnelle de 1867* et la *Loi sur les Indiens de 1876* définissent le partage des compétences en matière de services de soins de santé pour les autochtones, il n'existe actuellement aucune loi qui clarifie les rôles et les responsabilités des différents ordres de gouvernement en matière de soins de santé pour les peuples autochtones. Il est important de noter qu'en vertu de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement fédéral a le pouvoir d'adopter des lois sur la santé en fonction de ses pouvoirs en matière de « paix, d'ordre et de bon gouvernement » (par exemple, les lois relatives à la quarantaine et aux urgences nationales). En 2021, le ministre des Services aux autochtones Canada a reçu le mandat de « *Co-développer une loi sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions, soutenue par les investissements nécessaires pour assurer des soins de santé de grande qualité pour tous les peuples autochtones* », ce qui améliorerait l'accès à des services de santé de grande qualité et adaptés sur le plan culturel. Plusieurs volets de mobilisation sont en cours.

À l'heure actuelle, le gouvernement fédéral fournit des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits dans le cadre de ses politiques, conformément à la Politique sur la santé des Indiens de 1979 et à la politique de transfert de santé des Indiens. La Politique sur la santé des Indiens a été adoptée pendant une période de transition pour la DGSPNI, au cours de laquelle cette dernière a commencé à s'orienter davantage vers l'aide aux collectivités pour qu'elles obtiennent un contrôle plus direct des services de santé communautaires plutôt que de fournir des services de soins de santé directs. La Politique sur la santé des Indiens reconnaît également la nature interdépendante du système canadien de santé et précise que deux des rôles les plus importants du

gouvernement fédéral sont liés aux activités de santé publique dans les réserves et à la promotion de la santé³⁶. De plus, la Politique sur la santé des Indiens précise l'importance de resserrer les liens entre les divers ordres de gouvernement et de renforcer la capacité des collectivités autochtones de « jouer un rôle actif et plus déterminant dans le système canadien de santé³⁷. » À la suite de l'adoption de cette politique, le gouvernement fédéral a cessé d'offrir directement des services aux membres des Premières Nations des Territoires du Nord-Ouest, ainsi que dans les quatre régions habitées par les Inuits : le Nunavut, l'établissement régional Inuvialuit dans les T.-N.-O., le Nunavik au Québec, et le Nunatsiavut à Terre-Neuve-et-Labrador. Le gouvernement fédéral alloue plutôt son financement au moyen d'ententes de transfert conclues avec les gouvernements territoriaux et d'ententes sur l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales.

Au cours de la période d'évaluation du programme Vie saine, le premier ministre a mis en œuvre une recommandation de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) en dissolvant le ministère des Affaires autochtones et du Nord canadien et en le remplaçant par deux nouveaux ministères, soit SAC et RCAANC. En 2017, SAC a pris le contrôle de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, qui avait été transférée de Santé Canada. La *Loi sur le ministère des Services aux Autochtones* (2019) prévoit un mandat législatif permettant à SAC de travailler au transfert des responsabilités ministérielles et de collaborer avec les partenaires autochtones dans tous les aspects de la prestation de services, y compris la santé.

En plus de la création du nouveau ministère de SAC, la lettre de mandat de 2017 adressée au ministre des Services aux Autochtones indiquait comme l'une des principales priorités : « *Diriger les travaux visant à générer un changement systémique dans la façon dont le gouvernement fédéral fournit les services de santé aux peuples autochtones, en collaboration avec la ministre de la Santé et la ministre des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord. Plus particulièrement, je vous demanderais d'adopter une démarche de prestation de services qui soit axée sur les patients et le bien-être des collectivités, qui permette d'établir efficacement des liens avec les systèmes de santé des provinces et des territoires et qui tienne compte de la relation entre les soins de santé et les déterminants sociaux de la santé³⁸. »*

Le budget de 2018 prévoyait également le renouvellement de la Stratégie canadienne sur le tabac. Le budget préconisait des approches fondées sur les distinctions et précisait ce qui suit : « *Le gouvernement du Canada reconnaît qu'une approche fondée sur les distinctions est nécessaire pour s'assurer que les droits, les priorités et les circonstances propres aux Premières Nations, des Inuits et de la Nation métisse sont reconnus, affirmés et mis en œuvre³⁹. »* Dans cette optique, la SFLT a été remaniée pour devenir la SCT et inclure une composante axée sur les distinctions et propre aux Autochtones. Les informateurs clés de SAC (à l'échelle nationale et régionale) ont

³⁶ Santé Canada, 2014.

³⁷ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2011, p. 23.

³⁸ Lettre de mandat du ministre de Services aux Autochtones Canada : <https://pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2017/10/04/archivee-lettre-de-mandat-du-ministre-des-services-aux-autochtones>

³⁹ Ministère des Finances du Canada. (2018). *Budget 2018 Égalité et croissance : une classe moyenne forte*. Ottawa.

indiqué que les approches fondées sur les particularités ont permis et permettront de mieux outiller le programme pour répondre aux besoins des collectivités⁴⁰. Le budget de 2018 a également mis en évidence les écarts importants en matière de santé entre les Autochtones et non-Autochtones, ainsi que le taux plus élevé de prévalence du diabète chez les Autochtones. Le budget de 2018 précise que « Les taux de mortalité infantile chez les enfants des Premières Nations et des Inuits sont jusqu'à trois fois plus élevés, les taux de diabète jusqu'à quatre fois plus élevés (que chez les Autochtones)... Ces écarts dans les résultats en matière de santé peuvent être réduits, et l'accès à des soins de santé de qualité près de chez soi joue un rôle essentiel pour assurer ce changement⁴¹. » Le budget fédéral de 2016 a également alloué « 64,5 millions de dollars sur cinq ans, à compter de 2016-2017, et 13,8 millions par année par la suite, afin d'étendre le programme Nutrition Nord Canada et de soutenir ainsi toutes les collectivités isolées du Nord. Ces fonds ont également permis d'étendre les initiatives d'éducation en matière de nutrition de NNC, gérées par la DGSPNI, aux collectivités des Premières Nations nouvellement admissibles⁴². »

5.0 Principales constatations : Efficacité

Un défi constant auquel les évaluateurs ont été confrontés était le manque de données disponibles et adéquates propres aux résultats pour évaluer correctement la réalisation des résultats immédiats et intermédiaires du programme. Une partie de ce défi était attribuable au fait que l'évaluation a été menée pendant la pandémie de COVID-19, ce qui a eu un impact direct sur la capacité de l'équipe d'évaluation à effectuer des visites sur place et donc à recueillir des données sur les utilisateurs/clients finaux auprès des bénéficiaires du programme VS.

La collecte de données sur les indicateurs pour le programme VS est effectuée à partir de diverses sources, y compris ce qui est déclaré par les collectivités ou les bénéficiaires de financement selon le type d'accord de financement conclu. À la lumière de l'évolution vers des accords de financement plus souples, dont bon nombre (financement souple et global) permettent aux collectivités des PN d'affecter les fonds liés à la santé comme elles l'entendent compte tenu des réalités et du contexte de leurs collectivités, il est possible que les collectivités produisent encore moins de rapports sur les indicateurs liés à la santé. Par conséquent, les principales sources de données relatives aux indicateurs liés à la santé dans le cadre du programme VS sont : le modèle de rapport communautaire (MRC)⁴³, un outil de collecte de données utilisé par certaines collectivités en fonction de leur type d'accord de financement; et l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations menée par le CGIPN environ tous les quatre ou cinq ans. Bien que cette enquête soit importante, elle est limitée pour ce qui est des résultats précis en matière de Vie saine. L'évaluation s'est donc appuyée sur des sources de données triangulées provenant de l'ERS, des données administratives

⁴⁰ Avec le renouvellement de la STC, on est passé du financement fondé sur les propositions à des approches fondées sur les distinctions.

⁴¹ Budget 2018 : <https://www.budget.gc.ca/2018/docs/plan/budget-2018-fr.pdf>

⁴² Ibid.

⁴³ Veuillez consulter la section 6.5 pour obtenir plus d'informations sur les systèmes de mesure du rendement du programme.

ainsi que des preuves qualitatives et quantitatives limitées obtenues à partir des entrevues avec des informateurs clés et des réponses à des enquêtes. Les défis liés aux données et aux rapports sont expliqués plus en détail à la section 6.5 ci-dessous.

5.1 Atteinte globale des résultats immédiats attendus

Résultat immédiat n° 1: Les Premières Nations et les Inuits ont les moyens d'appuyer les sous-programmes VS

Un élément important de l'amélioration des connaissances, des compétences et des capacités des intervenants communautaires est l'accès à des possibilités de formation et de perfectionnement professionnel appropriées. Tant les personnes interrogées dans le cadre des entrevues avec les informateurs clés que les répondants à l'enquête ont souligné l'importance pour le personnel communautaire d'accéder à des possibilités de renforcement des capacités afin de mieux répondre aux besoins de la collectivité locale.

L'évaluation de 2014 de la Vie saine et du Développement sain de l'enfant chez les Premières Nations et les Inuits a révélé que le maintien en poste du personnel constituait un défi pour le renforcement des capacités communautaires, un problème qui, selon la présente évaluation, persiste également. La capacité communautaire augmente, mais le roulement élevé du personnel communautaire ralentit cette progression dans certaines collectivités, tandis que d'autres souffrent d'un manque de personnel permanent pour assurer l'exécution adéquate des sous-programmes du programme Vie saine. Le roulement du personnel a des répercussions financières pour les collectivités en ce qui concerne la formation et le renforcement des capacités, car les collectivités perdent souvent la mémoire institutionnelle, et il existe un besoin constant de former de nouveaux employés.

Vingt-neuf pour cent des répondants à l'enquête (n=92) ont indiqué que la formation était suffisante, tandis que 36 % ont convenu que la formation n'était que quelque peu suffisante pour les aider à accomplir leur travail. Au moins 11 % des répondants à l'enquête ont estimé que la formation n'était pas suffisante pour les aider à mettre en œuvre les sous-programmes Vie saine et 24 % n'étaient pas sûrs. En ce qui concerne le programme de l'IDA, 51 % des répondants à l'enquête (n=80) étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de renforcement des capacités et de formation, tandis que 24 % étaient en désaccord ou tout à fait en désaccord avec le fait que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de renforcement des capacités et de formation et 25 % étaient neutres.

L'une des réalisations notables du sous-programme de l'IDA est la forte participation des partenaires régionaux à leurs groupes régionaux respectifs de communauté de pratique, que les informateurs clés ont appelés « groupes de travail ». Les informateurs clés interrogés dans toutes les régions se sont dits très satisfaits de cette méthode de travail participative et ont déclaré que les possibilités d'établir des partenariats

stratégiques avec d'autres collègues à l'échelle nationale, régionale et communautaire ont été avantageuses.

Comme l'ont mentionné de nombreux informateurs clés interrogés, il existe un fort désir de possibilités de perfectionnement professionnel, mais le manque de financement approprié a eu un impact sur la disponibilité des possibilités de formation en perfectionnement professionnel pour permettre au personnel de perfectionner davantage ses compétences et d'acquérir des connaissances utiles dans le cadre des sous-programmes.

En réponse à la pandémie de COVID-19, il y a eu une augmentation de la participation du personnel des collectivités éloignées pour accéder aux possibilités de formation en ligne. Cette participation a été considérée par les informateurs clés de SAC comme un moyen positif et rentable pour le personnel d'accéder aux possibilités de formation sans avoir à se déplacer physiquement aux lieux de formation. Les composantes de la planification communautaire et du programme ⁴⁴ de l'évaluation de 2014 de la Vie saine et Développement des enfants en santé des Premières Nations et des Inuits ont également conclu que les directeurs de la santé s'efforçaient d'offrir des possibilités de formation à distance au personnel des collectivités éloignées en raison de l'insuffisance des fonds de formation⁴⁵.

Résultat immédiat n° 2 : Les Premières Nations et les Inuits ont accès aux sous-programmes VS

L'accès aux sous-programmes VS renvoie à la mesure dans laquelle les Premières Nations sont en mesure d'offrir les sous-programmes dans leurs collectivités, et pour celles qui offrent des programmes dans leurs collectivités, la mesure dans laquelle les services étaient accessibles aux membres de la collectivité.

Les accords de financement ne sont pas propres au programme, mais ils dépendent plutôt du type d'accord de financement négocié avec la collectivité ou le bénéficiaire du financement. Par exemple, dans chaque collectivité où le programme VS est mis en œuvre, tous les sous-programmes (c'est-à-dire NNC, IDA et SCT) peuvent être considérés comme faisant partie du même arrangement financier⁴⁶. Cependant, l'initiative d'éducation nutritionnelle de NNC n'est admissible que dans les collectivités nordiques isolées, selon les critères d'admissibilité déterminés par RCAANC pour l'ensemble du programme de NNC. De nombreux informateurs clés répondants aux entrevues, y compris le personnel national et régional de SAC et les représentants en santé communautaire, ont exprimé des préoccupations quant au fait que l'admissibilité au financement des initiatives d'éducation nutritionnelle dépend du fait que la collectivité des Premières Nations réponde aux critères d'admissibilité à la subvention de NNC administrée par RCAANC. Si la collectivité ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des subventions de RCAANC, elle perd également son admissibilité au

⁴⁴ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://rcaanc-cirnac.gc.ca)

⁴⁵ Ibid. p.25

⁴⁶ Le financement des sous-programmes de l'IDA et de la SCT est plus universel dans les collectivités.

financement de SAC pour les initiatives d'éducation nutritionnelle. Ils ont exprimé le besoin continu en matière d'éducation nutritionnelle après la fin de l'admissibilité des collectivités à la subvention de Nutrition Nord Canada, affirmant que l'éducation nutritionnelle demeure pertinente.

La participation au programme Vie saine est ouverte à tous les membres de la collectivité. Parallèlement, 36 % des répondants à l'enquête (n=114) étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le programme Vie saine atteignait tous les membres de la collectivité (22 % étaient neutres, 35 % étaient en désaccord ou tout à fait en désaccord, 7 % ne savaient pas). Il est impressionnant de constater que, de 2013-2014 à 2017-2018, le MRC a maintenu des niveaux d'accès élevés pour les clients. Par exemple, selon les données du MRC, 91,2 % des collectivités des Premières Nations ont offert des sous-programmes VS en 2017-2018 et 88,9 % des collectivités des Premières Nations ont offert des activités physiques la même année (tableau 1).

		2013-2014 MRC	2014-2015 MRC	2015-2016 MRC	2016-2017 MRC	2017-2018 MRC
1	% des collectivités des Premières Nations qui offrent des sous-programmes Vie saine	89,1 %	92,1 %	92,5 %	94,7 %	91,2 %
2	% des collectivités des Premières Nations qui offrent des activités physiques	86,2 %	87,6 %	88,1 %	91,6 %	88,9 %
3	% des collectivités inuites et des Premières Nations qui offrent des activités de saine alimentation dans le cadre de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones	87,8 %	88,2 %	90,3 %	92,6 %	88,5 %

En ce qui concerne particulièrement le sous-programme de l'IDA, les informateurs clés interrogés ont souligné qu'il est souvent difficile de communiquer avec la population en âge de travailler, étant donné que les programmes se déroulent principalement pendant les heures de travail habituelles. Des programmes ciblés, adaptés aux horaires des clients, pourraient améliorer la participation de ce groupe. Il a également été noté que dans de nombreux cas, le même groupe de personnes participe constamment au programme.

En 2017-2018, 56 % des collectivités inuites et des Premières Nations avaient accès à des activités de lutte contre le tabagisme⁴⁷, 1578 nouveaux espaces sans fumée, et 129 nouvelles résolutions relatives au tabagisme.

⁴⁷ Avec le passage d'un financement fondé sur les propositions à un financement continu en 2018-2019, on présume que le nombre de collectivités offrant des activités de lutte contre le tabagisme a augmenté.

Dans de nombreux cas, et en raison de la pandémie de COVID-19, le programme VS a réussi à se tourner vers la prestation de programmes en ligne en tirant parti des technologies de communication et des médias sociaux (p. ex., des cours de cuisine dispensés par Facebook plutôt qu'en personne). Cela a également permis à de nouveaux clients qui n'auraient pas eu accès aux activités ciblées de participer à des activités en ligne. Bien que cela ait fonctionné efficacement dans certaines régions, il reste à relever les défis d'accessibilité pour les membres de la collectivité qui vivent dans des régions éloignées où l'accès à Internet est limité.

Résultat immédiat n° 3 : Les Premières Nations et les Inuits connaissent les enjeux et les pratiques liés aux sous-programmes VS

En raison de la pandémie de COVID-19, l'équipe d'évaluation n'a pas pu effectuer de visites directes sur place dans le cadre de cette évaluation. Toutefois, en ce qui concerne ce résultat, l'ERS indique que 59,2 % (2015-2016) des adultes des Premières Nations atteints de diabète ont fréquenté une clinique de traitement du diabète. La pandémie a également eu un impact direct sur la capacité des évaluateurs à interroger les partenaires communautaires et donc à déterminer la réalisation de ce résultat. De plus, étant donné que de nombreux partenaires communautaires ont participé à la réponse à la COVID-19, les évaluateurs n'ont pas pu les faire participer pleinement comme prévu. Cela dit, peu de données qualitatives et quantitatives ont été fournies dans le cadre des entrevues avec les informateurs clés et des réponses à l'enquête présentées tout au long de cette évaluation, qui laissent penser que les Premières Nations et les Inuits ont une connaissance des enjeux et des pratiques liés aux sous-programmes Vie saine.

5.2 Efficacité opérationnelle⁴⁸

Constataion 3 : Les informateurs clés interrogés et les répondants au sondage ont indiqué que le programme Vie saine fonctionne efficacement, mais la souplesse du programme pour s'adapter aux besoins de chaque collectivité rend difficile de déterminer son efficacité globale.

Les informateurs clés interrogés et les répondants à l'enquête ont indiqué que le programme Vie saine fonctionne efficacement. En fait, 54 % des répondants à l'enquête (n=91) ont déclaré que la qualité du programme et des sous-programmes Vie saine s'était améliorée ou considérablement améliorée au cours des cinq dernières années. Cette amélioration s'explique en partie par une meilleure communication entre les représentants en santé communautaire, la continuité du programme et l'établissement de relations avec les clients au fil du temps. Cependant, la majorité des répondants à l'enquête et des informateurs clés interrogés ont indiqué que le besoin de financement supplémentaire constituait un défi majeur. Les contraintes financières ont limité l'accès aux outils de dépistage et de gestion, les possibilités de formation et l'augmentation des

⁴⁸ L'efficacité consiste à déterminer si le programme VS a atteint les résultats attendus.

salaires, ce qui a entraîné des difficultés à maintenir en poste le personnel des programmes communautaires de l'IDA.

L'évaluation précédente a révélé que le programme VS répondait aux besoins et aux priorités en matière de santé communautaire, permettant aux collectivités d'adapter les sous-programmes en fonction de leurs besoins. Les répondants à l'enquête ont déclaré que de nombreux membres du personnel pensent que les sous-programmes fonctionnent efficacement. Cela comprend 58 % des répondants à l'enquête qui ont indiqué qu'ils participaient au sous-programme de l'IDA (n=79), 53 % des répondants à l'enquête participant au sous-programme de la SCT (n=30) et 52 % des répondants à l'enquête participant au sous-programme des initiatives d'éducation nutritionnelles de NNC (n=25) qui sont tout à fait d'accord ou d'accord pour dire que les programmes fonctionnent efficacement.

Compte tenu de la flexibilité des programmes et des services dans toutes les régions, il a été difficile de déterminer l'efficacité globale des programmes et la mesure dans laquelle les résultats attendus ont été atteints, comme décrit dans le modèle logique⁴⁹. Un répondant dans le cadre de l'entrevue avec les informateurs clés de SAC a décrit le défi auquel les évaluateurs sont confrontés en déclarant que « *la mesure dans laquelle [le programme] répond à ces priorités est laissée à la discrétion de la collectivité. Certaines Premières Nations investissent davantage dans la formation ou le renforcement des capacités en matière de connaissances, tandis que d'autres investissent davantage dans l'élaboration de programmes à offrir* ».

5.3 Conception du programme dirigé par la collectivité

Constatation 4 : La conception dirigée par la communauté du programme Vie saine renforce sa capacité à cibler la communauté spécifique dans laquelle il opère.

L'une des forces du programme Vie saine réside dans le fait que sa conception et son modèle de prestation sont propres à chaque collectivité, ce qui permet aux collectivités de définir leurs besoins et leurs priorités en matière de santé⁵⁰. En raison de la diversité des programmes dans les collectivités et des activités ciblées, il est difficile de déterminer si le programme atteint efficacement tous les membres de la collectivité dans toutes les régions où il est offert. On ne sait pas non plus si une évaluation de l'ACS Plus a été effectuée au niveau national ou régional en appui aux programmes. Étant donné qu'une ACS Plus n'a pas été mise à la disposition des évaluateurs, cette évaluation soulignera plutôt la contribution et la participation de divers groupes démographiques aux activités du programme, ainsi que les possibilités ou les défis qui peuvent exister. On ne sait pas non plus si toutes les collectivités ou la plupart d'entre elles adoptent des stratégies visant à atteindre des groupes plus difficiles à atteindre (c'est-à-dire la population en âge de travailler, les personnes 2ELGBTQIA+ ou les jeunes à risque). Un certain nombre de répondants à l'enquête ont indiqué qu'il est

⁴⁹ Voir l'annexe B.

⁵⁰ Bien que certains aspects du programme VS visent la collectivité dans son ensemble, d'autres activités visent des populations vulnérables précises.

courant que les mêmes clients participent à différentes activités de programme ciblées ou accèdent à des services du programme. Bien que le programme ait apporté d'importantes améliorations pour atteindre tous les membres de la collectivité, il reste des défis à relever pour atteindre ceux qui ont le plus besoin de services.

Lorsqu'on a demandé aux répondants à l'enquête (n=114) dans quelle mesure, le programme Vie saine atteignait tous les membres de la collectivité, seulement 36 % des répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord. Il convient de souligner que 75 % des répondants à l'enquête sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'il existe des lacunes dans les services qui empêchent les clients d'accéder aux programmes et aux services, et 65 % des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que des efforts sont en cours pour combler ces lacunes. Divers facteurs contribuent aux lacunes des services, notamment les difficultés liées aux contraintes de ressources, l'embauche et le maintien en poste du personnel, et l'éloignement de certaines collectivités. Par exemple, les personnes interrogées dans le cadre des entrevues avec les informateurs clés et les répondants à l'enquête ont déterminé la lacune en matière de service qui est la nécessité d'intégrer des approches culturellement adaptées dans les programmes. Cette lacune en matière de services a également été mentionnée dans la précédente évaluation de 2014 des programmes Vie saine et Développement des enfants en santé des Premières Nations et des Inuits. De nombreux dirigeants et employés communautaires ont indiqué qu'ils constatent une « reconnaissance croissante, au sein de leur collectivité, des bienfaits en matière de santé et de mieux-être de leurs activités et régimes traditionnels et indiquent que des mesures sont mises en œuvre pour intégrer les programmes linguistiques, les enseignements traditionnels, les aliments traditionnels, et d'autres aspects traditionnels dans l'élaboration des programmes⁵¹ ». En ce qui concerne l'IDA et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC en particulier, les informateurs clés interrogés ont souligné la nécessité d'intégrer plus directement dans les programmes les pratiques et les ressources culturellement adaptées, ainsi que de promouvoir des modèles de soins de santé intégrés dans lesquels divers fournisseurs de soins de santé (c.-à-d. les diététistes et les infirmières) collaborent davantage qu'à l'heure actuelle.

Lors des entrevues avec les informateurs clés, les répondants ont indiqué qu'ils utilisent activement diverses stratégies pour atteindre le plus grand nombre possible de personnes dans leurs collectivités. Par exemple, certaines collectivités ont collaboré avec d'autres organisateurs d'événements dans leurs collectivités pour promouvoir la sensibilisation et l'éducation sur le diabète auprès d'un public de masse, tandis que d'autres collectivités ont par le passé offert des incitatifs aux clients pour leur participation (c.-à-d. des prix). Dans le cadre des entrevues avec les informateurs clés, un employé régional de SAC a souligné la portée potentielle du programme, en déclarant que « les sous-programmes Vie saine ont le potentiel de toucher tout le monde dans la collectivité – *de la population bien portante aux personnes très malades,*

⁵¹ Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, « Évaluation des groupes Vie saine (2010-2011 à 2012-2013) et Développement des enfants en santé (2008-2009 à 2012-2013) », rapport final, 2013, p.1 à 94 (https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/eval/hlhcdevaluation-vsde-fra.pdf).

des bébés aux aînés – tout au long de la vie ». Les répondants ont fait remarquer que certaines collectivités ont déployé des efforts considérables pour inclure les populations les plus difficiles à atteindre dans leurs programmes en « fournissant des services de garde d'enfants, des services de transport et des prix pour la participation, notamment des coupons alimentaires ou de la nourriture ».

Les informateurs clés interrogés ont également reconnu qu'il est plus facile d'atteindre les personnes âgées, les personnes sans emploi et les personnes au foyer pour qu'ils accèdent aux programmes et services et y participent. Afin de mieux répondre aux besoins des participants et d'accroître la participation des groupes plus difficiles à atteindre, un informateur clé a suggéré que les brochures éducatives destinées aux personnes âgées soient traduites dans les langues locales, que les possibilités d'apprentissage par les pairs pour les jeunes soient accrues et que l'accès aux thérapeutes de l'exercice pour les personnes ayant diverses restrictions physiques soit assuré.

Il est difficile pour de nombreuses collectivités offrant des sous-programmes Vie saine d'atteindre les personnes qui font partie du groupe d'âge de 30 à 50 ans pour qu'elle accède et participe aux services du programme, car il est probable qu'elles soient occupées à travailler ou à élever des enfants pendant les heures d'ouverture régulières des bureaux des programmes. Étant donné que de nombreuses activités du programme ont lieu pendant la journée, il est moins probable que les personnes s'absentent du travail pour y assister. Comme l'a souligné un informateur clé : « *Le problème c'est le choix du moment. Les gens ne peuvent pas tous assister aux séances à 14 h. Comment atteindre efficacement les gens quand ils travaillent? Offrir des programmes à 19 heures prolongera beaucoup la journée, mais je vois les avantages de la prévention.* »

La COVID-19 a posé plusieurs défis à la mise en œuvre du programme Vie saine, notamment l'adaptation des activités aux plateformes en ligne. Bien que cela ait posé des problèmes d'accès et de participation pour certains membres de la collectivité, cela a également permis à de nouveaux clients qui n'auraient pas participé aux activités ciblées de participer aux activités en ligne. Un informateur clé interrogé a souligné les défis liés à COVID-19, en déclarant : « *Je pense qu'il y a eu de grandes améliorations pour atteindre tous les membres de la collectivité, mais il n'est pas encore souvent le cas pour ceux qui ont le plus besoin de services. J'estime également que la collaboration s'est améliorée et que cela permettra d'atteindre davantage de membres. Il est intéressant de constater que le taux de participation est différent depuis la COVID-19, en ce sens que différents membres participent aux programmes locaux par l'entremise de Zoom au lieu des groupes "habituels" dans le cadre desquels on participe aux événements en personne* ».

5.4 Complémentarité entre les sous-programmes du programme Vie saine

Constatation 5 : Les sous-programmes du programme Vie saine, en particulier l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et les initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada, se complètent bien.

Les répondants aux entrevues avec les informateurs clés de SAC, tant dans les bureaux nationaux que régionaux, ont parlé de la complémentarité des sous-programmes Vie saine. Les sous-programmes sont intrinsèquement axés sur les facteurs liés au mode de vie qui augmentent le risque de maladie chronique, qu'il s'agisse de la nutrition, du tabagisme ou du manque d'exercice physique. Un informateur clé du bureau régional de SAC a déclaré que « la prévention, c'est la prévention, tous les programmes de santé devraient se chevaucher ». De nombreux répondants à l'enquête ont également souligné que la collaboration était essentielle à la prestation de soins holistiques.

Les sous-programmes du programme Vie saine, en particulier l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, se complètent bien. 61 % des répondants à l'enquête (n=114) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les secteurs de programme au sein du programme Vie saine collaborent, certains répondants à l'enquête soulignant que c'est souvent le cas, puisque les membres du personnel sont souvent responsables de plusieurs sous-programmes du programme Vie saine. La majorité des informateurs clés des bureaux nationaux et régionaux de SAC, qui ont travaillé dans le cadre de l'IDA et des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, ont parlé de leur complémentarité. Par exemple, un informateur clé d'un bureau national a déclaré : « Avec l'IDA et NNC, ils constituent le complément parfait. Dans la région du Manitoba, et dans d'autres régions également, l'IDA et NNC ont été fusionnés. Il y a un travailleur pour les deux ou deux travailleurs qui ont travaillé en étroite collaboration. Ils combinent les cours de cuisine, ou les activités terrestres, ou le fait d'aller dans les écoles. Il y a aussi des formations et des événements communs pour les travailleurs. » Ce sentiment a également été corroboré par la précédente évaluation du programme Vie saine.

Les répondants à l'enquête ont également souligné la complémentarité et les liens étroits entre l'IDA et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC dans l'enquête, en déclarant que : « l'IDA et NNC fonctionnent bien ensemble, et c'est formidable que le financement puisse se chevaucher de bien des façons pour soutenir des projets semblables » et « l'IDA et NNC essaient parfois de travailler ensemble en organisant des ateliers sur la cuisine saine et la récolte et la préparation d'aliments traditionnels issus de la terre ». D'autres informateurs clés des bureaux régionaux de SAC ont souligné l'importance d'aborder la sécurité alimentaire pour s'attaquer à la prévention et à la gestion du diabète, et un informateur clé membre du personnel régional a déclaré : « il y a un aspect clair de l'IDA qui est lié à la sécurité alimentaire ». Les répondants à l'enquête ont également souligné la complémentarité qui existe entre l'IDA et la SCT :

« Souvent, les programmes de lutte contre le diabète et sur l'abandon du tabac vont de pair pour répondre aux besoins du client. Souvent, dans le cadre de la prévention, nous voulons soutenir et éduquer un fumeur diabétique pour l'aider à cesser de consommer du tabac commercial afin qu'il ne souffre pas de maladies secondaires comme l'hypertension ou le cancer, et aider un fumeur à réduire sa consommation ou à cesser de fumer afin qu'il ne devienne pas un diabétique de type 2 et qu'il adopte des choix plus sains comme manger mieux, faire de l'exercice, prendre soin de soi, réduire le stress, etc. »

En dehors du programme lui-même, il existe de nombreux liens entre les différents ordres de gouvernement et avec les organisations partenaires. Au sein du Ministère, le programme Vie saine est étayé par le Programme des services de santé non assurés qui offre plusieurs mesures d'aide au traitement du diabète, notamment des médicaments, des bandelettes de test de glycémie, des fournitures médicales et de l'équipement (p. ex., appareils médicaux et transport médical). Dans l'ensemble du gouvernement, les responsables du programme Vie saine travaillent à la fois avec Santé Canada dans le cadre de la SCT et avec RCAANC pour NNC. Le bureau national de la DGSPNI collabore avec l'Assemblée des Premières Nations et l'Inuit Tapiriit Kanatami pour éclairer le programme Vie saine.

6.0 Principales constatations : Efficience

6.1 Évaluation de 2014 du programme Vie saine

Constatation 6 : La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) a signalé que les recommandations de la précédente évaluation de 2014 des programmes Vie saine et Développement des enfants en santé des Premières Nations et des Inuits ont été prises en compte et mises en œuvre.

L'évaluation intégrée de 2014 couvrait à la fois le programme Développement des enfants en santé et le programme Vie saine⁵² et, à ce titre, les recommandations font référence aux deux domaines de programme. Responsable de la mise en œuvre de la réponse et du plan d'action de la direction (RPAD), la DGSPNI a signalé que les recommandations ont été prises en compte et mises en œuvre.

L'évaluation a permis de dégager trois recommandations qui ont été approuvées par le sous-ministre de Santé Canada en février 2015 (la DGSPNI faisait auparavant partie de Santé Canada). Voici l'état d'avancement de chacune de ces recommandations dont le dernier rapport remonte à janvier 2018⁵³ :

⁵² Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, « Évaluation des groupes Vie saine (2010-2011 à 2012-2013) et Développement des enfants en santé (2008-2009 à 2012-2013) », rapport final, 2013, p.1 à 94 (https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/eval/hlhcd-evaluation-vsde-fra.pdf).

⁵³ Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, « Évaluation des groupes Vie saine (2010-2011 à 2012-2013) et Développement des enfants en santé (2008-2009 à 2012-2013) », rapport final, 2013, p.1 à 94

Recommandation	Mesures
<p>1. Multiplier les efforts de collaboration avec les intervenants, partenaires et autres fournisseurs de services afin de conserver les partenariats et d'assurer l'intégration des programmes.</p>	<p>a. Le cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC) a été examiné avec l'APN, approuvé et achevé en septembre 2017.</p> <p>b. Le Plan d'action stratégique sur la santé buccodentaire (PASSBD) a été approuvé en juillet 2015.</p>
<p>2. Poursuivre les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et leur qualité.</p>	<p>a. Un modèle d'établissement des coûts pour les groupes VS/DES, y compris un examen des modèles provinciaux et territoriaux d'établissement des coûts et une discussion à propos des principaux facteurs de coût (p. ex., croissance démographique) et de leurs effets sur la prestation des services a été réalisé en mars 2016;</p> <p>b. Normes pour la Vie saine (y compris la prévention des maladies chroniques, la santé buccodentaire) et le développement des enfants en santé;</p> <p>c. Le travail a commencé, mais il a été annulé. L'élaboration de normes de base au niveau de la Direction doit reprendre une fois que l'engagement avec les partenaires sera clair et que des options seront mises au point pour aller de l'avant.</p>
<p>3. Rationaliser et instaurer un système de mesure du rendement amélioré.</p>	<p>a. Une fiche d'information sur la Vie saine et les Enfants en santé a été réalisée et publiée en avril 2015;</p> <p>b. La stratégie de collecte de données Vie saine a été achevée et comprend un modèle logique mis à jour approuvé en mars 2016, et des indicateurs (de rendement) actualisés ont été approuvés en mars 2016 et mis à jour en juillet 2017.</p>

(https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/ahc-asc/alt_formats/pdf/performance/eval/hlhcd-evaluation-vsde-fra.pdf).

6.2 Structures de gestion du programme et répartition des responsabilités

Constatation 7 : Les structures actuelles de gestion du programme et la répartition des responsabilités entre les niveaux national, régional et communautaire permettent au programme Vie saine d'atteindre les résultats souhaités.

La structure de gestion du programme Vie saine est organisée comme suit : Le personnel de la DGSPNI au bureau national, dans la région de la capitale nationale, dirige l'élaboration et la planification des politiques stratégiques et du programme, en étroite collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les partenaires des Premières Nations au niveau national (c.-à-d. les organisations autochtones nationales). Les bureaux régionaux de la DGSPNI jouent un rôle de premier plan en aidant les collectivités à exécuter les programmes à la demande en travaillant avec les partenaires des Premières Nations aux échelons régionaux et locaux. Ils doivent par ailleurs gérer les ententes de financement, surveiller le rendement des programmes et regrouper l'information. Enfin, la région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux et les Premières Nations autonomes du Yukon et certaines collectivités des Territoires du Nord-Ouest pour négocier des ententes de financement pour les programmes de santé, et s'assure que les partenaires des Premières Nations participent au processus décisionnel. Les structures et les activités de gestion du programme Vie saine varient considérablement d'une région à l'autre.

Le comité de la haute direction de la DGSPNI est la principale instance décisionnaire de la Direction générale sur les questions relatives à l'élaboration des politiques et à l'établissement des priorités. Ce comité est composé de représentants de la haute direction des bureaux nationaux et régionaux et de représentants de l'Assemblée des Premières Nations. En plus de ce comité, le programme VS collabore avec les organisations nationales et régionales des Premières Nations et d'autres parties prenantes pour s'assurer qu'elles sont représentées dans le processus décisionnel du programme.

Les collectivités ou les conseils tribaux sont financés dans le cadre d'ententes de financement afin de soutenir la mise en œuvre et l'exécution du programme Vie saine. Le soutien aux collectivités ou aux conseils tribaux comprend le renforcement de leurs capacités internes par l'embauche de personnel et la gestion des programmes communautaires, la fourniture d'espace de bureau et de ressources de programme au personnel, et la collaboration avec les bureaux régionaux afin de former le personnel local.

Les informateurs clés, tant au niveau national que régional de SAC, ont souligné que les structures actuelles de gestion du programme et la répartition des responsabilités entre les niveaux national, régional et communautaire permettent au programme Vie saine d'atteindre les résultats souhaités. Plus précisément, la variation des structures de gestion au niveau régional a permis à certains bureaux régionaux de mettre au point des structures réactives et flexibles qui répondent aux besoins des collectivités qu'ils

soutiennent. En plus des structures de gestion qui créent un environnement propice au fonctionnement du programme VS et à l'atteinte des résultats souhaités, l'évaluation a également porté sur les pratiques exemplaires qui ont amélioré l'efficacité globale du programme en ce qui concerne sa gouvernance et sa gestion.

De nombreux répondants aux entrevues avec les informateurs clés des bureaux nationaux et régionaux de SAC et les répondants aux enquêtes ont partagé des pratiques exemplaires qui **ont amélioré** l'efficacité du programme VS, y compris (mais sans s'y limiter) :

- Les gouvernements territoriaux ont créé des divisions du bien-être et de la santé communautaires qui sont entièrement dirigées par les Premières Nations. Ils disposent de leur propre corpus de connaissances et d'expertise à l'interne et sont bien connus dans leurs collectivités;
- Les collectivités assument le rôle principal dans la mise en œuvre des sous-programmes et reçoivent le renforcement des capacités et d'autres formes de soutien des bureaux régionaux, au besoin;
- Maintenir des relations solides entre les bureaux régionaux et le personnel communautaire.

De plus, les organisations autochtones partenaires ont également souligné que l'accès à un soutien supplémentaire en matière de mentorat de la part de leurs bureaux régionaux respectifs **pourrait potentiellement améliorer** l'efficacité globale du programme Vie saine.

6.3 Processus de planification de la santé communautaire

Constatation 8 : Le processus de planification de la santé communautaire est considéré par les organisations partenaires autochtones et les représentants en santé communautaire comme un processus efficace qui permet aux communautés de déterminer leurs propres besoins et priorités.

Le processus de planification de la santé communautaire vise à répondre aux besoins uniques en matière de santé des communautés des Premières Nations et des Inuits. Ce processus n'est pas unique au programme Vie saine et est en fait un processus que la DGSPNI met en œuvre dans tous les programmes. Plusieurs informateurs clés interrogés ont souligné qu'ils disposent de solides processus de planification de la santé communautaire et qu'ils sont bien intégrés dans de nombreuses activités à l'échelle communautaire⁵⁴, en s'attachant à encourager la collaboration d'équipes pluridisciplinaires et en permettant aux collectivités de déterminer leurs propres besoins et priorités. Les bureaux régionaux ont noté, lors des entrevues avec les informateurs clés, qu'ils reçoivent souvent divers plans de santé communautaire (PSC), car ces plans reflètent souvent les capacités et les ressources des collectivités. Dans le cadre

⁵⁴ Le processus de planification de la santé communautaire est un effort délibéré visant à faire participer les membres d'une collectivité dans un processus public ouvert conçu pour améliorer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services de soins de santé dans leur collectivité comme moyen d'améliorer leur état de santé.

de l'enquête, certains répondants ont parlé de l'importance du plan PSC et de la satisfaction des besoins de la collectivité, l'un d'entre eux déclarant que : « *chacun des programmes de santé fait partie de nos plans de travail que nous établissons en fonction des fonds disponibles [...] ils sont conçus pour se compléter dans leur ensemble en répondant aux besoins de la collectivité en fonction de ce que nous pouvons nous permettre de faire* ». Encourager les collectivités à répondre à leurs propres besoins est un aspect important du processus du PSC, comme l'a exprimé un répondant à l'enquête : « *notre plan de santé communautaire a défini les maladies chroniques comme un domaine prioritaire et des buts et objectifs ont été fixés pour y répondre* ».

Les informateurs clés interrogés ont partagé les pratiques exemplaires qui **ont été utilisées** pour accroître l'efficacité des plans de santé communautaire en ce qui concerne le programme VS, notamment :

- Recourir à des diététiciens et à des infirmières spécialisées dans le diabète pour favoriser l'établissement de liens plus étroits entre les besoins et les priorités des collectivités et faire en sorte que les voix des collectivités soient plus présentes tout au long des activités;
- Assurer l'inclusion des déterminants sociaux de la santé;
- Inclure la collectivité dans la création des plans de santé communautaire et assurer une représentation constante de la collectivité pendant une période prolongée, car cela permet de conserver les connaissances organisationnelles.

L'enquête a révélé que 78 % des répondants (n=78) étaient d'accord pour dire que le programme Vie saine était bien intégré au processus de planification de la santé communautaire dans leurs collectivités respectives. Les réponses des répondants à l'enquête étaient mitigées quant à savoir s'ils étaient au courant de l'intégration des sous-programmes VS dans les plans de santé communautaire. Certains répondants ont souligné qu'ils participaient étroitement au processus et qu'ils travaillaient à l'établissement des priorités de la collectivité par rapport aux sous-programmes VS, tandis que d'autres répondants n'étaient pas au courant ou ne participaient pas à l'élaboration du plan (c'est-à-dire qu'ils étaient employés par un conseil tribal).

6.4 Ressources financières

Constatation 9 : L'accès à des ressources financières adéquates a eu des répercussions sur la capacité des programmes à recruter et à conserver le personnel et à lui offrir des possibilités suffisantes de perfectionnement des capacités.

L'accès à des ressources financières adéquates ainsi que l'offre de possibilités de formation supplémentaires constituent deux obstacles auxquels sont confrontées de nombreuses collectivités qui mettent en œuvre les sous-programmes Vie saine. Les contraintes de financement ont des répercussions négatives sur le recrutement et le maintien en poste des talents à l'échelle communautaire, et les ressources pour soutenir les possibilités de formation de perfectionnement professionnel pour le

personnel sont limitées. Le financement a été stagnant (c'est-à-dire qu'il n'a pas suivi les pressions inflationnistes et les besoins accrus du programme) pendant de nombreuses années, ce qui a entraîné des besoins non satisfaits du programme et à peu ou pas d'augmentation des salaires au niveau communautaire, ce qui a contribué à des taux de roulement élevés et à des postes vacants. Le manque de ressources financières et humaines auquel sont confrontées les collectivités a également eu un impact sur la perte potentielle de connaissances organisationnelles et institutionnelles du programme, par exemple lors du départ du personnel⁵⁵.

Un nombre important de répondants aux entrevues avec les informateurs clés ont souligné l'incidence de l'insuffisance des ressources financières sur les programmes continus. Un informateur clé a déclaré : *« du point de vue de la collectivité, les fonds n'ont pas augmenté au fil du temps. Il n'y a pas assez de fonds pour la mise en œuvre des programmes. L'autre défi est le roulement constant du personnel. Souvent, le salaire n'est pas compétitif et le roulement du personnel est un problème dans l'exécution du programme »*. De même, un répondant à l'enquête a reconnu l'incidence des ressources humaines sur le programme, déclarant que *« le roulement du personnel rend difficile la poursuite des programmes sur une longue période »*. D'autres répondants ont laissé entendre qu'une augmentation du financement permettrait aux collectivités d'avoir accès à des professionnels à l'interne, et un informateur clé a déclaré qu'il serait avantageux que *« les gens n'aient pas à se déplacer pour voir des professionnels de la santé s'ils peuvent voir leurs propres diététistes dans la collectivité. Il n'y a pas de financement pour cela actuellement, et les gens ont du mal à atteindre leurs objectifs et à suivre des pratiques exemplaires lorsqu'ils n'ont pas les ressources nécessaires »*. Un répondant à l'enquête a fait part d'un point de vue semblable au sujet du besoin de professionnels à l'interne : *« travaillant à partir d'un conseil tribal et devant se déplacer dans les collectivités pour fournir un soutien professionnel. Il serait beaucoup plus efficace d'avoir un personnel professionnel travaillant dans chaque clinique »*. De plus, un informateur clé membre du personnel régional de SAC a déclaré que *« le roulement important du personnel signifie qu'il faut constamment former de nouveaux employés, car ceux-ci ne connaissent pas suffisamment le programme, ou n'ont pas les connaissances de base, pour bien l'appliquer. Le fait qu'ils portent plusieurs casquettes, surtout dans les petites collectivités, et qu'ils sont donc tiraillés entre plusieurs programmes »*.

L'enquête (n=92) a révélé que 29 % des répondants estimaient que la formation est suffisante, tandis que 36 % sont d'accord pour dire que la formation n'était que légèrement suffisante pour les aider à faire leur travail. Au moins 11 % des employés ont estimé que la formation n'était pas suffisante pour les aider à mettre en œuvre les sous-programmes VS et 24 % ne savaient pas. Par exemple, les répondants à l'enquête ont également avancé la nécessité d'offrir une vaste gamme de formations pertinentes au type de travail du personnel. Les répondants à l'enquête ont également indiqué la nécessité de formation traditionnelle, de formation en activité physique, d'approches tenant compte des traumatismes, de formation axée sur la nutrition, y

⁵⁵ L'évaluation reconnaît que les problèmes de personnel pour les régions isolées peuvent être causés à la fois par le manque de ressources financières disponibles ou l'éloignement des postes.

compris les compétences culinaires, la gestion de sevrage et le soutien supplémentaire (dépendances), le jardinage et la formation en santé mentale.

Une augmentation du financement du programme permettrait également aux collectivités de se concentrer sur la mise en œuvre d'une approche holistique et exhaustive pour lutter contre les maladies chroniques, plutôt que de se concentrer sur les facteurs de risque individuels. De plus, l'analyse de la documentation sur les soins de santé montre qu'il existe un consensus selon lequel la gestion des maladies chroniques et les soins primaires qui favorisent le bien-être, le dépistage et d'autres soins préventifs permettent d'améliorer les résultats et de réduire les coûts globaux des soins de santé⁵⁶. Cela pourrait être un domaine d'analyse supplémentaire que l'évaluation n'a pas été en mesure de mener.

Les informateurs clés interrogés ont également exprimé des préoccupations quant à l'insuffisance du financement des initiatives d'éducation nutritionnelle, compte tenu du prix élevé des aliments dans le Nord et des frais de déplacement des travailleurs qui desservent plusieurs collectivités. En fin de compte, ces prix élevés des aliments rendent les cours de cuisine et les autres séances de mobilisation coûteux et augmentent les coûts pour le programme. Des fonds supplémentaires sont également nécessaires pour faciliter la formation du personnel.

Avant 2018-2019, la SCT fonctionnait par un financement fondé sur les propositions, ce qui posait des problèmes de maintien en poste du personnel et de planification du programme à moyen et long terme. À la suite de la transition de la SFLT à la SCT en 2018-2019, le programme a adopté une approche fondée sur les distinctions. Il s'agissait notamment de passer d'un financement fondé sur les propositions à un financement continu. On suppose qu'un financement stable permettra de réduire le roulement du personnel, car les collectivités seront en mesure de prévoir les salaires pour les années à venir. Un informateur clé du bureau national a souligné l'importance d'un financement stable pour la SCT : « *Il faut de la persévérance, la participation des dirigeants et des partenariats. Il est important d'avoir un financement stable, car les projets passent d'une année à l'autre sans savoir à quoi ressemble leur avenir* ».

Malgré l'abandon du financement fondé sur les propositions, les répondants des bureaux régionaux ont souligné que le programme demeure insuffisamment financé, notamment en ce qui concerne les besoins en dotation. Le personnel du bureau régional a fait remarquer que les travailleurs de la santé de première ligne sont occupés par d'autres priorités et qu'un financement est nécessaire pour soutenir les travailleurs de la santé affectés précisément au programme de lutte contre le tabagisme.

⁵⁶ Barr et coll., 2003, p. 75; Weintraub et coll., 2011, p. 970-972.

6.5 Systèmes de mesure du rendement

Constatation 10 : Des systèmes de mesure du rendement sont en place pour recueillir des données dans le cadre du programme Vie saine. Cependant, les outils de données administratives ne fonctionnent pas de manière optimale et il existe d'importantes lacunes dans le soutien à la gestion des données dirigée par les Autochtones aux niveaux communautaire, régional et national.

Le programme s'appuie sur un certain nombre de sources de données pour suivre et mesurer le rendement. Certaines de ces données sont recueillies directement dans le cadre du programme, tandis que d'autres sont rendues disponibles par des sources externes, comme l'Enquête régionale sur la santé. Voici les différents points de données disponibles pour le programme et les défis connexes.

- Le Modèle de rapport communautaire (MRC)⁵⁷ est une exigence de rapport associée à certains accords de contribution entre les collectivités des Premières Nations et la DGSPNI. Le MRC englobe plusieurs secteurs de programme, comme le développement des enfants en santé, le contrôle et la gestion des maladies transmissibles, les soins à domicile et en milieu communautaire, le bien-être mental et les modes de vie sains. Le MRC a été conçu pour la première fois en 2008-2009. Il a été par la suite plusieurs fois révisé. Pour la période de déclaration 2018-2019, 314 collectivités au Canada ont répondu aux exigences en matière de rapport du MRC du programme VS. Il s'agit notamment des collectivités de l'Alberta, de la Saskatchewan, du Manitoba, de l'Ontario, du Québec et des régions de l'Atlantique. De plus, étant donné la diversité des ententes de financement entre les sous-programmes, les exigences en matière de rapport varient d'une collectivité à l'autre, et les collectivités ne sont pas toutes tenues d'utiliser le MRC comme outil de rapport⁵⁸. Tout au long des entrevues avec les informateurs clés, les intervenants communautaires ont souligné l'importance de la collecte de données et de l'utilisation du MRC non seulement pour répondre à leurs besoins de financement, mais aussi pour donner un aperçu de la santé et du bien-être de la collectivité. À l'inverse, les organisations partenaires ont également exprimé la nécessité d'améliorer davantage le MRC, car il ne permet pas de recueillir de renseignements suffisamment détaillés pour que les collectivités puissent suivre efficacement le rendement et l'atteinte des résultats. Par exemple, d'après les rapports du MRC en 2015-2016, 93 % (n=317) des collectivités ont organisé des séances de sensibilisation et d'éducation sur la saine alimentation, 91,5 % (n=270) ont déclaré

« Nous devons être en mesure de comparer les gains d'efficacité sur une période de cinq ans... Nous avons besoin d'un bon outil pour recueillir des données sur la santé, et cet outil doit dresser un portrait de la collectivité. Au niveau individuel, on le sait, mais nous n'avons pas de portrait de la collectivité. Je ne peux pas dire si cela fonctionne bien ou non, car nous ne disposons pas de données au niveau national/régional. Je me pose la question suivante : avons-nous suffisamment de données sur la santé pour dire si cela fonctionne ou non? Je ne le crois pas. ».

- Informateur clé

⁵⁷ Le Modèle de rapport communautaire (MRC) a été élaboré pour servir d'outil de rapport pour un nombre restreint de collectivités.

⁵⁸ Profil d'information sur le rendement du programme Vie saine (2019), document provisoire interne

offrir la même séance en 2017-2018, et en 2018-2019, il a été signalé que 91 % (n=314) des collectivités qui ont déclaré offrir le programme VS, ont organisé des séances de sensibilisation et d'éducation sur la saine alimentation. Les données du MRC recueillies auprès des collectivités peuvent ne pas être suffisamment détaillées pour les aider à recueillir et à utiliser systématiquement des données quantitatives afin de mieux adapter les programmes à leurs propres besoins et priorités en matière de santé.

De plus, les données recueillies par le MRC ne sont pas inclusives et ne comportent pas de données complètes pour tous les indicateurs de rendement dans toutes les collectivités. Les informateurs clés interrogés ont également demandé que les systèmes de mesure du rendement soient renforcés pour soutenir la gestion des informations sur les clients, l'un d'entre eux ayant déclaré : « *avoir une base de données qui appuie le suivi de l'information sur les clients de notre petite collectivité... beaucoup de nos clients ont un médecin et notre participation est donc limitée en dehors de la promotion et de la prévention primaire.* » Les défis liés aux limites des données ont également été corroborés par la précédente évaluation de 2014 des composantes du programme de planification communautaire pour les programmes Vie saine et Développement des enfants en santé de la DGSPNI⁵⁹, qui concluait que : « *La mesure du rendement s'est améliorée, surtout pour la mesure des résultats intermédiaires et à long terme. Par contre, on pourrait mettre davantage l'accent sur les indicateurs de rendement et sur la collecte de données à l'appui des résultats immédiats (plus précisément, la portée et l'accessibilité des programmes des groupes VS et DES), afin de mieux appuyer le suivi des programmes, à des fins de planification et de production de rapports* ».

- L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, une vaste enquête transversale administrée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN)⁶⁰, un organisme à but non lucratif des Premières Nations, constitue un important point de données secondaires pour le programme VS. L'ERS est la seule enquête nationale sur la santé des Premières Nations au Canada et produit d'importantes innovations en ce qui concerne les entrevues assistées par ordinateur, le contenu de questionnaire adapté à la culture, l'échantillonnage et les méthodes de travail sur le terrain. L'enquête a été menée en 2002-2003, en 2008-2010 et en 2015-2016 auprès des populations des Premières Nations vivant dans les réserves et dans les collectivités du Nord. L'ERS est également la première enquête nationale qui met explicitement en œuvre les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des Premières

⁵⁹ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](http://rcaanc-cirnac.gc.ca) - page vi.

⁶⁰ En 2009, les chefs de l'Assemblée des Premières Nations ont adopté la résolution no 48/2009 qui a exigé la création du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, un organisme autonome à but non lucratif qui devait remplacer le Comité de gouvernance de l'information des Premières Nations. La résolution stipule que « le Centre assurera la promotion, la protection et l'avancement des principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) des Premières Nations, du droit inhérent à l'autodétermination et de la compétence en matière de recherche et de gestion de l'information ».

Nations⁶¹. L'ERS recueille de l'information auprès de la majorité des collectivités des Premières Nations dans les réserves sur un éventail choisi de sujets et par cohortes d'âges – enfants (0-11 ans), jeunes (12-17 ans) et adultes (18 ans et plus). Le rapport national 2019 de l'ERS des Premières Nations utilise 64 indicateurs qui ont fait l'objet de suivi et ont été progressivement peaufinés et élargis depuis plus de 20 ans⁶². Il convient de noter que, dans le cadre du programme VS, l'enquête recueille des informations de haut niveau sur le diabète, l'activité physique, la sécurité alimentaire, la nutrition, la santé et les maladies chroniques. Bien que l'ERS soit un mécanisme solide de suivi des résultats en matière de santé de haut niveau tous les cinq ans, elle n'est généralement disponible qu'au niveau national et ne fournit pas suffisamment de détails sur ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas aux niveaux des sous-programmes, des régions et des collectivités, ni de données précises sur les résultats du programme Vie saine.

- De plus, les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC utilisent un modèle de rapport annuel rempli par les bénéficiaires de financement admissibles. Les collectivités recueillent et rapportent les données relatives aux programmes des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, plus précisément sur les connaissances et la sensibilisation des clients en matière de nutrition, les connaissances et la sensibilisation en matière de nutrition dans le commerce de détail, le développement des compétences alimentaires, les connaissances et les compétences en matière d'alimentation traditionnelle et l'accès à des aliments sains. Par exemple, au cours de la période de déclaration 2018-2019, 4 700 activités⁶³ ont été réalisées par des bénéficiaires de financement des Premières Nations et des Inuits et, au total, 49 000 personnes⁶⁴ ont participé à des activités de nutrition. Les évaluateurs n'ont pas déterminé les limites de cet outil de collecte de données.

⁶¹Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP) des Premières Nations affirment que ces dernières ont le contrôle des processus de collecte de données, et qu'elles possèdent et contrôlent la manière dont ces données peuvent être utilisées.

⁶² [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca) page 15

⁶³ Le chiffre est arrondi.

⁶⁴ Le chiffre est arrondi.

6.6 Ententes de financement

Constatation 11 : Les modèles de financement⁶⁵ actuels des sous-programmes Vie saine sont appropriés, car ils répondent aux besoins et aux priorités des collectivités.

Les ententes de financement du programme de l'IDA varient d'une région à l'autre, puisque la plupart des collectivités ont adopté des approches de contribution souples ou de financement global. Certains informateurs clés interrogés ont indiqué que le financement global était préférable, car il permet une plus grande souplesse et réduit le fardeau de la production de rapports. Quelques collectivités ont également conclu des accords de contribution fixes (moins souples quant à l'utilisation des fonds). Un informateur clé a expliqué que certaines collectivités préfèrent les accords de contribution fixes aux accords de financement qui offrent une plus grande souplesse financière, car les accords de contribution fixes garantissent que les fonds sont précisément affectés à l'IDA. Ainsi, les accords de contribution fixes permettent à certaines collectivités de s'assurer que les fonds sont utilisés pour un programme précis plutôt que de les utiliser pour répondre à des priorités et des besoins communautaires qui pourraient changer. Les informateurs clés qui appuient l'IDA et la SCT ont indiqué que, bien que les ententes de financement soient appropriées, les montants actuels du financement sont inadéquats et ne correspondent pas à leurs besoins, soulignant dans le cadre des entrevues avec les informateurs clés les défis que cela crée pour maintenir en poste le personnel professionnel et l'incidence globale sur la prestation des services.

« Les ententes de financement créent des projets à court terme réalisés dans le cadre d'activités de programme distinctes. Un aspect de la santé est traité séparément des autres aspects de la santé tels que la santé physique et la santé mentale, qui se traduisent par la mise en œuvre de programmes comme la nutrition et la santé mentale. De plus, les pratiques traditionnelles sont relativement absentes des programmes. »

– Informateur clé

Le modèle de financement varie selon les collectivités admissibles au programme de NNC. Par exemple, la récente évaluation horizontale du programme Nutrition Nord Canada indique que, dans certains cas, le financement est fourni directement aux collectivités, tandis que dans d'autres cas, des ententes de financement sont fournies à d'autres gouvernements (p. ex., conseils tribaux et gouvernements territoriaux) pour soutenir diverses collectivités admissibles. Dans le cadre des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, SAC et l'ASPC accordent un financement et un soutien aux collectivités admissibles pour la mise en œuvre d'activités d'éducation nutritionnelle s'adressant aux détaillants et aux collectivités. Les collectivités décident elles-mêmes des activités d'éducation nutritionnelle de NNC qu'elles souhaitent mettre en œuvre, selon leurs priorités et leurs besoins.

⁶⁵ Il est important de noter que les modèles/arrangements de financement font référence au type de financement (c.-à-d. contribution au financement global, contribution au financement flexible, etc.) que les communautés des Premières Nations reçoivent, cela ne doit pas être confondu avec les montants de financement reçus.

Avec la transition de la SFLT à la SCT en 2018-2019, le programme a adopté une approche fondée sur les distinctions (ce point est abordé plus en détail dans la constatation 9). Malgré l'abandon du financement fondé sur les propositions, les informateurs clés des bureaux régionaux ont souligné que le programme reste insuffisamment financé, notamment en ce qui concerne les besoins en dotation. Ils font remarquer que, comme les travailleurs de la santé de première ligne sont occupés par d'autres priorités, un financement est nécessaire pour soutenir les travailleurs de la santé affectés précisément au programme de lutte contre le tabagisme.

7.0 Principales constatations : Sous-programmes

7.1 Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

7.1.1 Fonctionnement efficace

Constatation 12 : L'IDA a fait des progrès pour favoriser un niveau élevé de satisfaction chez les partenaires communautaires

Depuis l'évaluation de 2014 des programmes Vie saine et Développement des enfants en santé (*DES*) des Premières Nations et des Inuits, cette évaluation a révélé que, dans l'ensemble, des progrès considérables ont été réalisés pour affirmer que l'IDA a produit des résultats importants en matière de promotion de la santé et de prévention primaire à l'échelle communautaire.

Tout au long de l'évaluation, des données probantes ont été recueillies pour évaluer l'efficacité opérationnelle du programme en ce qui a trait à la prévention et à la gestion du diabète de type 2, qui sont présentées ci-dessous. De plus, cette constatation particulière porte également sur la manière dont l'IDA soutient les efforts relatifs aux quatre volets du programme⁶⁶.

L'enquête en ligne auprès du personnel de l'IDA (n=79) montre que 58 % des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA fonctionne efficacement⁶⁷ dans la prévention et la gestion du diabète de type 2 (23 % étaient neutres et 18 % en désaccord ou tout à fait en désaccord, 1% ne savaient pas).

Lorsqu'on a demandé aux répondants à l'enquête d'évaluer dans quelle mesure l'IDA réussit à soutenir les efforts des quatre volets du programme, la majorité d'entre eux étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que des efforts ont été déployés. Parmi les 79 des répondants qui ont répondu à l'enquête en ligne :

⁶⁶ Les références aux « quatre composantes du programme » renvoient aux différentes composantes de l'IDA (promotion de la santé et prévention primaire à l'échelle communautaire, dépistage et gestion, renforcement des capacités et formation, mobilisation/partage des connaissances). C'est ainsi que les différentes initiatives de l'IDA sont désignées dans les documents du programme et c'est également ce qui sera utilisé pour cette évaluation afin de maintenir l'uniformité.

⁶⁷ L'efficacité, telle que définie dans les politiques du Secrétariat du Conseil du Trésor sur l'évaluation des programmes, est la mesure dans laquelle un programme atteint les résultats attendus.

- 76 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussissait pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention primaire à l'échelle communautaire;
- 58 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussissait pour ce qui est des activités de dépistage et de gestion;
- 51 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussissait pour ce qui est du renforcement des capacités et de la formation;
- 62 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussissait pour ce qui est de la mobilisation et du partage des connaissances.

Tout au long de l'évaluation, des données probantes ont également été recueillies pour évaluer la réalisation des quatre composantes du programme, qui sont présentées ci-dessous.

Promotion de la santé et prévention primaire à l'échelle communautaire

Le volet de promotion de la santé et de prévention primaire à l'échelle communautaire se concentre sur une série d'activités adaptées à la culture visant à promouvoir la santé et à prévenir le diabète, à créer des environnements favorables et à accroître les saines habitudes de vie. Les informateurs clés interrogés ont confirmé qu'un fort accent est mis sur la promotion et la prévention en raison du rôle fondamental qu'elles jouent dans la conception et la mise en œuvre globales de l'IDA, et que de nombreuses collectivités excellent dans la mise en œuvre de ce volet.

« Le [diabète de type 2] est une maladie qui peut être gérée. Il faut éduquer et sensibiliser les gens à ce sujet. [Nous] devons tenir compte des besoins de la collectivité et du fait qu'il n'y a probablement pas un seul Autochtone au Canada qui n'a pas été touché par le diabète. Il y a différents niveaux de traumatisme qui vont de pair avec ça ».

– Entrevues avec des informateurs clés

La souplesse dans la conception du programme permet également aux collectivités de mettre en œuvre des activités qui correspondent aux besoins, aux priorités et aux réalités à l'échelle locale. Un informateur clé interrogé a parlé de l'importance d'une conception souple du programme et a déclaré : *« Je pense qu'il est important de soutenir et d'encourager davantage les collectivités à déterminer leurs propres priorités et à suivre cette voie avec les soutiens appropriés. Les collectivités sont les mieux placées pour vous parler d'elles-mêmes, de leurs besoins et de leurs expériences ».*

S'il existe une diversité dans les activités mises en œuvre dans les différentes régions, on constate également des similitudes notables. Par exemple, les activités de promotion et de prévention mises en œuvre dans les régions étaient principalement axées sur la prestation de services liés aux domaines clés que sont la sensibilisation au diabète, la saine alimentation et les activités physiques. De plus, dans de nombreuses collectivités, les efforts de sensibilisation au sujet du diabète se sont concentrés sur l'établissement et le maintien de relations avec les membres de la collectivité, l'élaboration et la prestation d'une éducation et des activités adaptées à la culture aux

membres de la collectivité, l'élaboration de matériel éducatif prenant en compte les différents niveaux de littératie individuels, et l'inclusion des pratiques et approches traditionnelles dans les activités.

Les informateurs clés interrogés ont déployé de gros efforts pour promouvoir l'intégration des activités physiques traditionnelles et réduire la sédentarité, ce qui peut prévenir ou réduire les maladies chroniques comme le diabète de type 2. Au cours de l'année de déclaration 2018-2019, sur les 314 collectivités qui ont déclaré mettre en œuvre des sous-programmes Vie saine⁶⁸ :

- 93 % ont déclaré proposer des activités de sensibilisation à l'activité physique;
- 75 % ont déclaré proposer des activités sportives et récréatives;
- 76 % ont déclaré proposer des activités physiques traditionnelles.
- 61 % ont déclaré proposer des clubs de marche;

L'enquête en ligne a également mis en évidence que sur les 80 répondants à l'enquête :

- 76 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts de promotion de la santé et de prévention primaire à l'échelle communautaire;
- 15 % n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts de promotion de la santé et de prévention primaire à l'échelle communautaire;
- 9 % étaient neutres.

Dépistage et gestion

Le dépistage et la gestion comprennent les initiatives de dépistage des complications, l'éducation sur le diabète, et la prévention des complications, comme les programmes de soins des pieds et l'autogestion du diabète. Les efforts et les activités de dépistage et de gestion varient d'une collectivité à l'autre en fonction de ses besoins et de ses priorités.

La capacité des régions en ce qui concerne le niveau de dépistage et l'efficacité de la gestion est variable. Parmi les 302 collectivités qui ont répondu à la question sur le dépistage diagnostique⁶⁹ posée dans le MRC, 54 % ont déclaré avoir réalisé un dépistage diagnostique au cours de la période de déclaration 2018-2019. Au cours de la même période, sur les 299 collectivités qui ont répondu à la question sur le dépistage non diagnostique, 83 %

« Les obstacles au dépistage sont énormes dans la plupart des collectivités. (Le partenaire communautaire) n'a pas les moyens de s'offrir des services de laboratoire dans sa communauté ».

– Entrevues avec des informateurs clés

⁶⁸ Données annuelles recueillies à partir du modèle de rapport communautaire

⁶⁹ Question liée au MRC : Effectuez-vous un dépistage diagnostique du diabète dans votre collectivité (par exemple, glycémie à jeun, épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale)?

ont déclaré avoir effectué un dépistage non diagnostique⁷⁰. Au cours d'entrevues avec des informateurs clés, les répondants ont fait observer que certaines collectivités ne disposent pas des outils de dépistage appropriés, comme l'accès au prélèvement d'échantillons et à l'autorisation de laboratoire, ainsi que l'accès aux données sanitaires provinciales⁷¹. Plus précisément, certains informateurs clés interrogés ont indiqué qu'ils ne disposaient pas d'un poste de dépistage du taux d'A1C qui leur permettrait d'effectuer une analyse de sang pour aider à diagnostiquer le diabète de type 2. Une minorité de ces répondants ont également souligné qu'en raison d'un manque de postes de dépistage, les médecins disponibles passent plus de temps à voir des clients qui ont besoin d'une analyse de sang. Alors que certaines collectivités ne disposent pas des outils de dépistage adéquats, d'autres informateurs clés interrogés font remarquer que le coût peut jouer un rôle dans la fréquence des activités de dépistage dans les collectivités. Par exemple, un répondant d'une clinique de santé a déclaré : Par exemple, un répondant d'une clinique de santé a déclaré : *« Nous faisons du dépistage et nous avons pu faire des analyses du taux d'A1C dans (la) collectivité... nous avons une échelle sur l'ordinateur qui montre les effets de leur mode de vie et leur montre visuellement quelles pourraient être les conséquences. Je pense que cela a été très gratifiant, car les gens sont plus enclins à s'engager. Le dépistage a été limité en raison des coûts – les analyses coûtent cher et nous ne pouvons en faire qu'un certain nombre »*.

L'enquête en ligne (n=80) a révélé que :

- 58 % des répondants étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de dépistage et de gestion;
- 16 % n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de dépistage et de gestion;
- 26 % des répondants étaient neutres.

En plus de l'enquête en ligne, d'après le MRC, au cours de l'année de déclaration 2018-2019, sur les 314 collectivités qui ont déclaré avoir offert un programme VS, 94 % ont organisé des séances ou ateliers d'information sur le diabète et 78 % ont déclaré avoir élaboré des ressources documentaires. De plus, parmi les 307 collectivités qui ont répondu à la question sur les cours pratiques et la formation sur le diabète, 93 % ont offert des cours pratiques et de la formation sur le diabète à leurs membres et 78 % ont offert des cours pratiques sur les soins des pieds pour les diabétiques.

Renforcement des capacités et formation :

Les possibilités de renforcement des capacités sont largement perçues comme un moyen pour fournir aux représentants en santé communautaire les connaissances et les compétences nécessaires à l'exécution des programmes. Plus précisément, les possibilités de formation continue de l'IDA appuient les professionnels et

⁷⁰ Question liée MRC : Effectuez-vous des dépistages non diagnostiques de sensibilisation/prévention du diabète dans votre collectivité?

⁷¹ L'accès aux données provinciales sur la santé est considéré par de nombreux employés de l'IDA comme une question de compétence provinciale.

paraprofessionnels de la santé qui travaillent avec les collectivités dans les domaines de la sensibilisation au diabète, de la promotion de la santé et des soins des pieds. De plus, des équipes pluridisciplinaires régionales ont apporté leur expertise aux collectivités en matière de diabète, d'activité physique et de nutrition.

Les efforts actuels de renforcement des capacités et de formation sont continus pour le personnel qui soutient l'IDA. La plupart des informateurs clés interrogés ont indiqué que le personnel souhaite vivement enrichir son répertoire de formation. Plus précisément, le personnel a noté qu'il souhaitait renforcer sa capacité d'aider les clients et les familles à gérer et à améliorer leur santé mentale et avoir accès à une formation qui va au-delà de la composante biomédicale du diabète de type 2.

Bien que les membres du personnel qui travaillent dans des collectivités éloignées aient souvent de la difficulté à accéder aux formations en personne et à y assister, certaines formations sont désormais offertes en ligne à la suite à la pandémie de COVID-19, permettant ainsi au personnel travaillant dans les collectivités éloignées de participer à des formations en ligne. Certains informateurs clés interrogés ont exprimé des préoccupations au sujet de la disponibilité du financement pour la formation liée à l'IDA, en particulier la disponibilité des fonds pour que le personnel de l'IDA puisse assister aux formations (il en est question plus en détail à la section 6.4), tandis que d'autres collectivités avaient réservé des fonds pour la formation liée à l'IDA (ce n'est donc pas une préoccupation pour elles, car elles ont réservé des fonds pour que le personnel puisse assister aux formations ou aux conférences).

L'enquête en ligne a mis en évidence que sur les 80 membres du personnel qui ont répondu à l'enquête :

- 51 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de renforcement des capacités et de formation;
- 24 % n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de renforcement des capacités et de formation;
- 25 % des répondants étaient neutres.

Mobilisation et partage des connaissances

La mobilisation et le partage des connaissances font référence à l'échange de renseignements visant à soutenir les collectivités dans leurs programmes et services, y compris, mais sans s'y limiter, l'échange de pratiques prometteuses et exemplaires et des dernières tendances de la recherche, ainsi que des lignes directrices de pratique clinique.

La mobilisation des partenaires régionaux dans leurs groupes régionaux respectifs de communauté de pratique, aussi appelés « groupes de travail », a été couronnée de succès, comme l'ont souligné de nombreux informateurs clés interrogés et de nombreux répondants à l'enquête. Au cours des entrevues dans toutes les régions, les informateurs clés ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de leurs nombreux groupes de travail respectifs, ont reconnu l'importance d'adapter les activités aux besoins et aux priorités de la collectivité et ont indiqué que les possibilités d'établir des partenariats stratégiques avec d'autres collègues aux niveaux régional et communautaire ont été utiles pour leur travail.

« Il y a quelques petits renseignements et idées qui circulent – mais dans l'ensemble, nous trouvons qu'il n'y a pas beaucoup de formation sur les idées pour soutenir la prévention, le dépistage et la gestion dans la collectivité. D'un côté, c'est une bonne chose, car cela nous permet d'être plus souples et de nous concentrer sur les besoins de notre collectivité, mais d'un autre côté, ce serait bien d'avoir plus d'information. Un meilleur échange de connaissances entre les collectivités serait excellent, peut-être des enseignements de la part des aînés, etc. ».

- Répondant à l'enquête

La National Indigenous Diabetes Association (NIDA), chef de file en matière de mobilisation et de partage des connaissances, propose de nombreuses ressources sur son site Web, et organise des conférences et des possibilités de réseautage pour le personnel qui appuie l'IDA. Les partenaires communautaires de nombreuses régions ont indiqué qu'avant la COVID-19, ils se réunissaient en personne avec leurs collègues dans leur région respective, souvent pour échanger des connaissances. Toutefois, en raison des restrictions de voyage liées à la COVID-19, beaucoup ont décidé d'organiser des réunions en ligne. Voici quelques commentaires exprimés par des informateurs clés de diverses régions au sujet de l'efficacité de la gestion des connaissances dans leurs régions respectives :

- *« Je dois dire que le programme régional de l'IDA est génial. Nous nous réunissons en tant que groupe et abordons les obstacles pour la province. Par conséquent, nous disposons d'un manuel sur le diabète gestationnel et d'un manuel d'orientation pédiatrique qui intègrent la culture et sont très complets ».*
- *« Je participe au groupe provincial d'éducateurs sur le diabète, ce qui est très utile pour me tenir au courant et pour pouvoir parler aux personnes qui dispensent les soins individuels et discuter des nouveautés en matière de diabète (médicaments, seringues plus courtes, etc.). Le groupe tient également des discussions sur des études de cas, ce qui ne manque pas d'enrichir mes connaissances ».*

- « Chaque année, le groupe organise une conférence/formation, donc il fait des ateliers pendant un jour ou deux, puis des présentations. C'est à ce moment-là que tous les coordonnateurs du diabète se réunissent et échangent les pratiques exemplaires ».
- « Le groupe de travail de l'IDA est un tel succès dans notre région que les coordonnateurs eux-mêmes aiment se réunir. Ils travaillent toujours sur un projet pour faire avancer ces défis dans la collectivité ».

L'enquête en ligne a souligné que sur les 79 personnes qui ont répondu à l'enquête en ligne :

- 62 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de mobilisation et de partage des connaissances (entre les programmes et les collectivités);
- 15 % n'étaient pas d'accord ou pas du tout d'accord pour dire que l'IDA réussit à soutenir les efforts en matière de mobilisation et de partage des connaissances (entre les programmes et les collectivités);
- 21 % des répondants étaient neutres.
- 2 % ne savaient pas.

7.1.2 Principaux défis de l'IDA

Constatation 13 : Quelques défis principaux peuvent empêcher l'IDA de répondre potentiellement aux besoins et aux priorités, notamment l'incidence des contraintes de financement, les difficultés de dotation en personnel, les désavantages technologiques auxquels sont confrontés certains clients et l'incidence de l'insécurité alimentaire.

Un certain nombre de défis principaux ont été relevés lors de l'examen des documents, des entrevues avec les informateurs clés et des réponses à l'enquête. Vous trouverez ci-dessous une liste des principaux défis auxquels les collectivités sont confrontées lorsqu'elles travaillent à la mise en œuvre de l'IDA.

- **Problèmes de financement :** Le manque de financement adéquat (ce point est abordé plus en détail dans la section 6.4) est une préoccupation pour de nombreux informateurs clés interrogés. Plus précisément, ces répondants ont indiqué que la stagnation du financement du programme a une incidence sur les préoccupations relatives aux capacités des ressources humaines, sur les possibilités de renforcement des capacités offertes au personnel de l'IDA et sur la capacité du programme à se développer davantage. Le recrutement et le maintien en poste du personnel de l'IDA sont un défi auquel sont confrontés de nombreux répondants à l'enquête, l'un d'entre eux ayant déclaré : « [on] manque de fonds pour embaucher un véritable éducateur certifié sur le diabète et un diététiste, alors qu'il est essentiel que ces

« Ce qui finit par être un peu difficile ce n'est pas forcément les disparités, mais plutôt le caractère unique de chacune des régions et de leurs besoins ».

– Informateur clé

deux professionnels travaillent ensemble pour que tous les besoins des clients soient satisfaits ».

Il existe un vif intérêt pour les possibilités de perfectionnement professionnel parmi les informateurs clés interrogés et les répondants à l'enquête, et c'est également une constatation qui a été soulignée dans la précédente évaluation de 2014 du programme Vie saine. Par exemple, un informateur clé interrogé a souligné le défi que représente le financement en ce qui a trait au renforcement des capacités, en déclarant que *« notre financement de base pour tous ces postes ne couvre que nos salaires et nos frais administratifs. Nous comptons sur des fonds supplémentaires pour offrir d'autres possibilités de renforcement des capacités »*. En outre, les informateurs clés parmi les membres du personnel des bureaux nationaux et régionaux de SAC corroborent également cette constatation, en faisant remarquer que leurs collectivités manquent de fonds adéquats pour pouvoir aider le personnel de la santé à améliorer ses compétences et ses connaissances.

Pour régler ce problème de financement, certains informateurs clés ont mis l'accent sur l'adoption d'une approche novatrice en matière de renforcement des capacités et sur la recherche de ressources supplémentaires qui pourraient être mises à leur disposition. Par exemple, la conférence semestrielle organisée par la NIDA a dû chercher des fonds supplémentaires auprès de parrains externes pour répondre aux besoins de la conférence. Un autre informateur clé a organisé des formations de manière novatrice pour le personnel de l'IDA, en proposant une séance annuelle d'éducation sur la télésanté, au cours de laquelle un médecin offre diverses séances d'éducation au personnel⁷². De nombreux informateurs clés interrogés ont exprimé

« Il peut être difficile de recruter des personnes dans certaines de ces collectivités qui sont assez éloignées. Je pense que cela peut également être très épuisant pour le personnel travaillant dans ces domaines. L'épuisement professionnel est très courant, et cela s'accompagne d'un manque de motivation. Je pense que la difficulté de recrutement a beaucoup à voir avec cela ».

– Informateur clé

un vif désir que le personnel ait accès à une formation complémentaire. L'un de ces répondants a déclaré que *« la formation est un besoin exprimé. Comme pour toute chose, le financement est toujours un défi, comme la capacité de payer la formation et d'accomplir réellement des choses »*. Il existe un intérêt pour les possibilités de formation suivantes dans les domaines suivants (liste non exhaustive) : diabète, éducation physique et formation en santé mentale.

- **L'éloignement de certaines collectivités des Premières Nations** a eu des répercussions sur l'exécution des programmes dans certaines collectivités, ce que confirment les répondants aux entrevues avec les informateurs clés⁷³. Bien que les postes de soins infirmiers et les centres de santé desservent les collectivités éloignées, le programme

⁷² Cette activité n'est pas couverte par l'IDA sur le plan financier.

⁷³ L'évaluation reconnaît que le recrutement et le maintien en poste du personnel dans les collectivités éloignées sont complexes, mais la majorité des régions interrogées ont souligné que ce défi est lié au financement.

continue de faire face à des défis, notamment le recrutement et le maintien en poste des professionnels de la santé. Un informateur clé interrogé a souligné ce qu'il en coûte d'aller à la rencontre de participants dans les collectivités éloignées et les frais de déplacement connexes, en déclarant : *« les frais de déplacement plus élevés, le fait de vivre dans le Nord et les projets dans le Nord ne sont pas pris en compte dans le financement... le facteur d'éloignement est un obstacle à la rencontre de tous les groupes de population, surtout ceux qui sont plus éloignés »*. S'il est indéniable que les collectivités éloignées doivent faire face à des coûts de programme plus élevés que les collectivités non éloignées, les informateurs clés interrogés ont indiqué qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une limite du programme, mais plutôt d'une reconnaissance du caractère unique des besoins et des considérations environnementales à prendre en compte pour chaque région et collectivité. Un informateur clé de SAC a également souligné les défis uniques auxquels sont confrontées les collectivités éloignées, citant la structure et la capacité comme étant des défis.

- **Autorités sanitaires régionales et provinciales** : La possibilité pour les collectivités d'accéder à leurs données sanitaires ou à leurs dossiers électroniques auprès des autorités sanitaires provinciales ou régionales est un défi permanent auquel sont confrontés les clients et de nombreux membres du personnel de l'IDA. Les répondants aux entrevues avec des informateurs clés ont souligné que l'interaction et la relation avec les autorités sanitaires pour l'accès aux dossiers des clients sont difficiles pour de nombreuses collectivités, car des problèmes financiers et de compétence empêchent le personnel d'accéder aux dossiers médicaux des clients dans le système de santé électronique (c.-à-d. consulter les résultats des analyses de sang et les ordonnances des clients). Un informateur clé a souligné que *« les collectivités ont accès aux dossiers électroniques, et même si elles voient quelqu'un dans une collectivité voisine, comme l'infirmière en soins à domicile ou l'infirmière en soins des pieds, [elles] ne peuvent pas voir leur taux d'A1C, alors qu'elles devraient en rendre compte »*. L'évaluation a également permis de relever une pratique exemplaire en Nouvelle-Écosse, où les membres du personnel de l'IDA collaborent avec les autorités sanitaires provinciales pour obtenir l'accès aux données de santé de leurs clients aux fins de traitement. Ils utilisent également les données reçues pour orienter leurs propres priorités et leur planification en matière de santé.
- **Désavantage numérique** : En raison de la pandémie de COVID-19, de nombreuses collectivités se sont tournées vers la prestation d'activités et de services en ligne. Cependant, certains informateurs clés interrogés ont souligné que les désavantages numériques⁷⁴ peuvent avoir un impact négatif sur les capacités de certains clients à participer aux activités du programme ou à communiquer avec les fournisseurs de services. Un informateur clé a fait remarquer que *« de nombreux fournisseurs donnent des rendez-vous sur [MS] Teams ou Zoom, mais si le service d'Internet de la collectivité n'est pas adéquat, ils ne peuvent pas atteindre les gens de cette*

⁷⁴ Par exemple, les limites de bande passante, l'accès à Internet et les clients ne disposant pas d'ordinateurs de bureau ou d'ordinateurs portables.

façon ». Les informateurs clés ont indiqué que des efforts considérables avaient été déployés pour assurer l'accès des clients aux services pendant la pandémie et maintenir la communication avec eux. L'un des informateurs clés interrogés a déclaré que « *dans le contexte de la COVID, j'envoie des messages textes aux gens. Certaines personnes n'ont que la possibilité de téléphoner ou sont à court d'argent à la moitié du mois. Cela a été vraiment difficile de parler aux gens et de communiquer. La communication a donc été une réelle difficulté tout au long du processus (COVID)* ».

- **Insécurité alimentaire** : L'incidence de l'insécurité alimentaire est un grand défi auquel sont confrontées de nombreuses collectivités dans lesquelles l'IDA est présente. Il en est question plus en détail dans la section 9 du présent rapport.

7.2 Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)

7.2.1 Pratiques associées au tabac traditionnel

Constatation 14 : Bien que l'évaluation n'ait pas permis d'obtenir des informations suffisantes pour formuler des constatations concluantes sur l'efficacité de la composante SAC de la Stratégie canadienne sur le tabac au cours de la période visée par la présente évaluation, les rapports rédigés par les Autochtones ont fait état d'une réussite en ce qui concerne les indicateurs clés en vue de l'obtention de résultats. L'intégration des pratiques associées au tabac traditionnel est considérée comme une réussite dans la présente évaluation et dans les rapports précédents.

La stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) renouvelée a été rebaptisée Stratégie canadienne sur le tabac (SCT) dans le budget 2018. La composante des Premières Nations et des Inuits de la SCT est une initiative de développement des connaissances qui a commencé en 2014-2015 dans le cadre de la SFLT et qui s'est poursuivi tout au long de la période visée par la présente évaluation. Elle a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de projets de lutte contre le tabagisme détaillés, globaux et adaptés aux particularités culturelles qui visaient à réduire l'usage non traditionnel de tabac, tout en continuant de respecter et de reconnaître les formes et modes d'usage traditionnels du tabac au sein des collectivités. L'approche a été organisée autour de six éléments d'intervention essentiels : 1) Protection; 2) Réduction de l'accès aux produits du tabac; 3) Prévention; 4) Éducation; 5) Abandon; et 6) Recherche et évaluation. L'initiative visait à établir des approches globales de lutte contre le tabagisme et des interventions connexes, ainsi qu'à faire connaître les succès remportés et à diffuser les connaissances acquises dans les collectivités inuites et des Premières Nations. Il est important de noter qu'en raison de la pandémie de COVID-19, il y a eu moins de réponses dans les entrevues avec les informateurs clés et l'enquête en ligne (n=43/115) de la part des répondants qui se sont identifiés comme participants au sous-programme de la SCT. Pour pallier cette limite, des données secondaires supplémentaires, notamment, ont été utilisées pour compléter les réponses à l'enquête et fournir une analyse plus poussée.

En 2017-2018, dans le cadre de la SFLT, 56 % des collectivités inuites et des Premières Nations avaient accès à des activités de lutte contre le tabagisme⁷⁵. Dans le cadre de l'ancienne SFLT, qui était axée sur les projets, SAC a appuyé la mise en œuvre de 16 projets et 3 stratégies, touchant 386 des 689 collectivités inuites et des Premières Nations (environ 56 %). En 2017-2018, les résultats ont été les suivants : une augmentation du nombre d'espaces non-fumeurs intérieurs et extérieurs, qui est passé de 640 à 1225; l'adoption de 173 nouvelles résolutions relatives au tabagisme à l'échelle locale; et une participation accrue des membres des collectivités aux programmes ou activités d'intervention axés sur l'abandon du tabac, 74 % des personnes ayant suivi un programme ou une activité d'intervention axé sur l'abandon du tabac ont soit déclaré une réduction de leur consommation de tabac (24 %), soit cessé de consommer du tabac commercial (3,0 %)⁷⁶. Ce taux d'abandon est considéré comme une grande réussite et il dépasse les taux d'abandon estimés dans d'autres groupes de la population canadienne.

Dans l'ensemble, l'enquête a indiqué que 53 % des répondants (n=30) étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que la SCT fonctionne efficacement pour réduire le tabagisme commercial. De plus, lorsqu'on leur a demandé dans quelle mesure ils pensaient que la SCT avait réussi à mettre en œuvre les éléments essentiels de l'intervention, les répondants ont déclaré ce qui suit (n=32) :

- 22 % ont déclaré avoir réussi à réduire l'accès à la consommation de tabac commercial (44 % étaient neutres);
- 31 % ont déclaré avoir réussi à prévenir la consommation de tabac commercial (38 % étaient neutres);
- 65 % ont déclaré avoir réussi l'éducation sur le tabac (26 % étaient neutres);
- 44 % ont déclaré avoir réussi à abandonner la consommation de tabac commercial (34 % étaient neutres);
- 25 % ont déclaré avoir réussi à faire de la recherche et de l'évaluation (50 % étaient neutres).

Les entrevues avec les informateurs clés ont permis de constater que les efforts d'abandon du tabac constituaient un défi majeur. En fait, les répondants à l'enquête ont également souligné les difficultés liées à l'effort d'abandon du tabac en déclarant ce qui suit : « *chacun va à son propre rythme lorsqu'il s'agit de réduire ou d'arrêter sa consommation de tabac commercial. Dans certains cas, il est difficile de répondre aux besoins individuels, car nous n'avons pas de thérapie de remplacement de la nicotine facilement accessible et il est parfois difficile pour les clients des régions rurales de consulter leur médecin de famille ou d'obtenir le suivi dont ils ont besoin. Les clients rechutent souvent ou renoncent à l'idée d'arrêter de fumer* ». Un autre répondant à l'enquête a déclaré : « *dans cette région, le tabagisme est encore pratiquement une épidémie : plus de 40 % des gens fument, et les enfants et les jeunes commencent à fumer à un très jeune âge. Nous devons encore dénormaliser le tabagisme. En outre, la plupart des fumeurs ne sont pas disposés à essayer d'arrêter de fumer à l'aide d'une*

⁷⁵ Avec le passage d'un financement fondé sur des propositions à un financement continu en 2018-2019, on suppose que le nombre de collectivités ayant des activités de lutte contre le tabagisme a augmenté.

⁷⁶ Association Nationale Autochtone Diabète, Rapport annuel de 2018-2019

thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) ou de médicaments; ils préfèrent utiliser la volonté ». L'enquête régionale sur la santé a révélé qu'à la question de savoir pourquoi les fumeurs avaient arrêté de fumer, près des deux tiers (65,2 %) ont répondu qu'ils avaient arrêté parce qu'ils avaient choisi un mode de vie plus sain⁷⁷.

Les répondants à l'enquête ont également fait état de grands défis en matière de maintien en poste du personnel, de promotion de la mobilisation communautaire et de mobilisation des gens avant qu'ils ne commencent à fumer. Un répondant à l'enquête a laissé entendre qu'il pourrait être important de mobiliser les gens avant même qu'ils ne soient prêts à arrêter de fumer : « *les membres ne participent aux activités que lorsqu'ils sont prêts à arrêter. Nous essayons d'avoir des participants, même s'ils ne sont pas prêts, afin que, lorsqu'ils le seront, ils sachent à quoi s'attendre ou à qui s'adresser* ». Les entrevues avec les informateurs clés ont mis en évidence l'augmentation du vapotage et de la consommation de cannabis, et ils ont suggéré de l'inclure dans les activités du programme.

La consommation de tabac par les Premières Nations a une riche tradition qui remonte à des millénaires. La communauté de pratique des Premières Nations et des Inuits⁷⁸, qui a contribué à la rédaction du document intitulé « Avenir de la lutte contre le tabagisme au Canada », a exprimé son point de vue sur le tabac sacré : « *Pour de nombreux membres des Premières Nations, le tabac naturel est considéré comme un puissant remède traditionnel qui rapproche les gens. Il peut être utilisé de manière positive, pour donner des bénédictions, pendant la pêche et la chasse, et pour demander conseil aux gardiens du savoir. Le tabac est souvent redonné à la Terre mère ou à l'eau, ou il est transporté en paquets. C'est l'un des quatre médicaments naturels les plus sacrés pour les membres des Premières Nations. Alors que les Premières Nations et les Inuits revitalisent leur culture après des centaines d'années de colonisation et de politiques d'assimilation, le tabac sacré est un médicament qui aide de nombreuses personnes sur le chemin de la guérison. Respecter le tabac comme l'a voulu le Créateur, c'est aider les gens à respecter leur esprit, leur corps et leur âme* ». Le tabac traditionnel est complètement différent du tabac commercial vendu aujourd'hui et utilisé par les Premières Nations à des fins rituelles. De plus, le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations signale que « *Le tabagisme habituel ou récréatif, en tant qu'usage non traditionnel du tabac commercial, a été cité comme la forme la plus courante de mauvais usage du tabac aujourd'hui*⁷⁹ ». Compte tenu de l'importance des racines culturelles et spirituelles du tabac chez de nombreuses Premières Nations, la recherche sur l'abandon du tabac a montré que les interventions adaptées à la culture renforcent l'efficacité des programmes antitabac destinés aux

⁷⁷ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). *National Report of The First Nations Regional Health Survey Phase 3* (p 1 à 180). Ottawa. Extrait de https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

⁷⁸ Se reporter à toutes les pages du rapport sur la communauté de pratique des Premières Nations et des Inuits qui a été présenté comme document de travail : ASA_102_02a_Doc 024_First Nation and Inuit Community of Practice Respecting Tobacco_2017.

⁷⁹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN). (2016b). Youth resilience and protective factors associated with smoking in First Nations communities.

Autochtones. Selon *Habash et coll.* (2021), de nombreux membres des Premières Nations croient que « *le tabac est une plante sacrée qui a des fins spirituelles et médicinales. Contrairement au tabac commercial, la culture, l'utilisation et la finalité du tabac sacré font l'objet de protocoles précis fondés sur la culture et profondément ancrés dans les traditions des Premières Nations* »⁸⁰. Cette compréhension du tabagisme est pertinente pour offrir des programmes qui répondent efficacement aux besoins de la collectivité. Une analyse documentaire des programmes d'intervention contre le tabagisme destinés aux peuples autochtones a révélé que les programmes doivent être adaptés au public visé, intégrer les points de vue et les suggestions des principaux membres de la population et faire appel, dans la mesure du possible, aux travailleurs de la santé autochtones. L'ERS a révélé que 74 % des jeunes des Premières Nations de 12 à 17 ans qui ne fumaient pas ont également déclaré que les enseignements traditionnels étaient assez ou très importants pour eux⁸¹. Ils ont également mentionné les liens avec la spiritualité comme un facteur de protection pour les jeunes, car ceux qui accordent une plus grande importance aux activités culturelles traditionnelles font preuve d'une plus grande compétence émotionnelle, ce qui s'est avéré réduire les taux de tabagisme⁸².

7.3 Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNNC)

7.3.1 Conditions d'admissibilité au programme

Constatation 15 : La souplesse des initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada est un facteur contribuant au succès du programme, malgré les difficultés signalées concernant les conditions d'admissibilité au programme.

L'objectif global des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC⁸³ est de compléter les programmes de NNC existants axés sur la nutrition en soutenant les initiatives d'éducation nutritionnelle destinées aux détaillants et aux collectivités. Ce faisant, les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC visent à encourager et à accroître la connaissance sur les saines habitudes alimentaires et à acquérir des compétences pour le choix et la préparation d'aliments sains dans les collectivités inuites et des Premières Nations pleinement admissibles. Les initiatives d'éducation nutritionnelle de

⁸⁰ Habash, M., Sheppard, A. J., et Steiner, R. (2021). An evaluation of Indigenous Tobacco Program smoking prevention workshops with First Nations youth in Ontario, Canada. *La revue canadienne de santé publique*, 1-9. [An evaluation of Indigenous Tobacco Program smoking prevention workshops with First Nations youth in Ontario, Canada - PMC \(nih.gov\)](#)

⁸¹ Wright, L., Dell, C. A., et Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2020). Tobacco smoking among First Nations youth living on reserve and in northern communities: A mixed methods study. *The International Indigenous Policy Journal*, 11 (4). <https://doi.org/10.18584/iipj.2020.11.4.13369>

⁸² Ibid.

⁸³ Il est important de noter qu'en raison de la pandémie de COVID-19, il y a eu moins de réponses dans les entrevues avec les informateurs clés et l'enquête en ligne (n=33/112) de la part des répondants qui se sont identifiés comme participant au sous-programme de NNC. Pour pallier à cette limite, des données secondaires supplémentaires, notamment les données de la récente évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada et du MRC, ont été utilisées pour compléter les réponses à l'enquête et fournir une analyse plus poussée.

NNC sont axées sur la collectivité, et les programmes varient d'une collectivité à l'autre. Le programme est souple, ce qui permet aux collectivités de choisir les types d'activités qui répondent à leurs besoins. D'après les rapports annuels du programme, entre 2013-2014 et 2018-2019, les bénéficiaires du financement ont organisé près de 18 000 activités d'éducation nutritionnelle, comme la promotion de connaissances sur les aliments sains, le développement de compétences alimentaires, les tests de goût en magasin et les visites d'épiceries, ainsi que la récolte et la préparation d'aliments traditionnels. Rien qu'en 2018-2019⁸⁴, à l'échelle communautaire, plus de 4 000 activités d'éducation nutritionnelle ont été offertes à plus de 44 000 participants, et on estime que 70 % des bénéficiaires de financement ont indiqué que les membres de la collectivité avaient amélioré leurs connaissances en matière d'alimentation saine et leurs compétences et qu'ils choisissaient et préparaient des aliments sains.

Environ la moitié (52 %) des répondants à l'enquête étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC étaient efficaces (n=25). De plus, les répondants à l'enquête⁸⁵ et les informateurs clés interrogés ont fait état de réussites liées à l'intégration et à la promotion des aliments traditionnels dans le cadre des programmes des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC et à la collaboration étroite avec le programme de l'IDA. L'accès aux aliments traditionnels et le soutien au transfert et à l'échange de connaissances sont importants pour le développement de la souveraineté alimentaire dans toutes les collectivités⁸⁶. Il s'agit notamment de cuisiner avec des aliments traditionnels dans le cadre de cours de cuisine, de planter et d'entretenir des jardins communautaires, et de promouvoir les pratiques de chasse traditionnelles. Cela va dans le sens de la recommandation de l'étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement des Premières Nations, qui appuie la promotion des systèmes alimentaires traditionnels pour aborder les questions de sécurité/souveraineté alimentaire⁸⁷. L'étude a révélé que les aliments traditionnels ont de multiples valeurs fondamentales pour les Premières Nations, qu'elles soient culturelles, spirituelles ou traditionnelles, et a appelé à soutenir l'éducation en matière d'alimentation saine menée par les Premières Nations⁸⁸. Au cours de la période de collecte de données 2018-2019, il ressort des données du MRC que parmi les collectivités qui ont déclaré offrir un programme VS (n=314), 57 % ont fourni des programmes d'alimentation en milieu scolaire, 63 % ont fourni des bons alimentaires, 51 % ont fourni des boîtes d'aliments sains, 65 % ont fourni des jardins communautaires, 40 % ont offert des visites d'épiceries, 91 % ont offert des activités de sensibilisation et d'éducation à une saine alimentation, 79 % ont offert des activités de récolte et de préparation d'aliments traditionnels, et 89 % ont offert un atelier ou des cours de cuisine.

⁸⁴ Rapport sur les résultats ministériels de 2018 à 2019 - Nutrition Nord Canada

⁸⁵ Il est important de noter que seulement 32/112 répondants à l'enquête ont participé au sous-programme des IENNNC et ont été en mesure de répondre aux questions de l'enquête. De plus, il y avait moins d'informateurs clés interrogés qui participaient activement aux IENNNC et qui pouvaient y répondre aux questions d'entrevue liées à ces initiatives. Ainsi, la conclusion devrait être réfléchie dans cette optique.

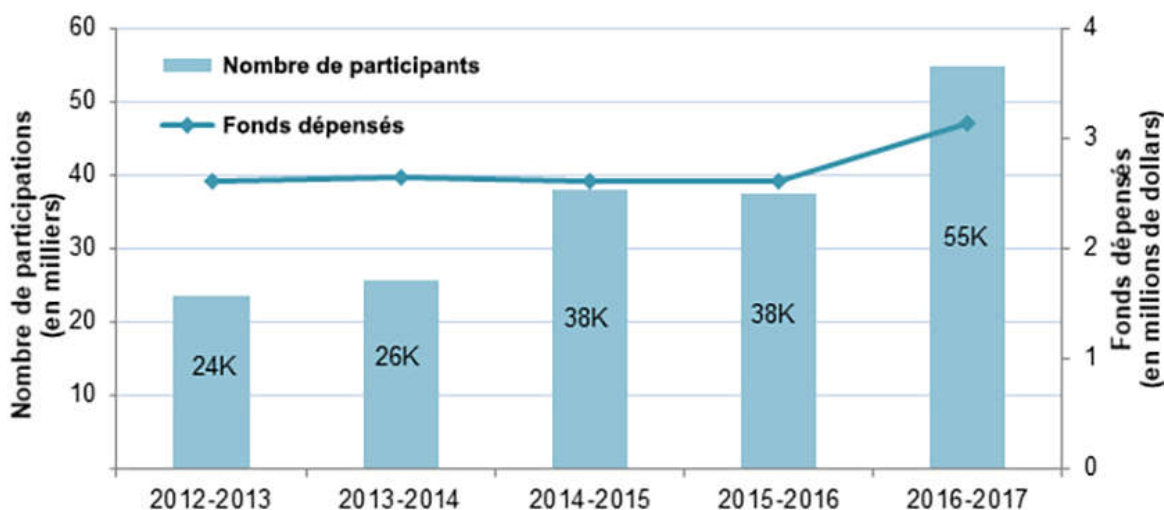
⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

La récente évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada⁸⁹ a révélé que, compte tenu de la nature du financement des initiatives d'éducation nutritionnelle et des lacunes en matière de collecte de données et de production de rapports sur ces initiatives, il est difficile d'attribuer des résultats particuliers au programme de NNC. Cependant, elle a indiqué que la hausse de la participation donne à penser qu'il existe un intérêt généralisé pour une saine alimentation. On peut donc raisonnablement conclure que les participants sont susceptibles d'acquérir des connaissances et des compétences pour manger sainement. Autre moyen d'attribuer le succès probable au programme : les liens entre le financement du programme et l'ampleur de la participation ont été mis en évidence dans l'évaluation, ce qui donne à penser qu'un investissement accru a permis d'élargir les initiatives d'éducation à un plus grand nombre de collectivités (voir la figure ci-dessous)⁹⁰.

Figure 1 : Nombre de participations par rapport aux fonds consacrés aux initiatives d'éducation en matière de nutrition financées par NNC entre 2012-2013 et 2016-2017



L'évaluation a révélé qu'il y a une demande plus élevée pour certains types d'activités, par exemple celles qui visent l'acquisition de connaissances et de compétences concernant les aliments traditionnels et les activités de formation et de sensibilisation en matière de nutrition qui ont lieu aux points de vente au détail. L'évaluation de Nutrition Nord Canada⁹¹ a également révélé que les activités dans le cadre desquelles des aliments étaient offerts étaient souvent les plus prisées, qu'il s'agisse de cours de cuisine ou de dégustation d'aliments, et que les cours de cuisine ciblés pour les enfants d'âge scolaire et les aînés étaient souvent couronnés de succès⁹².

⁸⁹ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca)

⁹⁰ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca)

⁹¹ Direction générale de l'évaluation, de la mesure du rendement et de l'examen. (2020). *Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada*. Ottawa, ON. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. Extrait de https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/DAM/DAM-CIRNAC-RCAANC/DAM-AEV/STAGING/texte-text/ev_nnc20_1583415151979_fra.pdf

⁹² Ibid.

De nombreux informateurs clés interrogés ont exprimé des préoccupations au sujet de l'admissibilité aux initiatives d'éducation nutritionnelle. Le financement dépend actuellement du fait que la collectivité des Premières Nations répond aux critères d'admissibilité à la subvention de NNC administrée par RCAANC. Les informateurs clés interrogés ont indiqué que les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC restent pertinentes pour toutes les collectivités. Ils ont également indiqué que les critères d'admissibilité actuels ne répondent pas aux besoins de nombreuses collectivités, l'un d'entre eux ayant déclaré : « *Certaines de nos collectivités accessibles uniquement par voie terrestre sont situées à plus de quatre heures d'une ville dotée d'une épicerie et, comme elles ne sont pas accessibles par avion, elles ne sont pas admissibles au programme de Nutrition Nord* ». Les informateurs clés interrogés ont également exprimé le besoin d'élargir les critères d'admissibilité pour permettre à un plus grand nombre de collectivités de bénéficier de ce programme.

Compte tenu de l'augmentation du prix des aliments dans le Nord, à laquelle s'ajoutent les frais de déplacement des intervenants communautaires qui desservent plusieurs collectivités, les informateurs clés interrogés ont tous exprimé des préoccupations quant à l'insuffisance du financement des initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC. En fin de compte, ces prix élevés des aliments rendent les cours de cuisine et les autres séances de mobilisation coûteux pour le programme. Lorsqu'on leur a demandé quels étaient les principaux défis à relever pour mettre en œuvre les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC, de nombreux répondants à l'enquête ont souligné les problèmes de financement, par exemple : « le manque de financement, l'impossibilité d'embaucher du personnel à temps plein », « le financement insuffisant », et « la dotation en personnel et le logement pour les entrepreneurs qui se déplacent ici ». Des fonds supplémentaires sont également nécessaires pour faciliter la formation du personnel.

8.0 Résumé des pratiques exemplaires et des leçons apprises

8.1 Pratiques exemplaires et pratiques privilégiées

Un certain nombre de pratiques⁹³ exemplaires et de pratiques privilégiées ont été relevées pour le programme Vie saine. Les principes clés suivants ont contribué au succès de ces pratiques exemplaires (à des degrés divers) :

- La souplesse de la conception et de la mise en œuvre du programme permet au personnel de mettre en place des activités adaptées à la culture de la collectivité locale et de ses membres;
- Une conception et une mise en œuvre souples du programme permettent une accessibilité accrue et une meilleure mobilisation des membres de la collectivité;
- Les activités fondées sur la conception et la mise en œuvre dirigées par la collectivité ont un taux de réussite plus élevé et des résultats positifs;

⁹³ L'équipe d'évaluation a décidé que la définition des pratiques exemplaires serait élargie pour inclure les bonnes pratiques ainsi que les pratiques privilégiées. Il a également été décidé que les bonnes pratiques et les pratiques privilégiées ne devaient pas nécessairement s'appliquer à une région entière ou à l'ensemble du pays. Les bonnes pratiques et les pratiques privilégiées pourraient s'appliquer à de très petits groupes de la population autochtone du Canada.

- Encourager la mise en œuvre du programme VS auprès de multiples fournisseurs de services (médecins, hôpitaux, groupes communautaires);
- Un nombre important de partenaires communautaires ont également laissé entendre que la présence d'un travailleur de soutien culturel autochtone améliorerait grandement l'inclusion des enseignements et pratiques culturels et traditionnels dans les sous-programmes Vie saine à l'échelle communautaire;
- Encourager les partenariats avec d'autres programmes et services de SAC qui créeraient plus d'occasions de collaboration accrue et de partenariats naturels dans le but d'avoir moins de collectivités travaillant en vase clos;
- Enfin, intégrer une approche axée sur les maladies chroniques dans les sous-programmes Vie saine, et mettre l'accent sur la mise en œuvre d'une approche globale du traitement des maladies chroniques.

8.2 Pratiques exemplaires générales relevées

Les pratiques exemplaires suivantes (liste non exhaustive) sont un ensemble de pratiques relevées par les informateurs clés interrogés qui ont été couronnées de succès dans l'exécution du programme Vie saine et qui ont le potentiel d'être mises en œuvre dans l'ensemble des sous-programmes VS⁹⁴.

Intégration des pratiques associées au tabac traditionnel

- L'intégration du tabac traditionnel dans le programme a été la pratique exemplaire la plus largement mentionnée par les partenaires régionaux et communautaires lors des entrevues avec les informateurs clés concernant la SCT. Cela comprend la culture et la récolte du tabac, la prestation d'enseignements dirigés par les aînés sur le tabac traditionnel et la promotion de la consommation du tabac traditionnel cultivé sans produits chimiques. Carson et coll. ont souligné l'importance d'élaborer des programmes avec les membres de la collectivité et, dans la mesure du possible, de faire participer les travailleurs de la santé autochtones à la prestation du programme⁹⁵. De nombreuses régions ont souligné l'importance de faire appel aux aînés pour enseigner aux jeunes la médecine sacrée du tabac traditionnel. Un informateur clé interrogé a fait remarquer qu'en enseignant la consommation du tabac traditionnel par opposition à la consommation du tabac commercial, le programme est en mesure d'adopter une approche de réduction des méfaits du tabagisme fondée sur la culture. Les informateurs ont souligné que le programme devait être souple pour s'adapter aux besoins et aux traditions de la collectivité.

⁹⁴ Il est important de noter que les pratiques exemplaires relevées ont été partiellement ou entièrement financées par le programme Vie saine.

⁹⁵ Carson KV, Brinn MP, Peters M, Veale A, Esterman AJ, Smith BJ. Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, no 1, article no CD009046. DOI : 10.1002/14651858.CD009046.pub2.

Groupes de travail intrarégionaux de l'IDA

- L'une des réalisations de l'IDA est la forte participation des partenaires régionaux à leurs groupes régionaux respectifs de communauté de pratique, que certains informateurs clés ont appelés « groupes de travail ». Les partenaires de la plupart des régions ont exprimé un haut degré de satisfaction à l'égard de cette méthode de travail participative et ont déclaré que les possibilités de créer des partenariats stratégiques avec d'autres collègues, tant au niveau régional que communautaire, ont été bénéfiques.

Activités terrestres

- Partout au pays, les collectivités se sont tournées vers les activités terrestres et ont intégré une approche de l'éducation axée sur l'environnement. Les collectivités se sont efforcées d'atteindre divers participants (enfants, jeunes, aînés), en exposant particulièrement les membres de la collectivité aux pratiques traditionnelles de récolte et aux aliments traditionnels.

Fascicule de ressources de la NIDA

- L'Association nationale autochtone du diabète (ANAD) a élaboré un fascicule de ressources intitulé « Cadeaux de nos relations »⁹⁶, un guide alimentaire qui met en évidence les aliments traditionnels (d'origine végétale et animale) couramment consommés et que l'on peut trouver sur les terres autochtones. Il fournit des conseils pratiques et des renseignements sur la consommation d'aliments originaux comme moyen de réduire le diabète de type 2 chez les collectivités des Premières Nations. Le fascicule de ressources met l'accent sur la façon dont divers aliments traditionnels consommés (c.-à-d. le poisson, les fruits de mer, les algues, le riz, les plantes, les baies) fournissent certaines vitamines aux personnes atteintes de diabète et cherchant à gérer eux-mêmes cette maladie par l'alimentation. De nombreux partenaires communautaires interrogés ont jugé le guide très utile, car il a été élaboré par deux nutritionnistes, et le personnel de l'IDA le considère comme une ressource documentaire bien connue des clients autochtones.

8.3 Pratiques exemplaires propres aux régions

Manitoba : Modèles de partenariat

- **Projet d'intégration du diabète (PID) :** Le projet d'intégration du diabète au Manitoba est un modèle mobile de soins et de traitement du diabète qui offre des services dans les réserves afin d'aider les adultes des Premières Nations atteints de diabète de type 2 à prévenir, à dépister ou à retarder les complications du diabète. Le PID a maintenu des relations étroites avec d'autres initiatives communautaires dans le but de limiter le dédoublement des services. Un obstacle au PID est qu'il n'est disponible que dans un tiers des collectivités du Manitoba et que, sans investissement financier supplémentaire, de nombreuses

⁹⁶ "Gifts From Our Relations - Indigenous Original Foods Guide" (Disponible uniquement en anglais) Association nationale autochtone du diabète

autres collectivités de la province n'auront pas accès aux cliniques mobiles.

- **Coordinateur de la sécurité alimentaire** : L'office régional de la santé Four Arrows emploie depuis 2011 un coordonnateur de la sécurité alimentaire des Premières Nations du Manitoba à temps plein, qui assure la liaison avec les 63 collectivités des Premières Nations du Manitoba. Ce poste vise à promouvoir et à accroître la sensibilisation à la sécurité alimentaire, à soutenir la souveraineté alimentaire et à donner aux collectivités les moyens de produire des aliments localement (au moyen de jardins, de serres et de l'élevage) et par des moyens durables, ainsi qu'à encourager la poursuite des réseaux traditionnels de partage d'aliments. La formation et le soutien que permet ce poste sont offerts par divers moyens comme des séances de télésanté, par courriel, par téléphone, en ligne et, lorsque cela est possible, par des visites dans la collectivité. SAC assure le financement de ce poste dans le cadre de l'IDA.
- **Coordinateurs tribaux du diabète (CTD)** : Le rôle des CTD consiste à soutenir les intervenants communautaires de l'IDA dans le renforcement des capacités au niveau des conseils tribaux afin qu'ils puissent apporter un soutien accru à leurs collectivités. Le CTD est généralement assisté par une infirmière, un diététicien ou un spécialiste du diabète. Il s'agit d'un rôle que les communautés jugent bénéfique, car les CTD représentent une « ressource vers laquelle se tourner » pour le personnel de l'IDA et peuvent fournir au personnel un soutien technique. Il existe également une possibilité de mobilisation des connaissances; cela a permis de réduire le taux de roulement du personnel parmi les travailleurs de l'IDA.

Région de l'Atlantique : Dépistage et gestion

- **Parcours d'autogestion du diabète** : La région de l'Atlantique offre le « Diabetes Self-Management Journey », un programme annuel proposé dans chaque province par un consultant communautaire en diabète en partenariat avec des éducateurs en diabète de l'autorité sanitaire régionale locale, la pharmacie et les aînés de la collectivité. Les collectivités sont invitées à convier des participants atteints de diabète et leur personne de soutien respective (p. ex., membre de la famille ou ami) à un atelier d'autogestion du diabète de trois à cinq jours, adapté à la culture, axé sur des sujets qui soutiennent la personne atteinte de diabète, comme la nutrition, les médicaments, l'activité physique, la planification des menus, les aliments traditionnels, le bien-être mental, etc. Le programme permet de fournir des recommandations fondées sur des données probantes et d'améliorer les compétences d'autogestion des personnes atteintes de diabète et de leur personne de soutien. La région a reçu des commentaires positifs des membres de la collectivité vivant avec le diabète au sujet de ce programme éducatif. Pour les partenaires communautaires, il s'agit là également d'une bonne occasion pour les gens d'échanger avec des personnes ayant le diabète et d'apprendre ensemble. La région de l'Atlantique offre cette formation annuelle depuis plus de 15 ans.

Région de l'Alberta : Activités liées à la sécurité alimentaire

- **Sécurité alimentaire** : Le sous-comité des programmes de prévention du Comité de cogestion de l'Alberta a mis en place la stratégie de sécurité alimentaire des Premières Nations de l'Alberta par l'intermédiaire de son groupe de travail sur la sécurité alimentaire. L'élaboration de cette stratégie a suivi un certain nombre d'étapes, notamment une analyse contextuelle des apprentissages et des pratiques découlant des initiatives de sécurité alimentaire dans un contexte autochtone ou des Premières Nations. L'élaboration de cette stratégie a également nécessité une des séances de mobilisation communautaire, auxquelles toutes les Premières Nations de l'Alberta ont été invitées à participer, ainsi que des consultations avec les intervenants. La création de cette stratégie de sécurité alimentaire par les Premières Nations de l'Alberta est l'une des premières étapes vers la souveraineté et le contrôle alimentaire.
- Le groupe de travail sur la sécurité alimentaire des Premières Nations de l'Alberta, en partenariat avec le groupe consultatif des aînés des Premières Nations de l'Alberta, a élaboré une déclaration de souveraineté alimentaire des Premières Nations de l'Alberta, afin d'accroître l'accès aux aliments traditionnels dans les programmes et les installations communautaires.

8.4 Leçons apprises (principes directeurs généraux)

Voici les principes directeurs généraux communiqués dans le cadre des entrevues avec les informateurs concernant la conception des programmes communautaires :

- Il est important de s'efforcer de rencontrer la personne là où elle se trouve sur l'échelle de la santé;
- L'établissement de relations est essentiel dans le travail de développement des collectivités. Il est important de se concentrer d'abord sur l'établissement de relations avec les membres de la collectivité, au lieu de se concentrer sur les aspects comportementaux et biomédicaux de l'IDA;
- Lorsque les programmes sont axés sur la création d'un environnement sûr sur le plan culturel et qui tient compte des traumatismes pour les participants de la collectivité, cela permet de renforcer la confiance et les relations;
- L'intégration de pratiques culturelles, comme les récits autochtones, dans les activités du programme Vie saine, peut être un outil puissant et habilitant pour l'apprentissage et la mise en commun des expériences et des connaissances intergénérationnelles;
- Pour favoriser un mode de vie sain, il est souhaitable de pouvoir adapter les programmes aux besoins et aux circonstances des collectivités. Ce qui peut s'avérer efficace pour une nation ou une collectivité ne l'est pas nécessairement pour une autre;
- Les programmes de l'IDA qui ont des champions communautaires sont considérés comme très efficaces pour aider à renforcer l'appropriation à l'échelle communautaire.

9.0 Thèmes transversaux

9.1 Changements climatiques

Constatation 16 : Les répercussions sur la chaîne d’approvisionnement alimentaire et les changements dans la disponibilité des aliments traditionnels à mesure que les modèles de migration des animaux changent peuvent avoir une incidence sur le programme Vie saine, en particulier sur les collectivités éloignées et isolées.

Les effets des changements climatiques sur le programme Vie saine sont potentiellement importants, surtout dans le contexte des collectivités éloignées et isolées. Les répondants aux entrevues avec les informateurs clés ont soulevé deux éléments à prendre en considération quant aux effets des changements climatiques dans le contexte du programme VS : les répercussions sur la chaîne d’approvisionnement alimentaire et les changements dans la disponibilité des aliments traditionnels ou prélevés dans la nature en raison des changements dans l’environnement et les écosystèmes. Ces deux facteurs peuvent avoir une incidence sur la disponibilité d’aliments nutritifs qui sont des éléments importants de l’IDA et des initiatives d’éducation nutritionnelle de NNC, ainsi que sur la sécurité alimentaire en soi dans les collectivités nordiques, éloignées et isolées.

Tout d’abord, les changements climatiques ont une incidence sur la sécurité alimentaire et, par conséquent, peut avoir un impact sur le programme VS. De nombreuses activités communautaires soutenues dans le cadre des sous-programmes VS visent à améliorer l’accès à des aliments nutritifs et leur disponibilité, par exemple en intégrant des aliments sains achetés en magasin et des aliments traditionnels, et en soutenant le jardinage. Les répondants à l’enquête et les informateurs clés interrogés ont indiqué que les changements climatiques rendent la chaîne d’approvisionnement alimentaire moins fiable, car les routes de glace autrefois fiables utilisées pour le transport des denrées alimentaires sont de plus en plus impraticables ou fonctionnent moins longtemps en raison du gel tardif ou de la fonte précoce. Cela risque de retarder la livraison des aliments sains et nutritifs (c.-à-d. les fruits et les légumes) nécessaires pour atténuer les effets du diabète et d’autres problèmes de santé chroniques dont le traitement est influencé positivement par l’alimentation.

Deuxièmement, des impacts tels que les changements des habitudes de migration des animaux, les conditions météorologiques extrêmes et les changements de température ont eu une incidence sur la disponibilité locale des plantes et des animaux, entraînant des effets néfastes sur la sécurité alimentaire. Les répondants à l’enquête ont également noté qu’en raison des changements climatiques, les habitudes de migration du gibier ont changé dans certains cas, ce qui est de plus en plus nuisible aux collectivités dont la sécurité alimentaire repose davantage sur la disponibilité des aliments traditionnels ou prélevés dans la nature, qui constituent une part plus importante d’une alimentation saine. Les répondants à l’enquête ont également souligné la nécessité d’accroître la collaboration avec les écoles pour promouvoir une

saine alimentation : « *il y a encore des lacunes dans les épiceries des collectivités du Nord, qui ne maintiennent pas leurs stocks. Il est impossible de trouver des fruits et légumes frais dans les magasins. Le programme scolaire ne prévoit pas beaucoup de temps pour que l'éducateur en diabète puisse enseigner une alimentation saine. Les écoles jouent un rôle essentiel dans l'apprentissage au sujet d'une alimentation saine et doivent collaborer davantage avec le diététiste et l'éducateur en diabète* ».

9.2 Transfert de services

Constatation 17 : Dans le cadre du plan stratégique de SAC, le programme vise un éventuel transfert de services. Cependant, il reste des obstacles au transfert des responsabilités financières directement aux collectivités.

On a constaté que l'état de préparation au transfert des sous-programmes Vie saine directement aux collectivités varie, mais dans l'ensemble, les informateurs clés interrogés ont souligné qu'il y a du travail à faire avant que le programme soit prêt pour le transfert des services. En effet, le fait que de nombreuses collectivités dans toutes les régions s'orientent progressivement vers des ententes de financement souples peut être considéré comme une étape positive dans le continuum du transfert de services. Pourtant, il reste des obstacles à franchir. Plus important encore, les informateurs clés interrogés ont indiqué que le rôle que joue SAC en matière de surveillance financière (p. ex., outils de gestion et bases de données) n'est pas encore transféré aux directeurs et au personnel de la santé communautaire, ce qui constitue un aspect administratif important du transfert de services. Ce facteur entrave la capacité des bureaux régionaux de SAC à s'adapter à l'évolution des priorités communautaires fondées sur les besoins. De plus, les informateurs clés ont soulevé des préoccupations quant à la probabilité que des demandes de financement supplémentaires soient approuvées une fois le transfert de services terminé. La relation bidirectionnelle actuelle entre le gouvernement fédéral et les collectivités favorise la responsabilisation pour que les sous-programmes Vie saine soient suffisamment financés. Certains répondants craignent que les demandes de financement supplémentaires ne soient pas aussi prioritaires en l'absence d'une telle relation.

9.3 Premières répercussions de la COVID-19

La pandémie de COVID-19 a des effets marqués sur les sous-programmes Vie saine, tout comme sur la société et les initiatives de programme dans leur ensemble. Selon les informateurs clés interrogés et les répondants à l'enquête, les effets les plus importants sont le retard ou la mise en attente de nombreuses activités prévues (p. ex., le rassemblement en groupe pour des activités comme des cours de cuisine, des engagements scolaires). Les raisons de ces retards sont les suivantes : restrictions d'accès aux collectivités/mesures d'éloignement physique pour les membres non communautaires; redéploiement des travailleurs de la santé communautaire à la réponse à la COVID-19; et limites de capacité au sein des structures où les programmes devraient normalement être exécutés. En effet, on a de façon générale réorienté les priorités communautaires de manière à atténuer la propagation du virus.

Ainsi, on a retiré des ressources non seulement aux programmes liés à la santé, mais aussi à d'autres domaines desservis par SAC (c.-à-d. les infrastructures). En outre, la COVID-19 a accentué davantage les problèmes de sécurité alimentaire auxquels sont confrontées de nombreuses collectivités vulnérables, pour les raisons évoquées ci-dessus.

Dans de nombreux cas, le programme a réussi à se tourner vers la prestation de programmes en ligne en tirant parti des technologies de communication et des médias sociaux (p. ex., des cours de cuisine offerts sur Facebook plutôt qu'en personne). Si cette méthode a fonctionné efficacement dans certaines régions, elle s'est avérée plus difficile dans les zones reculées où l'accès à Internet est limité. Les entrevues avec les informateurs clés n'ont pas permis de déterminer clairement si des fonds d'urgence liés à la COVID-19 ont été versés aux sous-programmes Vie saine ni comment ils ont pu être utilisés. Cependant, en raison de la nature souple du financement du programme Vie saine, les répondants ont noté que dans certains cas, il a été utilisé pour accroître et soutenir les efforts de secours liés à la COVID-19.

Outre ce qui précède, il convient de prendre en compte une réalité supplémentaire et importante qui pourrait avoir des effets sur le programme à l'avenir, à savoir les effets potentiels de la COVID-19 sur la population autochtone en général. Selon le Comité consultatif national de l'immunisation, les Autochtones sont également plus susceptibles de présenter des problèmes de santé sous-jacents (p. ex., le diabète) qui pourraient rendre une crise de COVID-19 plus mortelle. La proportion de Canadiens qui s'identifient comme Autochtones et qui présentent au moins une pathologie sous-jacente associée à un risque accru de COVID-19 grave est plus élevée que celle des autres Canadiens pour chaque catégorie d'âge au-dessus de 20 ans. La réalité est que les collectivités autochtones et éloignées sont confrontées à des risques accrus de COVID-19 en raison de conditions aggravantes possibles, comme l'accès limité à l'eau potable, le manque de professionnels et services de santé, une prévalence élevée de maladies chroniques et des conditions de surpeuplement.

10.0 Conclusions

Il est clairement démontré que le programme Vie saine doit poursuivre ses efforts pour combler les écarts entre les résultats en matière de santé des Premières Nations et ceux de la population canadienne en général. Tant que le diabète, l'usage du tabac commercial et l'insécurité alimentaire demeureront disproportionnés chez les Premières Nations, le programme Vie saine demeurera pertinent pour la santé et le bien-être des collectivités des Premières Nations.

L'une des principales forces du programme Vie saine est son aspect de programme dirigé par la collectivité. Les responsables de la santé communautaire sont en mesure de déterminer les besoins de leur collectivité et de mener des activités pour mieux les servir. Cette approche personnalisée et souple a été bien accueillie. Toutefois, cette souplesse s'accompagne également d'une réduction du fardeau de production de

rapports, ce qui entraîne une diminution du suivi des données et de la mesure de l'impact des programmes.

Le financement souple et la vaste portée des activités du programme permettent une collaboration entre les sous-programmes, notamment entre l'IDA et les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC. Ces programmes sont en mesure de collaborer et d'échanger sur des activités et des financements pour optimiser leur portée.

L'IDA est un programme bien établi et bien connu qui offre des services d'éducation, de prévention et de traitement du diabète dans les collectivités des Premières Nations. On a signalé que l'IDA a un taux de satisfaction élevé et qu'elle est efficace dans la prévention et la gestion du diabète de type 2. Le succès le plus notable a été constaté dans les activités liées à la promotion de la santé et à la prévention primaire à l'échelle communautaire.

La SCT fournit du financement pour aider les collectivités autochtones au Canada à élaborer et à mettre en œuvre des approches distinctes pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis afin de réduire l'usage du tabac commercial. Le succès réside dans l'accent mis sur la distinction entre le tabac commercial et le tabac traditionnel. Les informateurs clés interrogés ont défendu l'intégration des usages traditionnels du tabac, de l'éducation et de la culture.

Les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC permettent d'acquérir des connaissances et des compétences en matière d'alimentation saine. Grâce à l'intégration d'aliments traditionnels, de pratiques de chasse et de jardins et vergers communautaires, le programme permet aux participants d'acquérir les compétences nécessaires à une vie plus saine. Les informateurs clés interrogés ont souligné que ce programme pourrait être avantageux pour un plus large éventail de collectivités, et pas seulement à celles qui répondent aux critères d'admissibilité de NNC actuellement définis par RCAANC.

L'évaluation a révélé que les sous-programmes VS n'excluent en aucun cas les divers membres des collectivités (p. ex., personnes 2ELGBTQIA+, jeunes et aînés). Cependant, dans certains cas, certaines activités attirent moins de participants parce que de nombreuses séances ont lieu pendant les heures de travail.

On a constaté que les réalités des changements climatiques avaient un impact potentiel sur la sécurité alimentaire, en particulier dans les collectivités éloignées et isolées. Les changements climatiques auront probablement une incidence sur la disponibilité des aliments traditionnels à mesure que les habitudes de migration des animaux changent, ce qui pourrait accroître la rareté des aliments. Ce fait, conjugué aux impacts des changements climatiques sur la chaîne d'approvisionnement alimentaire générale, a déjà commencé à se manifester.

Bien que le transfert aux collectivités des services VS n'ait pas été un point principal de l'enquête dans le cadre de cette évaluation, SAC-DGSPNI a effectivement pris des

mesures positives sur ce continuum en s'éloignant des dispositions de financement fixes pour adopter des dispositions de financement plus souples, qui placent la collectivité comme arbitre de la façon dont les fonds liés à la santé devraient être alloués, ce qui permettrait d'adapter les programmes aux besoins locaux. Cependant, l'aspect administratif du transfert de services (p. ex., les outils de gestion, la surveillance financière et les bases de données) est un domaine où l'état de préparation fait cruellement défaut, de même que les préoccupations concernant les demandes de financement adressées à SAC par les collectivités une fois le transfert de services terminé.

Enfin, la pandémie de COVID-19 a eu des effets marqués sur le programme VS, comme elle en a eu aussi sur de nombreux programmes de SAC. Les effets les plus importants sont le retard ou la mise en attente de nombreuses activités prévues (p. ex., les rassemblements en groupe pour des activités comme des cours de cuisine, des engagements scolaires). En effet, on a de façon générale réorienté les priorités communautaires de manière à atténuer la propagation du virus, ce qui a mené à retirer des ressources des programmes liés à la santé.

Dans l'ensemble, l'approche propre à la collectivité et l'utilisation souple du financement sont les clés du succès du programme. Bien qu'il puisse être amélioré, le programme a reçu des commentaires globalement positifs de la part des répondants. Le programme a permis aux collectivités de s'attaquer aux maladies chroniques et à l'insécurité alimentaire de manière générale tout en ayant la possibilité de s'occuper de leurs propres priorités.

11.0 Recommandations

1. Collaborer avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC chargés de la mesure du rendement afin d'établir des liens avec les partenaires des Premières Nations afin d'appuyer l'élaboration d'une stratégie en matière de données visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement de Vie saine aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones; les mécanismes d'échange de données; la normalisation des données; la réduction des fardeaux liés à l'établissement de rapports; l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et le transfert progressif des services.

Les données actuellement recueillies pour le programme VS reposent en grande partie sur le MRC et sur l'Enquête régionale sur la santé (ERS). Alors que certains partenaires communautaires sont tenus de présenter des rapports de MRC annuels aux bureaux régionaux conformément à leur entente de financement, ce n'est pas le cas pour d'autres. Les partenaires communautaires ont exprimé le besoin d'élaborer des outils de données normalisés qui peuvent aider le personnel des services de santé communautaire à recueillir et à utiliser systématiquement des données quantitatives au

niveau des sous-programmes, afin que les collectivités soient en mesure de suivre efficacement le rendement et l'atteinte des résultats du programme de manière égale dans l'ensemble des collectivités. Les partenaires ont également besoin de mettre au point des outils supplémentaires de collecte de données pour aider les collectivités à rendre compte des activités du programme et à recueillir des données supplémentaires sur la santé pour faciliter la prise de décisions.

2. SAC collaborera avec les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé pour explorer les mécanismes potentiels d'un financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la prestation de sous-programmes Vie saine en fonction des besoins et les priorités uniques des collectivités, en tenant compte de l'éloignement et du transfert progressif des services.

Dans l'ensemble des sous-programmes Vie saine, on s'inquiète de l'insuffisance des allocations de fonds. Par conséquent, les partenaires communautaires sont confrontés à des défis considérables en matière de recrutement et de maintien en poste du personnel professionnel. Lorsque les collectivités ne sont pas en mesure de retenir leur personnel, elles sont également confrontées à la perte potentielle des connaissances organisationnelles et institutionnelles dans l'ensemble des sous-programmes, ce qui se répercute sur la prestation générale des services. L'exploration de méthodes rentables pour soutenir la capacité communautaire, recruter et maintenir en poste la bonne combinaison de talents, de technologies et de possibilités de perfectionnement professionnel aidera les collectivités à atteindre leurs objectifs.

3. Soutenir les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé pour qu'ils continuent d'intégrer les principes d'inspiration autochtone ou un cadre potentiel qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le programme Vie saine.

Les répondants aux entrevues avec les informateurs clés ont souligné le succès de l'intégration des pratiques traditionnelles dans le programme Vie saine. Qu'il s'agisse de la culture du tabac traditionnel pour les cérémonies, de l'enseignement des pratiques de chasse pour ce qui est des aliments traditionnels, ou des jardins communautaires, ces activités ont suscité l'appui et l'enthousiasme des membres de la collectivité. Une plus grande intégration des pratiques culturelles et traditionnelles permettrait d'échanger des renseignements et de consolider les pratiques exemplaires pour les collectivités qui commencent tout juste à intégrer ces pratiques. De plus, les répercussions des changements climatiques sur le programme VS sont potentiellement importantes, et il existe de nombreuses activités communautaires appuyées par les sous-programmes Vie saine qui visent à améliorer l'accès et la disponibilité d'aliments nutritifs, par exemple en intégrant des aliments traditionnels et en soutenant les activités de jardinage.

4. En s'appuyant sur les pratiques exemplaires, explorer les possibilités de soutenir l'échange d'information entre les travailleurs du programme Vie saine et entre les sous-programmes, comme moyen d'améliorer continuellement l'efficacité et de déterminer les besoins communs et les pratiques exemplaires à l'échelle régionale et communautaire.

Les partenaires de toutes les régions ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de leurs groupes de travail respectifs et ont manifesté un vif intérêt pour l'établissement de liens et de partenariats stratégiques avec d'autres collègues, tant au niveau régional que communautaire. Pour renforcer cette approche, il est recommandé que les équipes nationales et régionales de SAC explorent les moyens de partage de l'information entre les collectivités sur les façons d'inclure les membres de la collectivité dans la planification des programmes, ainsi que sur les activités qui ont été couronnées de succès. De plus, le soutien du renforcement des partenariats favorise l'innovation et crée des possibilités de collaboration et de complémentarité entre les sous-programmes. Par conséquent, il peut être avantageux pour les partenaires de recevoir des conseils et du soutien à l'égard des possibilités de partenariats intercommunautaires et régionaux pour les sous-programmes.

Annexe A : Enjeux et questions d'évaluation

Les questions d'évaluation portent sur des points relatifs à la pertinence et au rendement, comme l'exige la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor. Les questions d'évaluation concernant l'efficacité du programme sont organisées de manière à s'aligner sur le modèle logique et à refléter la nécessité d'un apprentissage distinct de chaque sous-programme. Les questions d'évaluation visent également à connaître les relations qui existent entre les collectivités autochtones et le ministère, ainsi que le cheminement vers le transfert des services.

- **Pertinence**
 - i. Le programme Vie saine, y compris ses sous-programmes, ses initiatives stratégiques et l'éventail des services disponibles, demeure-t-il nécessaire?
 - ii. Quels sont les problèmes de santé actuels et permanents qui contribuent à la nécessité de ce programme et de quelle manière ces besoins ont-ils évolué depuis la dernière évaluation?

- **Efficacité : programme**
 - i. Dans quelle mesure le programme Vie saine a-t-il atteint les résultats de programme prévus pour ce qui est des résultats intermédiaires de son modèle logique?
 - ii. Quelle est la mesure des lacunes dans les services offerts par le programme VS?
 - iii. Dans quelle mesure les bénéficiaires du financement de programme et les clients connaissent-ils suffisamment les ressources à leur disposition pour accéder au programme Vie saine?
 - iv. Dans quelle mesure le programme Vie saine réussit-il à toucher les membres des collectivités (y compris du point de vue d'une analyse comparative entre les sexes plus)?
 - v. Quel est le degré de complémentarité entre les composantes du programme VS?
 - vi. Comment le programme VS étaye-t-il et assure-t-il la collaboration avec d'autres programmes de la DGSPNI-SAC et d'autres ministères?
 - vii. En quoi consiste la réussite au sein du programme VS?

- **Efficacité : Élaboration de politiques (politique sur la prévention des maladies chroniques, politique sur la nutrition, politique sur la prévention des blessures)**
 - i. Les domaines d'action du programme VS sont-ils des outils efficaces pour soutenir la mise en œuvre du programme VS?

- **Efficacité : Initiative sur le diabète chez les Autochtones**
 - i. L'IDA fonctionne-t-elle efficacement?

- **Efficacité : Stratégie canadienne sur le tabac**
 - i. La Stratégie canadienne sur le tabac fonctionne-t-elle efficacement?

- ***Efficacité : Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada***
 - i. Les initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada fonctionnent-elles efficacement?

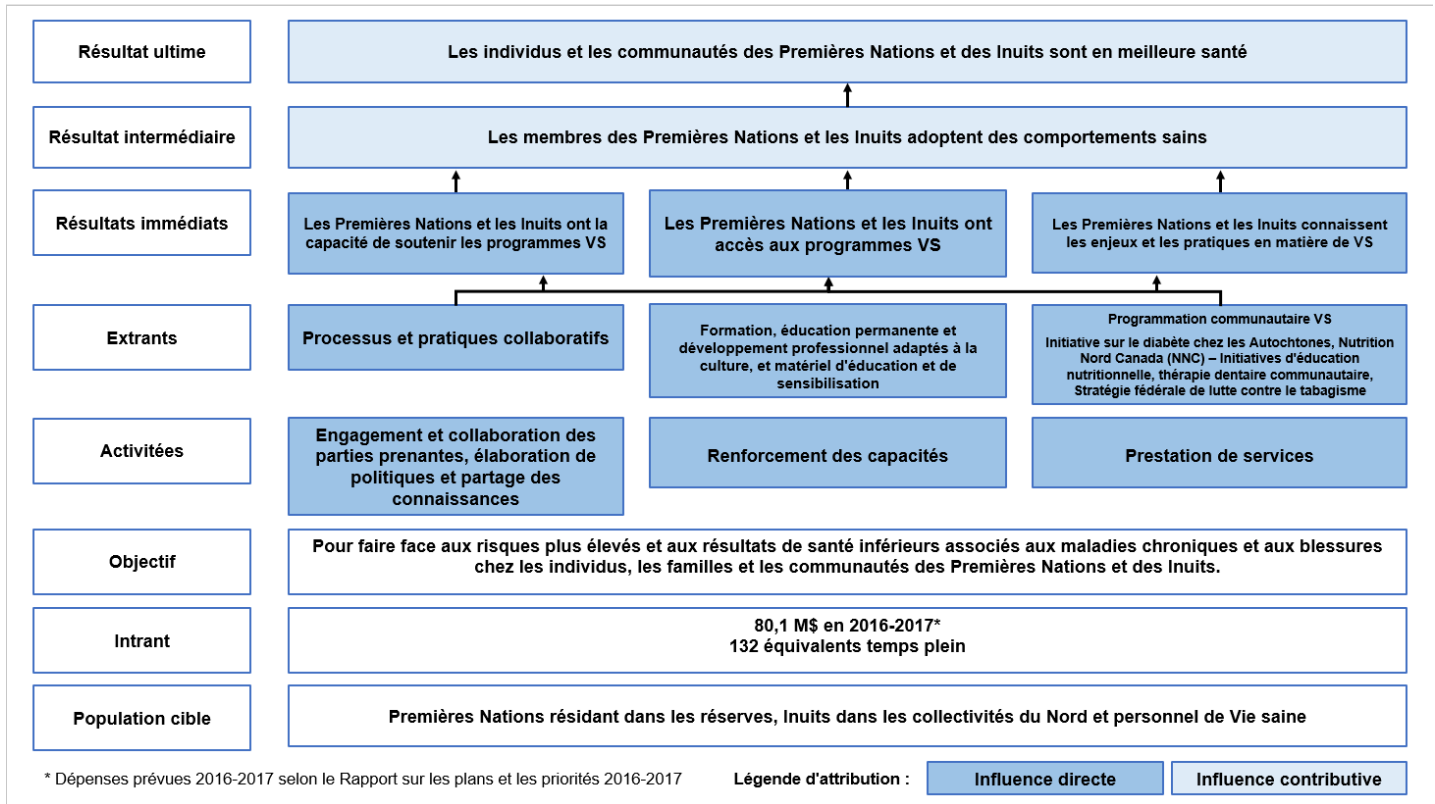
- ***Efficienc e et économie***
 - i. Où en sont les recommandations formulées dans l'évaluation précédente?
 - ii. Le programme Vie saine a-t-il été géré et exécuté de manière efficiente et rentable?
 - iii. Les capacités (ressources humaines, formation et ressources financières) au sein du programme Vie saine sont-elles suffisantes pour atteindre les objectifs et les résultats voulus?
 - iv. Des systèmes de mesure du rendement appropriés sont-ils en place pour suivre les progrès du programme Vie saine?
 - v. Les ententes de financement de VS soutiennent-elles adéquatement la prestation de services?

- ***Pratiques exemplaires et leçons apprises***
 - i. Dans le cadre du programme Vie saine, des pratiques exemplaires ont-elles été définies?
 - ii. Quels sont les défis à relever pour la mise en œuvre du programme Vie saine?

- ***Relations***
 - i. Les relations entre et parmi les parties prenantes et les partenaires du programme VS contribuent-elles efficacement à sa mise en œuvre?
 - ii. De quelle façon le programme VS contribue-t-il au transfert de services?
 - iii. Quelles sont les répercussions des changements climatiques sur les résultats en matière de VS?

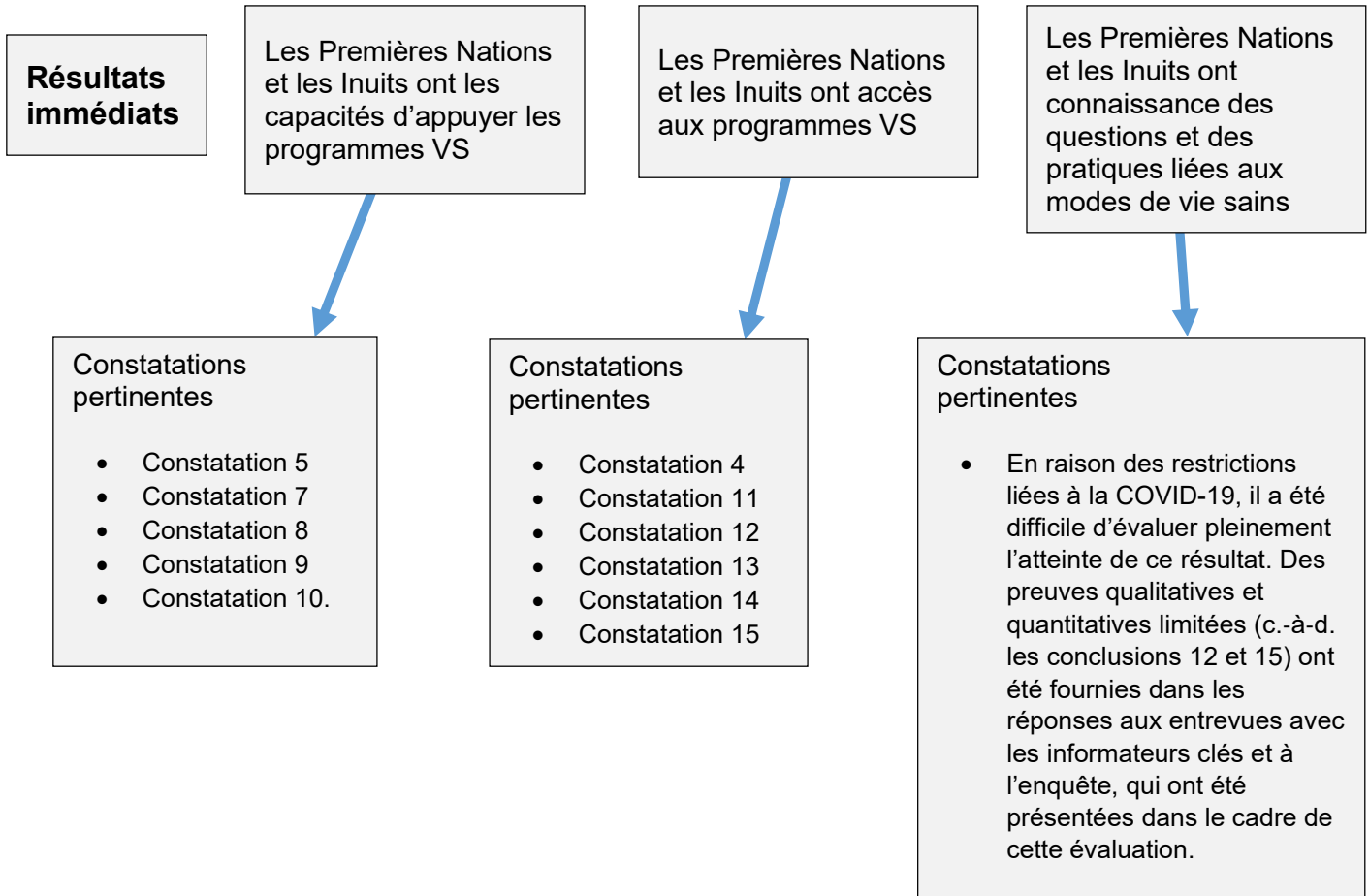
Annexe B : Modèle logique

Modèle logique pour le programme Vie saine (VS)



Annexe C : Schématisation du modèle logique

Voici un exercice de schématisation du modèle logique pour démontrer le lien entre les résultats immédiats attendus des programmes et les constatations connexes dont il est question dans le présent rapport.



Annexe D : Sommaires des sous-programmes

L'annexe suivante fournit de brefs résumés des 3 sous-programmes et comprend des informations succinctes sur la portée de l'évaluation, la conception, l'aperçu de chaque sous-programme et les principales conclusions subséquentes, ainsi que les recommandations des évaluations. Le but de ces résumés est de fournir aux communautés un aperçu rapide des résultats globaux de l'évaluation.

Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

Portée et enjeux de l'évaluation :

Cette évaluation couvre la période allant de l'exercice financier 2013-2014 à 2018-2019 conformément aux exigences du Conseil du Trésor et comprend chacun des trois sous-programmes Vie saine gérés par SAC-DGSPNI. L'évaluation a été entreprise pour fournir une évaluation neutre et fondée sur des données probantes de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du Programme vie saine, y compris l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie canadienne sur le tabagisme (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Volet des Premières Nations et des Inuits) et Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada.

Conception et méthodes d'évaluation

L'évaluation a été menée à l'interne par l'Équipe Évaluation SAC. Elle s'est appuyée sur une approche à méthodes mixtes qui comprenait les sources de données suivantes :

- Une revue de documents et de littérature
- 32 entrevues avec des informateurs clés
- 168 répondants au sondage en ligne

Comme la collecte de données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 avec les restrictions de voyage qui en ont résulté, les visites directes sur place n'ont pas été possibles et ont été remplacées par des entretiens vidéo/téléphoniques à distance via diverses plateformes de communication.

Aperçu du sous-programme : Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

L'IDA vise à réduire la prévalence du diabète de type 2 dans les communautés des Premières Nations et des Inuits. Le financement de l'IDA soutient les programmes, les services et les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies dirigés par la communauté et fournis par les travailleurs communautaires et les fournisseurs de services de santé. Pendant la période de cette évaluation, l'ADI était le seul sous-programme du Programme vie saine financé universellement, toutes les communautés ayant accès au financement de l'ADI. Le programme comprend quatre volets :

- Promotion de la santé communautaire et prévention primaire;
- Dépistage et gestion;

- Renforcement des capacités et formation;
- Mobilisation des connaissances.

Les activités du programme IDA offertes dans chaque communauté varient en fonction des besoins, des priorités et des capacités locales.

Principales constatations : Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA)

Constatation 12 : L'IDA a fait des progrès pour favoriser un haut niveau de satisfaction chez les partenaires communautaires

- Les répondants aux entrevues auprès des informateurs clés ont confirmé qu'on met fortement l'accent sur la promotion et la prévention communautaires, en raison du rôle fondamental qu'elles jouent dans la conception et la prestation globales de l'IDA, et que de nombreuses collectivités sont solides dans la prestation de cette composante.
- La flexibilité dans la conception des programmes permet également aux communautés de mettre en œuvre des activités qui correspondent aux besoins, priorités et réalités locales.
- Le niveau de dépistage et d'efficacité de la gestion varie d'une région à l'autre. Sur les 302 communautés qui ont répondu à la question de dépistage diagnostique⁹⁷ posée dans le modèle de rapport communautaire (MRC), 54 % ont déclaré avoir effectué un dépistage diagnostique au cours de la période de rapport 2018-2019. Au cours de la même période de rapport, sur les 299 communautés qui ont répondu à la question de dépistage non diagnostique⁹⁸, 83 % ont déclaré avoir offert un dépistage non diagnostique.
- Les efforts actuels de renforcement des capacités et de formation sont en cours pour le personnel qui soutient l'IDA. La plupart des répondants aux entrevues auprès des informateurs clés ont fait remarquer que le personnel tient à enrichir son répertoire de formation. Plus précisément, le personnel a fait part de son intérêt à renforcer sa capacité à aider les clients et les familles à gérer et à améliorer leur santé mentale et à avoir accès à une formation qui va au-delà de la composante biomédicale du diabète de type 2.
- Au cours d'entrevues dans toutes les régions, les informateurs clés ont exprimé un degré élevé de satisfaction à l'égard de leurs nombreux groupes de travail respectifs, ont reconnu l'importance d'adapter les activités aux besoins et aux priorités de la communauté et ont indiqué que les possibilités d'établir des partenariats stratégiques avec d'autres collègues aux niveaux régional et les niveaux communautaires ont été bénéfiques pour leur travail.

⁹⁷ Question MRC : Effectuez-vous un dépistage diagnostique du diabète dans votre communauté (par exemple, glycémie à jeun, test oral de tolérance au glucose) ?

⁹⁸ Question MRC : Effectuez-vous des dépistages non diagnostiques de sensibilisation/prévention du diabète dans votre communauté ?

Constatation 13 : Quelques défis clés pourraient empêcher l'IDA de répondre aux besoins et aux priorités, notamment l'impact des contraintes de financement, les problèmes de dotation en personnel, les désavantages technologiques auxquels sont confrontés certains clients et l'impact de l'insécurité alimentaire.

Un certain nombre de défis clés ont été relevés lors de l'examen des documents, des entrevues avec les informateurs clés et des réponses au sondage. Vous trouverez ci-dessous une liste des principaux défis auxquels les communautés sont confrontées lorsqu'elles s'efforcent de fournir l'IDA.

- **Préoccupations liées au financement** : Le manque de financement adéquat (ce sujet est abordé plus en détail à la section 6.4) est une préoccupation pour de nombreux informateurs clés ayant répondu aux entrevues. Plus précisément, les répondants ont indiqué que la stagnation du financement du programme a une incidence sur les préoccupations en matière de capacité des ressources humaines, les possibilités de renforcement des capacités offertes au personnel soutenant les efforts de l'IDA et entrave la capacité du programme à se développer davantage.
- **L'éloignement de certaines communautés des Premières Nations** a eu une incidence sur la prestation des programmes dans certaines communautés, et cela est également corroboré par les informateurs clés ayant répondu aux entrevues⁹⁹.
- **Autorités régionales et provinciales de la santé** : La capacité des communautés à accéder à leurs données sur la santé et/ou à leurs dossiers électroniques auprès des autorités sanitaires provinciales et/ou régionales est un défi constant auquel sont confrontés les clients et de nombreux membres du personnel de l'IDA.
- **Inconvénient numérique** : à la suite de la pandémie de COVID-19, de nombreuses communautés se sont tournées vers la fourniture d'activités et de services en ligne. Cependant, certains informateurs clés interrogés ont souligné que les désavantages numériques¹⁰⁰ peuvent avoir un impact négatif sur la capacité de certains clients à participer aux activités du programme et/ou à communiquer avec les fournisseurs de services.

Recommandations

D'après les constatations du présent rapport d'évaluation, il est recommandé¹⁰¹ que SAC :

1. Collaborer avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC chargés de la mesure du rendement afin d'établir des liens avec les partenaires des Premières Nations afin d'appuyer l'élaboration d'une stratégie en matière de

⁹⁹ L'évaluation reconnaît que le recrutement et le maintien en poste du personnel dans les collectivités éloignées sont complexes, mais la majorité des régions interrogées ont souligné que ce défi est lié au financement.

¹⁰⁰ Par exemple : limitations de la bande passante, accès à Internet, les clients peuvent ne pas avoir d'ordinateurs/portables, etc.

¹⁰¹ Se reporter à la section 11 de la présente évaluation pour les justifications associées à chaque recommandation.

données visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement de Vie saine aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones; les mécanismes d'échange de données; la normalisation des données; la réduction des fardeaux liés à l'établissement de rapports; l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et le transfert progressif des services.

2. SAC travaille avec les Premières Nations et les partenaires du système de santé pour explorer les mécanismes potentiels de financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la prestation de programmes Vie saine en fonction des besoins et des priorités uniques des communautés, en tenant compte de l'éloignement et transfert de service progressif.
3. Aider les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé à continuer d'intégrer des principes dirigés par les Autochtones ou un cadre potentiel qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le Programme vie saine.
4. En s'appuyant sur les meilleures pratiques, explorer les possibilités de soutenir le partage d'informations entre les travailleurs de Vie saine et entre les sous-programmes, comme un moyen d'améliorer continuellement l'efficacité et d'identifier les besoins communs et les meilleures pratiques au niveau régional et communautaire.

Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)

Portée et enjeux de l'évaluation:

Cette évaluation couvre la période allant de l'exercice financier 2013-2014 à 2018-2019 conformément aux exigences du Conseil du Trésor et comprend chacun des trois sous-programmes Vie saine gérés par SAC-DGSPNI. L'évaluation a été entreprise pour fournir une évaluation neutre et fondée sur des données probantes de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du Programme vie saine, y compris l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie canadienne sur le tabagisme (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Volet des Premières Nations et des Inuits) et Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada.

Conception et méthodes d'évaluation

L'évaluation a été menée à l'interne par l'Équipe Évaluation SAC. Elle s'est appuyée sur une approche à méthodes mixtes qui comprenait les sources de données suivantes :

- Une revue de documents et de littérature
- 32 entrevues avec des informateurs clés
- 168 répondants au sondage en ligne

Comme la collecte de données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 avec les restrictions de voyage qui en ont résulté, les visites directes sur place n'ont pas été possibles et ont été remplacées par des entretiens vidéo/téléphoniques à distance via diverses plateformes de communication.

Aperçu du sous-programme : Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)

La composante des Premières Nations et des Inuits de la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT) était une initiative de développement des connaissances axée sur des projets qui a débuté en 2014-2015 et s'est poursuivie pendant toute la durée de cette évaluation. La SFLT a fourni un financement basé sur des propositions qui a soutenu la mise en œuvre de 16 projets et 3 stratégies, atteignant environ 56 % des communautés des Premières Nations et des Inuits. La SFLT a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre de projets de lutte contre le tabagisme complets, holistiques et adaptés à la culture, axés sur la réduction de l'usage commercial du tabac, tout en maintenant le respect et la reconnaissance des formes traditionnelles et des usages cérémoniaux du tabac au sein des collectivités des Premières Nations.

Constatation clé : Stratégie canadienne sur le tabac (SCT)

Constatation 14 : Bien que l'évaluation n'ait pas fourni de renseignements adéquats pour fournir des conclusions concluantes sur l'efficacité de la composante SAC de la Stratégie canadienne sur le tabac pendant la période de cette évaluation, les rapports dirigés par les Autochtones ont montré du succès autour des indicateurs clés vers les résultats. L'intégration des pratiques traditionnelles du tabac est signalée comme un succès dans cette évaluation et dans les rapports antérieurs.

- En 2017-2018, dans le cadre de la SFLT, 56 % des communautés des Premières Nations et des Inuits avaient accès à des activités de lutte contre le tabagisme¹⁰².
- Dans le cadre de l'ancienne SFLT, qui était axée sur les projets, SAC a soutenu la mise en œuvre de 16 projets et 3 stratégies, rejoignant 386 des 689 collectivités des Premières nations et inuites (environ 56 %).
- En 2017-2018, les résultats ont été : une augmentation du nombre d'espaces sans fumée intérieurs et extérieurs de 640 à 1225; l'adoption de 173 nouvelles résolutions liées au tabagisme au niveau local; et une augmentation de la participation des membres de la communauté aux programmes/interventions de renoncement au tabac, 74 % des personnes qui ont terminé un programme/une intervention de renoncement au tabac ont déclaré avoir réduit leur consommation de tabac (24 %) ou avoir cessé de fumer à des fins commerciales (3,0 %)¹⁰³.

¹⁰² Avec le passage d'un financement basé sur des propositions à un financement continu en 2018-2019, on présume que le nombre de communautés menant des activités de lutte contre le tabagisme a augmenté.

¹⁰³ FTCS Annual Outcome Report 2017-18 (Disponible uniquement en anglais)

- Ce taux de renoncement est considéré comme un succès important et dépasse les taux de renoncement estimés parmi d'autres segments de la population canadienne en général.
- Lors d'entrevues avec des informateurs clés, les efforts de sevrage ont été identifiés comme étant un défi majeur. En fait, les répondants au sondage ont également souligné les défis liés aux efforts de cessation.
- Les répondants au sondage ont également noté des défis majeurs pour retenir le personnel, promouvoir l'engagement communautaire et impliquer les individus avant qu'ils ne commencent à fumer. Un répondant au sondage a suggéré qu'il pourrait être important d'impliquer les individus avant même qu'ils ne soient prêts à arrêter de fumer.
- Compte tenu des racines culturelles et spirituelles importantes du tabagisme dans de nombreuses Premières Nations, la recherche sur l'abandon du tabac a montré que des interventions adaptées à la culture renforcent l'efficacité des programmes antitabac autochtones.

Recommandations

D'après les constatations du présent rapport d'évaluation, il est recommandé ¹⁰⁴ que SAC :

1. Collaborer avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC et le directeur général de SAC chargés de la mesure du rendement afin d'établir des liens avec les partenaires des Premières Nations afin d'appuyer l'élaboration d'une stratégie en matière de données visant à améliorer la disponibilité des données sur le rendement de Vie saine aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (mais sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones ; mécanismes de partage de données; normalisation des données; réduire les charges de déclaration; Analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus; et transfert graduel des services.
2. SAC travaille avec les Premières Nations et les partenaires du système de santé pour explorer les mécanismes potentiels de financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la prestation de programmes Vie saine en fonction des besoins et des priorités uniques des communautés, en tenant compte de l'éloignement et transfert de service progressif.
3. Aider les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé à continuer d'intégrer des principes dirigés par les Autochtones ou un cadre potentiel qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le Programme vie saine.

¹⁰⁴ Se reporter à la section 11 de la présente évaluation pour les justifications associées à chaque recommandation.

4. En s'appuyant sur les meilleures pratiques, explorer les possibilités de soutenir le partage d'informations entre les travailleurs de Vie saine et entre les sous-programmes, comme un moyen d'améliorer continuellement l'efficacité et d'identifier les besoins communs et les meilleures pratiques au niveau régional et communautaire.

Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNNC)

Portée et enjeux de l'évaluation :

Cette évaluation couvre la période allant de l'exercice financier 2013-2014 à 2018-2019 conformément aux exigences du Conseil du Trésor et comprend chacun des trois sous-programmes Vie saine gérés par SAC-DGSPNI. L'évaluation a été entreprise pour fournir une évaluation neutre et fondée sur des données probantes de la pertinence, de l'efficacité et de l'efficience du Programme vie saine, y compris l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie canadienne sur le tabagisme (anciennement la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme – Volet des Premières Nations et des Inuits) et Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada.

Conception et méthodes d'évaluation

L'évaluation a été menée à l'interne par l'Équipe Évaluation SAC. Elle s'est appuyée sur une approche à méthodes mixtes qui comprenait les sources de données suivantes :

- Une revue de documents et de littérature
- 32 entrevues avec des informateurs clés
- 168 répondants au sondage en ligne

Comme la collecte de données a eu lieu dans le contexte de la pandémie de COVID-19 avec les restrictions de voyage qui en ont résulté, les visites directes sur place n'ont pas été possibles et ont été remplacées par des entretiens vidéo/téléphoniques à distance via diverses plateformes de communication.

Aperçu du sous-programme : Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNNC)

Nutrition Nord Canada est un programme du gouvernement du Canada qui aide à rendre disponibles des aliments nutritifs et certains articles essentiels dans les collectivités isolées admissibles du Nord grâce à une subvention au détail et une subvention de soutien aux pêcheurs offerts par Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) et par Initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC appuyées par Services aux Autochtones Canada (SAC) et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

Les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC sont financées par SAC pour soutenir des activités d'éducation nutritionnelle culturellement appropriées au détail et communautaires dans les communautés isolées admissibles des Premières Nations et

des Inuits du Nord. Les activités visent à accroître les connaissances en matière d'alimentation saine et à développer des compétences dans la sélection et la préparation d'aliments sains achetés en magasin et traditionnels ou prélevés dans la nature. Les communautés décident des activités à entreprendre en fonction de leurs besoins et priorités locaux.

Constatation clé : Initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada (IENNC)

Constatation 15 : La souplesse des initiatives d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada est un facteur contributif au succès du programme, malgré les difficultés signalées relativement aux critères d'admissibilité du programme.

- L'Initiative d'éducation nutritionnelle de Nutrition Nord Canada est axée sur la communauté, avec des programmes variant d'une communauté à l'autre.
- Le programme est flexible, permettant aux communautés de choisir les types d'activités qui répondent à leurs besoins. D'après les rapports annuels du programme, entre 2013-2014 et 2018-2019, les bénéficiaires de financement ont réalisé près de 18 000 activités d'éducation nutritionnelle, telles que la promotion de connaissances sur les aliments sains, le développement de compétences alimentaires, des tests de goût en magasin et des visites d'épiceries, ainsi que la récolte et la préparation d'aliments traditionnels.
- En 2018-2019 seulement¹⁰⁵, au niveau communautaire, plus de 4 000 activités d'éducation nutritionnelle ont été offertes à plus de 44 000 participants, et environ 70 % des bénéficiaires de financement ont indiqué que les membres de la communauté avaient amélioré leurs connaissances en matière d'alimentation saine et leurs compétences et choisissaient et préparaient des aliments sains.
- La récente évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada¹⁰⁶ a révélé qu'étant donné la nature du financement des initiatives, la collecte de données et les rapports inadéquats rendent difficile l'attribution de résultats particuliers des initiatives d'éducation nutritionnelle au programme NNC. Cependant, il a signalé que les incidences croissantes de la participation suggèrent qu'il existe un intérêt généralisé pour une alimentation saine. Ainsi, on peut raisonnablement conclure que les participants acquièrent probablement des connaissances et des compétences pour manger plus sainement.
- L'évaluation a également révélé qu'il existe une demande plus élevée pour certains types d'activités comme les connaissances et les compétences alimentaires traditionnelles et les connaissances et la sensibilisation à la nutrition dans le commerce de détail.
- De nombreux informateurs clés interrogés ont exprimé des inquiétudes quant à l'admissibilité aux initiatives d'éducation nutritionnelle. Le financement dépend actuellement du respect par la communauté des Premières Nations des critères d'admissibilité à la subvention NNC administrée par RCAANC. Les répondants

¹⁰⁵ Rapport sur les résultats ministériels 2018 à 2019 - Nutrition Nord Canada <https://www.rcaanc-cimac.gc.ca/fra/1576437858843/1576437881780>

¹⁰⁶ [Évaluation horizontale de Nutrition Nord Canada \(rcaanc-cimac.gc.ca\)](https://www.rcaanc-cimac.gc.ca/fra/1576437858843/1576437881780)

aux entrevues auprès des informateurs clés ont indiqué que les initiatives d'éducation nutritionnelle de NNC demeurent pertinentes pour toutes les collectivités.

- Les informateurs clés interrogés ont également exprimé le besoin d'élargir les critères d'admissibilité pour permettre à un plus large éventail de communautés de bénéficier de ce programme.

Recommandations

D'après les constatations du présent rapport d'évaluation, il est recommandé¹⁰⁷ que SAC :

1. Travaille avec le dirigeant principal des données (DPD) de SAC, le dirigeant principal de l'information (DPI) de SAC, le directeur général de SAC responsable de la mesure du rendement et les partenaires des Premières Nations pour élaborer conjointement des options pour une stratégie de données dirigée par les Autochtones afin d'améliorer la disponibilité des données sur le rendement des modes de vie sains aux niveaux communautaire, régional et national. Les options doivent prendre en considération (mais sans s'y limiter) : la souveraineté des données autochtones; mécanismes de partage de données; normalisation des données; réduire les charges de déclaration; Analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus; et transfert graduel des services.
2. SAC travaille avec les Premières Nations et les partenaires du système de santé pour explorer les mécanismes potentiels de financement accru et durable afin de mieux soutenir la capacité communautaire dans la conception et la prestation de programmes Vie saine en fonction des besoins et des priorités uniques des communautés, en tenant compte de l'éloignement et transfert de service progressif.
3. Aider les Premières Nations et les partenaires des systèmes de santé à continuer d'intégrer des principes dirigés par les Autochtones ou un cadre potentiel qui met en évidence et intègre les pratiques et les enseignements traditionnels dans le Programme vie saine.
4. En s'appuyant sur les meilleures pratiques, explorer les possibilités de soutenir le partage d'informations entre les travailleurs de Vie saine et entre les sous-programmes, comme un moyen d'améliorer continuellement l'efficacité et d'identifier les besoins communs et les meilleures pratiques au niveau régional et communautaire.

¹⁰⁷ Se reporter à la section 11 de la présente évaluation pour les justifications associées à chaque recommandation.