



Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Santé Canada et l'Agence
de la santé publique du Canada

Évaluation des programmes de contrôle et de prise en charge des maladies transmissibles de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits 2008-2009 à 2013-2014

Préparé par le
Bureau de l'évaluation
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

Mars 2015

Liste des sigles

AADNC	Affaires autochtones et Développement du Nord Canada
CPCMT	Contrôle et prise en charge des maladies transmissibles
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
MEV	Maladies évitables par la vaccination
MRC	Modèles de rapport communautaire
PCI	Prévention et contrôle des infections
PE	Protocole d'entente
SMR	Systèmes de mesure du rendement
TB	Tuberculose
UMT	Urgence liée aux maladies transmissibles

Table des matières

Sommaire	ii
Réponse et plan d'action de la direction	vii
1.0 But de l'évaluation	1
2.0 Description des programmes	1
2.1 Profil des programmes	1
2.2 Ressources des programmes	3
2.3 Modèle logique des programmes et description	3
2.4 Harmonisation des programmes	5
3.0 Description de l'évaluation.....	5
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	5
3.2 Limites et stratégies d'atténuation	6
4.0 Résultats	7
4.1 Pertinence : élément n° 1 – Nécessité de maintenir les programmes	7
4.2 Pertinence : élément n° 2 – Conformité aux priorités du gouvernement	14
4.3 Pertinence : élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	15
4.4 Rendement : élément n° 4 – atteinte des résultats escomptés (efficacité)	19
4.5 Rendement : élément no 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité.....	46
5.0 Conclusions	51
6.0 Recommandations	52
Annexe 1 – Références bibliographiques	54
Annexe 2 – Résumé des constatations	55
Annexe 3 – Modèle logique.....	60
Annexe 4 – Description de l'évaluation et questions d'évaluation.....	63

Liste des tableaux

Tableau 1 : Limites et stratégies d'atténuation	6
Tableau 2 : Dépenses au titre des programmes de CPCMT	48

Sommaire

Objet, portée et conception de l'évaluation

L'évaluation visait à déterminer la pertinence et le rendement des programmes de contrôle et de prise en charge des maladies transmissibles (CPCMT) de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pendant la période d'avril 2008 à mars 2014. Elle permet de satisfaire à l'obligation établie par la *Loi sur la gestion des finances publiques* (dans le cas des subventions et contributions) et la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009), conformément au Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada.

Objet, portée et conception de l'évaluation

L'évaluation portait sur la pertinence et le rendement (efficacité, économie et efficience) des programmes de CPCMT. Les résultats de l'évaluation appuieront la prise de décisions en vue d'apporter des améliorations aux politiques et aux programmes.

L'évaluation des programmes de CPCMT porte sur tous les programmes et services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) définis par les autorisations renouvelées de 2011 (c.-à-d. l'immunisation, la tuberculose, le VIH/sida et les urgences liées aux maladies transmissibles, y compris la prévention et le contrôle des infections). Pour les cinq années se terminant le 31 mars 2013, les dépenses des programmes de CPCMT totalisaient 139,2 millions de dollars, soit 72,6 millions affectés au fonctionnement et à l'entretien (F et E) et 66,6 millions consacrés aux contributions.

Les méthodes utilisées pour l'évaluation comprennent un examen exhaustif des documents et des données administratives, une revue de la littérature, 41 entrevues avec des membres du personnel des programmes (informateurs clés), un sondage en ligne auprès de 105 représentants en santé communautaire et un sondage téléphonique auprès de 15 coordonnateurs de programme régionaux. Les diverses sources de données probantes ainsi que la triangulation des données recueillies ont atténué les limites de l'évaluation, en particulier celles ayant trait à la fiabilité des données de surveillance.

Description des programmes

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) contribue à la prestation des services de santé publique et de promotion de la santé aux collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et à une région inuite (Nunatsiavut). Au moyen d'accords de contribution, les programmes de CPCMT financent des initiatives d'immunisation, notamment contre les maladies évitables par la vaccination (MEV), les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS – principalement le VIH/sida) et les infections respiratoires (surtout la tuberculose), de même que l'initiative sur les mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles (p. ex. pandémie de grippe). L'initiative de l'unité de prévention et de contrôle des infections (ajoutée en 2011-2012) s'inscrit aussi dans le CPCMT.

Les activités particulières comprennent des mesures de santé publique consistant à cerner les risques (p. ex. surveillance et déclaration); la prévention, le traitement et le contrôle des cas et des éclosions de maladies transmissibles (p. ex. immunisation, dépistage, traitement sous observation directe); la promotion de la sensibilisation et de l'éducation du public afin d'encourager des pratiques saines et le renforcement des capacités communautaires (p. ex. plans d'intervention en cas de pandémie) pour intervenir à l'égard des maladies transmissibles et les prendre en charge.

Principales constatations, conclusions et recommandations tirées de l'évaluation

PRINCIPALES CONSTATATIONS — PERTINENCE

Nécessité de maintenir les programmes

Le contrôle des maladies transmissibles (y compris l'immunisation et la planification en cas de pandémie) constitue un des programmes obligatoires conçus pour satisfaire à des normes prescrites par la loi comme les lois provinciales et territoriales sur la santé publique et les lois sur la santé qui garantissent la santé et la sécurité publiques. La nécessité de maintenir les activités des programmes de CPCMT est aussi attribuable aux disparités entre les résultats sur la santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux de la population générale, et au besoin continu de préparation aux interventions d'urgence liées aux maladies transmissibles. La souplesse du concept des programmes de CPCMT répond en grande partie aux besoins variés des collectivités. Toutefois, les partenaires régionaux et certaines collectivités ont toujours des défis à relever afin de tenir compte des priorités conflictuelles en matière de santé, ainsi que de la prévalence d'autres facteurs, comme les problèmes de santé chroniques et les variations de la capacité des collectivités et de leur aptitude à planifier et à gérer les programmes de CPCMT.

Conformité aux priorités du gouvernement

Les objectifs et priorités liés au CPCMT cadrent avec les priorités et les objectifs stratégiques actuels du gouvernement fédéral et du Ministère, car ils favorisent l'accès aux soins de santé et réduisent les inégalités à l'égard de l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations.

Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

Les activités de CPCMT cadrent avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence, car elles permettent, par la mise en œuvre de diverses politiques et autorisations, de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits.

PRINCIPALES CONSTATATIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Résultats immédiats

Les programmes de CPCMT ont permis de mieux sensibiliser et informer le public au sujet des maladies transmissibles. L'harmonisation des initiatives régionales a permis de mettre à profit les activités et ressources provinciales. La portée et l'incidence de ces activités se sont toutefois révélées inégales entre les régions et les collectivités et ont été restreintes par des facteurs tels que des priorités conflictuelles en matière de santé et des ressources humaines et financières limitées.

De manière générale, la plupart des travailleurs en santé communautaire étaient satisfaits de la formation, de l'information, des données et du soutien fournis pour acquérir des connaissances et des compétences. Malgré les activités de formation proposées, l'accès variait considérablement d'une région à l'autre, et bon nombre d'entre elles se sont tournées vers des activités provinciales. Les investissements dans le personnel en santé communautaire étaient perçus comme le principal facteur favorisant la réussite et la continuité globales des programmes de CPCMT.

L'accès de la DGSPNI à des données de surveillance relatives aux résultats sur la santé s'est amélioré et a servi de maintes façons à soutenir l'élaboration de politiques et la planification des programmes. Toutefois, les différences entre les principales sources de données de surveillance, de même que les variations sur les plans de la qualité et de la fiabilité de ces données entre les programmes et les régions en restreignent l'utilité.

Des progrès importants ont été enregistrés pour ce qui est de renforcer la collaboration et les partenariats aux échelons national, régional et communautaire afin d'échanger des renseignements et de réaliser une prestation de services intégrés. La mobilisation et la collaboration à l'échelle communautaire ont toutefois été plus ardues en raison du roulement du personnel dans certaines collectivités, des changements de dirigeants, des priorités communautaires conflictuelles et du climat politique.

Résultats intermédiaires

Les programmes de CPCMT ont contribué à accroître l'adoption de mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles par la mise en œuvre de diverses stratégies de prévention et de contrôle des maladies, qui ont permis d'améliorer les connaissances et les compétences du personnel et ainsi d'améliorer la prestation des soins de santé dans les collectivités des Premières Nations.

Certaines données révèlent que les capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT ont commencé à se développer, malgré des difficultés dans les collectivités au chapitre, entre autres, de la gouvernance, de la reddition de comptes et des ressources humaines. Les informateurs clés estimaient que le renforcement des capacités communautaires était essentiel à la réussite du transfert futur aux collectivités du contrôle et de la prise en charge des maladies transmissibles.

Résultats à long terme

Même s'il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence, et d'évaluer la contribution des activités de CPCMT à ces changements, des données préliminaires ont révélé que l'incidence des maladies transmissibles est restée relativement stable dans la plupart des régions et a diminué dans d'autres régions au cours de la période visée par l'évaluation.

Démonstration d'économie et d'efficience

La revue de la littérature démontre l'avantage économique que procurent les programmes de prévention des maladies transmissibles. La DGSPNI a apporté des changements structurels et autres qui, selon les perceptions, ont augmenté l'efficacité des activités de programme, et elle a appliqué des approches mieux coordonnées et plus stratégiques à la conception et à l'exécution des programmes de CPCMT.

Mesure du rendement appropriée

Même si l'accès aux données de surveillance s'est amélioré et a, de diverses façons, servi à l'élaboration des politiques et à la planification des programmes, d'autres améliorations sont requises pour accroître l'utilité des données de surveillance pour le suivi continu des programmes, la prise de décisions stratégiques et de décisions sur les programmes et l'établissement des priorités.

CONCLUSION

Les programmes de CPCMT permettent toujours au Ministère de s'acquitter de l'obligation de fournir des soins de santé et de répondre au besoin constant d'atténuer les disparités en matière de santé.

L'évaluation démontre que les activités des programmes de CPCMT sont toujours nécessaires compte tenu des disparités en santé qui persistent chez les Premières Nations en ce qui concerne les maladies transmissibles. Les activités des programmes de CPCMT constituent des priorités pour le gouvernement fédéral, y compris l'accroissement de l'accès aux soins de santé et l'élimination des inégalités à l'égard de l'état de santé des Premières Nations.

On croit que l'assouplissement des programmes et une approche plus ciblée seraient plus efficaces pour intervenir à l'égard des problèmes liés aux maladies transmissibles, mais en raison de l'absence d'information comparable et fiable et de surveillance continue des résultats sur la santé des Premières Nations, il est très difficile d'évaluer la capacité de répondre aux besoins des collectivités au fil du temps.

Même s'il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence, et d'évaluer la contribution des activités de CPCMT à ces changements, des données préliminaires ont révélé que l'incidence des maladies transmissibles est restée relativement stable dans la plupart des régions et a diminué dans d'autres régions au cours de la période visée par l'évaluation.

Les programmes de CPCMT réalisent des progrès lorsqu'il s'agit de lutter contre les effets des maladies transmissibles sur la santé, comme en témoignent les investissements soutenus dans les ressources en santé communautaire, la formation continue et les efforts de collaboration entre les bureaux régionaux et les provinces, de même que les efforts visant à améliorer la capacité communautaire de gérer les programmes de CPCMT sur les plans de la gouvernance générale, de la reddition de comptes et des ressources humaines.

De plus, des progrès importants ont été enregistrés sur le plan du renforcement de la collaboration et des partenariats aux échelons national, régional et communautaire afin d'échanger des renseignements et d'assurer une prestation de services intégrés, ce qui se traduit par une utilisation accrue des diverses stratégies et mesures de prévention et de contrôle des maladies.

Même si l'accès de la DGSPNI à des données de surveillance relatives aux résultats sur la santé s'est amélioré et a servi à divers degrés à l'élaboration de politiques et à la planification de programmes, la complexité des données de surveillance demeure un défi compte tenu des différences entre leurs principales sources. Les variations sur les plans de la qualité et de la fiabilité de ces données entre les programmes et les régions en restreignent également l'utilité.

Recommandations

Recommandation n° 1

Poursuivre les efforts visant à renforcer les capacités des collectivités en assurant l'uniformité de la formation et du soutien offerts au personnel en santé communautaire.

Le renforcement de la capacité des collectivités de gérer les programmes de CPCMT inclut diverses mesures de soutien qui les aident à déterminer leurs besoins, à planifier et à organiser les services (y compris la planification à court et à long terme des ressources financières et humaines) et à maintenir ou à améliorer la qualité des services au moyen de formation pertinente destinée aux membres du personnel et à la mise en œuvre de politiques, de normes, de lignes directrices fondées sur des données probantes, etc. L'évaluation a révélé que le renforcement de la capacité du personnel en santé communautaire et des collectivités en général joue un rôle

crucial dans la réussite et la continuité des programmes de CPCMT. Même si des collectivités affichaient une grande capacité de planification et de gestion des programmes de CPCMT, d'autres ont continué d'éprouver des difficultés liées aux priorités conflictuelles et aux ressources humaines limitées, sans oublier les possibilités d'échanger avec les bureaux régionaux de la DGSPNI.

Recommandation n° 2

Renforcer la capacité des programmes à répondre à divers besoins permanents et nouveaux des collectivités sur le plan des maladies transmissibles.

On considère que la flexibilité des programmes de même que les programmes et les investissements ciblés ont permis de répondre à un vaste éventail de besoins et de priorités des collectivités à l'échelle des régions de la DGSPNI et au sein de celles-ci. Toutefois, des défis persistent en ce qui concerne la capacité des programmes à surveiller un vaste éventail de besoins et de facteurs ayant une incidence sur les maladies transmissibles et à y répondre, notamment quant à la nécessité d'accroître la mobilisation des partenaires et la collaboration avec eux, d'intégrer et d'harmoniser les programmes avec les services offerts par d'autres fournisseurs ainsi que de veiller à ce que les ressources des programmes soient affectées de façon appropriée compte tenu des priorités et des besoins des collectivités.

Recommandation n° 3

Tabler sur les réussites antérieures et poursuivre les efforts en vue de recueillir des données de surveillance fiables, d'y avoir accès et de les utiliser.

De nombreuses limites liées aux données, notamment en ce qui a trait à leur qualité, à leur fiabilité, à leur actualité et à la possibilité de les mettre en commun entre partenaires et intervenants, constituent toujours un défi important pour les programmes et les efforts qu'ils déploient pour accroître la capacité des collectivités de gérer les programmes de CPCMT. L'amélioration de la collecte et de l'accessibilité générale des données de surveillance et relative à la santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves, de même que de la production de rapports sur celles-ci, aidera les programmes à continuer de déterminer les besoins, de planifier et de gérer les programmes, d'élaborer des réponses ciblées et de produire des politiques fondées sur des données probantes.

Réponse et plan d'action de la direction

Programmes de contrôle et de prise en charge des maladies transmissibles de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Recommandations	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
<p>1. Poursuivre les efforts visant à renforcer les capacités des collectivités en assurant l'uniformité de la formation et du soutien offerts au personnel en santé communautaire.</p> <p>La direction est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Appuie l'objectif stratégique n° 2 de la DGSPNI – Planification concertée et partenariats et n° 4 – Milieu de travail sain où les employés peuvent exceller.</p>	<ul style="list-style-type: none"> En fonction des normes liées aux programmes de CPCMT, chaque région déterminera deux compétences de base parmi les grandes priorités afin de renforcer les capacités communautaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Rapport d'étape régional annuel sur les deux compétences de base parmi les grandes priorités adoptées quant à la formation du personnel en santé communautaire. 	Mars 2017	<p>Sous-ministre adjoint (SMA) de la DGSPNI – Opérations régionales</p> <p>SMA principal de la DGSPNI</p> <p>Hauts fonctionnaires régionaux de la DGSPNI</p> <p>Directeur administratif, hôpitaux psychiatriques provinciaux</p> <p>Directeur administratif, soins de santé primaires</p>	<p>Ressources à même le budget existant.</p>
<p>2. Renforcer la capacité des programmes de répondre à divers besoins permanents et nouveaux des collectivités sur le plan des maladies transmissibles.</p> <p>La direction est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Appuie l'objectif stratégique n° 1 de la DGSPNI – Services de santé de grande qualité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe nationale des mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles (MUMT) révisera, en collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI, les <i>Lignes directrices concernant la planification des mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves</i> (Lignes directrices) afin de tenir compte des leçons apprises lors des activités de préparation et d'intervention en cas d'urgences liées aux maladies transmissibles (UMT), de tabler sur les principes en matière de prévention et de contrôle des infections (p. ex. H7N9, maladie à virus Ebola, éclosions de grippe saisonnière, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Lignes directrices concernant la planification des mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles dans les communautés des Premières Nations vivant dans les réserves</i> révisées et distribuées aux bureaux régionaux de la DGSPNI. 	Décembre 2016	<p>D^r Tom Wong, (directeur exécutif [DE])</p> <p>Sony Perron (sous-ministre adjoint principal [SMAP])</p>	<p>Ressources à même le budget existant.</p> <p>En cas d'UMT, des fonds de prévoyance sont accessibles pour soutenir des activités nationales, régionales et locales en matière de préparation et d'intervention.</p>

Recommandations	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Reddition de comptes	Ressources
	<ul style="list-style-type: none"> L'équipe nationale des MUMT élaborera, en collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI, un processus dans le but d'examiner, de renforcer et de mettre à l'essai des plans de MUMT afin d'en déterminer la pertinence, et ce, sur une base périodique. Ce processus comprendra les rôles et les actions du bureau national, des bureaux régionaux et des collectivités. Le bureau national du Programme de MUMT dirigera l'élaboration du cadre des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) 	<ul style="list-style-type: none"> Document sur le cycle de planification des MUMT élaboré et distribué aux bureaux régionaux de la DGSPNI. Document-cadre sur les ITSS 	<p>Juillet 2016</p> <p>Décembre 2016</p>	<p>D^F Tom Wong (DE) Sony Perron (SMAP)</p> <p>D^F Tom Wong (DE) Sony Perron (SMAP)</p>	<p>Ressources à même le budget existant.</p> <p>Ressources à même le budget existant.</p>
<p>3. Tabler sur les réussites antérieures et poursuivre les efforts en vue de recueillir des données de surveillance fiables, d'y avoir accès et de les utiliser.</p> <p>La direction est d'accord avec la recommandation.</p> <p>Appuie l'objectif stratégique n° 3 de la DGSPNI – Efficience et efficacité</p>	<ul style="list-style-type: none"> Unité de la surveillance, des politiques d'information sur la santé et de la coordination (USPISC) afin de tabler sur la relation établie avec l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) dans le but d'améliorer l'accès de la DGSPNI aux données de l'ASPC sur les maladies transmissibles (MT) et leur utilisation. Le bureau national du Programme de MUMT continuera de dresser les tableaux de données sommaires basés sur le Programme des données de surveillance. 	<ul style="list-style-type: none"> Ententes d'échange de données entre la DGSPNI (Division du contrôle des maladies transmissibles [DCMT]/USPISC) et l'ASPC concernant les ITSS Document des tableaux de données annuelles du programme de lutte contre les maladies transmissibles 	<p>Mars 2017</p> <p>Mars 2016</p>	<p>Mary-Luisa Kapelus (Directrice générale [DG]) D^F Tom Wong (DE) Sony Perron (SMAP)</p> <p>Mary-Luisa Kapelus (DG) D^F Tom Wong (DE) Sony Perron (SMAP)</p>	<p>Ressources à même le budget existant de F et E de la DCMT afin d'embaucher un entrepreneur.</p> <p>Ressources à même le budget existant.</p>

1.0 But de l'évaluation

L'évaluation visait à déterminer la pertinence et le rendement des programmes de CPCMT de la DGSPNI pendant la période d'avril 2008 à mars 2014.

Elle permet de satisfaire à l'obligation établie par la *Loi sur la gestion des finances publiques* (dans le cas des subventions et contributions) et la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009), conformément au Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada. L'évaluation des programmes de CPCMT porte sur tous les programmes et services de la DGSPNI définis par les autorisations renouvelées de 2011 (c.-à-d. immunisation, tuberculose, VIH/sida et urgences liées aux maladies transmissibles, y compris la prévention et le contrôle des infections).

2.0 Description des programmes

2.1 Profil des programmes

La DGSPNI contribue à la prestation des soins de santé publique et aux services de promotion de la santé aux collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et à une région inuite (Nunatsiavut).

Les programmes de CPCMT n'ont pas été administrés de la même façon chez les Inuits qu'ils l'ont été chez les Premières Nations. Les collectivités des Premières Nations reçoivent un financement au moyen d'accords de contribution conclus avec la DGSPNI. Pour les Inuits qui vivent dans des collectivités inuites (à l'exception de celles du Nunatsiavut, du Labrador et du Nunavik [Québec]), les programmes sont administrés directement par les gouvernements territoriaux. C'est pourquoi lorsque le présent document fait référence au CPCMT, l'information concerne beaucoup plus les Premières Nations que les Inuits, à moins d'indication spéciale.

Les services liés au CPCMT ont été conçus pour être dispensés à l'échelle communautaire au moyen de structures de gouvernance communautaires et selon les principes de transfert des responsabilités et d'autonomie gouvernementale en matière de santé. Bien que les collectivités des Premières Nations soient responsables de la prestation de mesures de CPCMT et des résultats en matière de service à la clientèle, les gouvernements territoriaux des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut sont responsables de la prestation de services de CPCMT aux Premières Nations et aux Inuits qui vivent dans ces territoires. Dans le cadre des programmes de CPCMT, le financement sous forme de contribution est transmis du bureau régional de la DGSPNI aux collectivités, aux groupes tribaux et aux Premières Nations.

Dans l'Inuit Nunangat (terre inuite), qui comprend les quatre régions inuites, soit la région désignée des Inuvialuit, le Nunavut, le Nunavik et le Nunatsiavut, les programmes sont administrés de façon quelque peu différente. Les gouvernements du Nunavut et des Territoires du Nord-Ouest assurent l'exécution de leurs programmes auprès de tous les résidents, sans égard à leur origine ethnique. La région du Nord de Santé Canada agit en tant qu'organisme de coordination entre Santé Canada et les gouvernements territoriaux. La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik dispense les programmes uniquement aux Inuits du Québec. Le gouvernement du Nunatsiavut les dispense directement aux Inuits qui résident dans cette région. Les programmes du Nunavut sont gérés par trois centres de coordination régionaux situés à Cambridge Bay, à Rankin Inlet et à Iqaluit, et la prestation des services varie d'un centre à l'autre.

Les programmes de CPCMT mis en œuvre par la DGSPNI visent à réduire l'incidence, la propagation et les effets des maladies transmissibles sur la santé humaine. Les programmes de CPCMT sont axés sur les maladies évitables par la vaccination (MEV), l'immunisation, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS, y compris le VIH/sida), la tuberculose (TB) et les mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles (MUMT) qui englobent l'initiative sur la prévention et le contrôle des infections (PCI). Les programmes de CPCMT comportent les quatre secteurs de programme qui suivent.

- **Le programme d'immunisation en lien avec les maladies évitables par la vaccination (MEV)** vise à améliorer les taux de couverture vaccinale dans le cadre des immunisations courantes et à réduire l'incidence des MEV et des éclosions dans les réserves des Premières Nations. Au moyen du programme d'immunisation en lien avec les MEV, la DGSPNI collabore avec des partenaires des Premières Nations, des ministères et organismes des provinces et des territoires, ainsi que d'autres ministères et organismes fédéraux, tels que l'Agence de la santé publique du Canada, afin de soutenir les programmes d'immunisation appropriés sur le plan culturel et d'améliorer les mécanismes de collecte de données et les taux de couverture vaccinale dans les réserves. Les bureaux régionaux de la DGSPNI travaillent en étroite collaboration avec leurs homologues provinciaux afin d'harmoniser les programmes d'immunisation dont le but consiste à fournir aux réserves des services d'immunisation de base qui sont comparables à ceux dispensés par le gouvernement provincial à la population en général.
- **L'équipe du Programme de mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles (MUMT) [y compris la PCI]** travaille en étroite collaboration avec des partenaires, tels que d'autres ministères, des organismes autochtones nationaux et régionaux et des administrations provinciales, afin d'élaborer une intervention globale et coordonnée en cas d'urgence de santé publique dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. L'équipe du Programme de MUMT travaille de concert avec l'Agence de la santé publique du Canada (organisme responsable de la planification des urgences en santé publique au Canada) ainsi qu'avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC). AADNC, l'organisme responsable de toute la planification des urgences tous risques dans les collectivités autochtones, est mandaté afin de garantir que les besoins et les considérations touchant les collectivités des Premières Nations sont pris en compte lors de toute planification et intervention en cas d'urgence en santé publique à l'échelle fédérale, provinciale ou territoriale, notamment lors d'épidémies de grippe. Le Programme de MUMT

est également responsable de l'élaboration et de l'exécution des activités liées à la prévention et au contrôle des infections (PCI), tel qu'il est décrit dans le plan d'action de la DGSPNI en lien avec la PCI. De plus, le Programme de MUMT fournit une expertise, une orientation et des conseils en matière de PCI au personnel du bureau national et des bureaux régionaux de la DGSPNI.

- **Le programme lié aux infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) et au VIH/sida** est axé sur la prévention, l'éducation, la sensibilisation et le renforcement des capacités communautaires (formation) et vise à faciliter l'accès à des diagnostics, à des soins, à des traitements et à du soutien social de qualité. En collaboration étroite avec des partenaires, la DGSPNI et l'Assemblée des Premières Nations s'emploient à concevoir un cadre qui guide et appuie la réalisation des éléments de programmes de Santé Canada portant sur les ITSS chez les Premières Nations vivant dans les réserves. Étant donné que la majeure partie des fonds consacrés à ce programme provient de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, dirigée par l'Agence de la santé publique du Canada, l'accent est surtout mis sur le VIH/sida. Toutefois, des travaux sont en cours sur d'autres ITSS à l'échelle nationale et régionale selon les besoins et les priorités déterminés par les collectivités et les intervenants.
- **L'équipe du programme de lutte contre la tuberculose (TB)** veille à ce que les services appropriés et efficaces en matière de prévention et de contrôle de la TB soient à la disposition des Premières Nations vivant dans les réserves et dans une région inuite (Nunatsiavut), soit en fournissant des services directement, soit en finançant des collectivités, des provinces ou des bureaux régionaux et des autorités sanitaires des Premières Nations qui fourniront les services. Le programme vise à promouvoir l'accès à des soins équitables et adaptés aux différences culturelles, y compris des services rapides de diagnostic, de traitement et de suivi, et des activités de promotion de la santé et de sensibilisation à l'égard de la TB.

2.2 Ressources des programmes

Durant la période de cinq ans commençant le 31 mars 2013¹, les dépenses imputées aux programmes de CPCMT ont été publiées, et elles représentent au total 139,2 millions de dollars, dont environ 72,6 millions de dollars ont été consacrés au fonctionnement et à l'entretien, y compris les salaires, et 66,6 millions de dollars ont été versés sous forme de contributions aux collectivités.

2.3 Modèle logique des programmes et description

Les programmes de CPCMT visent, comme résultat escompté à long terme, à réduire l'incidence, la propagation et les effets des maladies transmissibles sur la santé humaine. Afin d'atteindre cet objectif ultime, les activités de CPCMT sont axées sur cinq grands thèmes :

¹ Peu de données financières étaient disponibles pour 2013-2014. Au cours de l'exercice 2014, on a apporté des changements au système de suivi financier.

- **La prestation de services** est axée sur des mesures de prévention (promotion de la santé et prévention des maladies) et de contrôle (prise en charge et traitement des maladies) se rapportant au CPCMT. Les plans de lutte contre les pandémies peuvent être considérés comme une mesure de prévention et de contrôle.
- **Le renforcement des capacités** au moyen de la formation du personnel et des travailleurs en santé communautaire, de l'éducation et de la sensibilisation du public, ainsi que de la planification en matière de santé communautaire et d'un soutien de la direction.
- **La mobilisation d'intervenants et la collaboration** avec des gouvernements provinciaux et territoriaux, de Premières Nations, d'autres organismes fédéraux et d'autres intervenants sont de première importance en raison de la nature complexe et intergouvernementale qui caractérise les services de santé au Canada et de l'influence de multiples facteurs, comme les déterminants sociaux de la santé, qui ne relèvent pas seulement de Santé Canada.
- **La collecte de données, la recherche et la surveillance**, qui guident l'élaboration et la mise au point des politiques, des normes, des lignes directrices et des cadres et appuient la prestation des services.
- **L'élaboration de politiques et la mise en commun des connaissances** reposant sur la surveillance et des données probantes issues de travaux de recherche pertinents et servant à guider la prestation des services liés aux maladies transmissibles prodigués dans les réserves.

Les programmes sont destinés aux réserves, au personnel infirmier et aux travailleurs de soutien des Premières Nations, aux gouvernements provinciaux, aux autorités sanitaires régionales, aux bureaux régionaux de la DGSPNI et à l'Agence de la santé publique du Canada.

On s'attendait à ce qu'à court terme, les extrants associés aux cinq thèmes se traduisent par le renforcement des compétences, des connaissances et de l'expertise en matière de CPCMT et par une sensibilisation et une connaissance accrues au sein du public des mesures de prévention et de contrôle ainsi que des effets des maladies transmissibles sur la santé, guident la prestation des services et accroissent la mobilisation et la collaboration des collectivités et des intervenants à l'égard de l'élaboration des politiques et des programmes et de la prestation des services. À moyen terme, on s'attendait à ce qu'il y ait une utilisation et une adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle se rapportant au CPCMT, ainsi qu'un renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT. À long terme, les programmes de CPCMT devaient contribuer à une réduction des taux d'incidence et de prévalence des maladies transmissibles.

Le lien entre ces secteurs d'activité et les résultats escomptés est illustré dans le modèle logique (présenté à l'annexe 3). L'évaluation visait à mesurer le niveau de réalisation des résultats définis au cours de la période visée.

2.4 Harmonisation des programmes

Les activités de la DGSPNI contribuent à l'atteinte de l'objectif stratégique n° 3 de Santé Canada : les collectivités inuites et des Premières Nations et les membres de celles-ci bénéficient de services de santé qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé. Ce faisant, la DGSPNI met en œuvre une série de programmes, de services et de stratégies destinés principalement aux communautés inuits et des Premières Nations, à leurs membres ainsi qu'à leurs familles qui vivent dans une réserve ou une communauté inuite. Le CPCMT est une composante de la protection de la santé publique et de la promotion de la santé, qui font partie de l'activité des soins de santé primaires.

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation portait sur les activités des programmes de CPCMT réalisées d'avril 2008 à mars 2014. Les activités des programmes de CPCMT sont destinées aux Premières Nations vivant dans les réserves, et certains services de soutien étaient prodigués pour lutter contre la TB dans une région inuite (Nunatsiavut). L'évaluation était surtout axée sur les collectivités des Premières Nations, car la DGSPNI participe très peu à la fourniture directe de services aux communautés inuites.

L'évaluation portait sur une série de questions d'évaluation cadrant avec les cinq éléments fondamentaux qui sont décrits dans la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009) : nécessité de maintenir les programmes, conformité aux priorités du gouvernement, harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement, atteinte des résultats escomptés et démonstration d'efficacité et d'économie. Certaines questions d'évaluation abordées dans l'évaluation sont présentées à l'annexe 4. Une description détaillée de la méthodologie utilisée pour l'évaluation figure à l'annexe 4.

En résumé, les données de l'évaluation ont été colligées au moyen de diverses méthodes : examen de documents et de données; entrevues auprès d'un échantillon représentatif de 41 membres clés des programmes, dont 10 étaient rattachés au bureau national, 24 étaient des membres des bureaux régionaux, 2 représentaient l'Agence de la santé publique du Canada et 5 étaient des partenaires de programmes nationaux et des spécialistes; sondage en ligne auprès de 105 représentants communautaires; sondage téléphonique auprès de 15 coordonnateurs de programmes régionaux au sein de la DGSPNI; revue de la littérature, dont un examen des programmes et initiatives similaires exécutés par des administrations étrangères; examen des différences entre les modèles et pratiques d'une région à l'autre. Le recours à plusieurs sources de données et à la triangulation avait pour but d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations et des conclusions de l'évaluation.

Le rapport est structuré en fonction des éléments et des questions d'évaluation (consulter la liste complète des questions d'évaluation à l'annexe 4). Un résumé des principales constatations est présenté pour chacune des questions d'évaluation, suivi par les principales constatations (en caractères gras) et des sources de données détaillées.

Afin de faciliter la présentation des résultats du sondage et des entrevues, les quantificateurs suivants sont parfois utilisés dans le rapport : « la plupart » indique une proportion de plus de 75 % des participants à l'intérieur d'un groupe donné; « la majorité » indique entre 50 % et 75 % des répondants; « près de la moitié » indique entre 45 % et 50 % des répondants; « certains » indique entre 25 % et 45 % des répondants et « quelques » indique moins de 25 % des répondants ou entre un et trois répondants.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations sont soumises à des contraintes qui peuvent avoir des conséquences sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau ci-après décrit les limites auxquelles les évaluateurs se sont heurtés pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour cette évaluation. Il est aussi question des stratégies d'atténuation mises en œuvre pour faire en sorte que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées en toute confiance pour orienter la planification des programmes et la prise de décisions.

Tableau 1 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Il y a eu des défis importants en lien avec la disponibilité, la qualité et la fiabilité des données de surveillance. Habituellement, les données de surveillance accessibles au public ne font pas état des résultats sur la santé des Premières Nations vivant dans les réserves (les données liées à la TB sont l'exception).	Même si beaucoup des données de surveillance à la disposition de la DGSPNI ont été compilées et analysées dans le cadre des programmes, la fiabilité limitée de l'information n'a pas permis une évaluation exhaustive des tendances et l'atteinte d'objectifs intermédiaires (prévention et adoption accrues de mesures de santé) et de résultats à long terme (réduction de l'incidence et de la prévalence).	Pour évaluer les réalisations dans le cadre des programmes relativement à ces objectifs, l'évaluation reposait sur les conclusions du sondage et des entrevues ainsi que sur la revue de la littérature et les données disponibles sur les populations autochtones. L'information sur les populations autochtones a été utilisée en guise de « substitut » dans le but de commenter les difficultés potentielles avec lesquelles les collectivités des Premières Nations sont aux prises et seulement lorsqu'une telle information sur les Premières Nations n'était pas disponible.
En raison de la nature des programmes, la plupart des données sur le rendement recueillies dans le cadre de ceux-ci sont axées sur les extraits des programmes, y compris la description d'activités, données qui étaient très difficiles à quantifier et à utiliser.	Beaucoup des renseignements colligés au moyen de modèles de rapport étaient axés sur la production d'extraits et fournissaient de l'information limitée sur l'efficacité de ces extraits en lien avec les objectifs.	On s'est servi de sondages et d'entrevues pour évaluer la mesure dans laquelle les objectifs des programmes ont été atteints, y compris l'efficacité. Cette information a servi à déterminer dans quelle mesure on pense que les stratégies ont été efficaces.
Le recours à des entrevues avec des informateurs clés et à des sondages auprès de représentants en santé communautaire, de coordonnateurs régionaux et de répondants ayant un intérêt direct	La partialité des répondants peut nuire à la fiabilité et à la validité des résultats. Étant donné que la participation au sondage était volontaire, il se peut que les caractéristiques des représentants en	Plusieurs mesures ont été prises afin d'atténuer le risque de partialité de la part des répondants : i) ceux-ci ont été informés de l'objectif, de la conception et de la méthodologie de l'évaluation, de même que du fait que les réponses allaient demeurer

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
à l'égard des programmes peut donner lieu à une partialité des répondants. Il est aussi possible qu'il se soit glissé des erreurs attribuables à la non-réponse lors du sondage mené auprès de représentants en santé communautaire.	santé communautaire ayant pris part au sondage soient différentes de celles des autres représentants.	strictement confidentielles ; ii) les entrevues ont été réalisées par des personnes qualifiées; iii) les réponses de chaque échantillon de répondants ont été comparées à celles des autres groupes aux fins de cohérence et de validation et iv) les résultats découlant des sondages et des entrevues auprès des informateurs clés ont été validés au moyen de résultats obtenus d'autres sources de données.
Les grandes variations dans la structure, la conception et l'exécution des programmes d'une région et d'un environnement opérationnel à l'autre ont nui à l'évaluation de l'efficacité de certains éléments de programme dans l'ensemble des programmes de CPCMT.	Les résultats de l'évaluation ne s'appliquent pas de la même façon dans toutes les régions.	Dans la mesure du possible, on a fait ressortir dans le rapport les différences entre les régions et les programmes.

4.0 Résultats

4.1 Pertinence : élément n° 1 – Nécessité de maintenir les programmes

4.1.1 Les programmes de CPCMT répondent-ils toujours à un besoin en matière de santé? Le besoin a-t-il changé au fil du temps? A-t-on adapté les programmes en fonction de l'évolution des besoins?

Le contrôle des maladies transmissibles (y compris l'immunisation et la planification en cas de pandémie) constitue un des programmes obligatoires conçus pour satisfaire à des normes prescrites par la loi comme les lois provinciales et territoriales sur la santé publique et les lois sur la santé qui garantissent la santé et la sécurité publiques. La nécessité de maintenir les activités des programmes de CPCMT est aussi attribuable aux disparités entre les résultats sur la santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves et ceux de la population générale, et au besoin continu de préparation aux interventions d'urgence liées aux maladies transmissibles. La souplesse du concept des programmes de CPCMT répond en grande partie aux besoins variés des collectivités. Toutefois, les partenaires régionaux et certaines collectivités ont toujours des défis à relever afin de tenir compte des priorités conflictuelles en matière de santé, ainsi que de la prévalence d'autres facteurs, comme les problèmes de santé chroniques et les variations de la capacité des collectivités et de leur aptitude à planifier et à gérer les programmes de CPCMT.

Nécessité des activités des programmes de CPCMT

Les programmes de CPCMT sont des programmes obligatoires en matière de santé conçus pour satisfaire à des normes prescrites par la loi (comme les lois provinciales et territoriales sur la santé publique) et les lois sur la santé qui garantissent la santé et la sécurité publiques. Les programmes de CPCMT visent à combler les besoins en matière de santé liés aux MT dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves relevant de la compétence fédérale. Selon les publications et les documents examinés, la population autochtone du Canada (y compris les Premières Nations) continue de vivre des disparités relativement aux taux d'incidence des maladies transmissibles². Par exemple :

- Les taux d'incidence de la TB demeurent supérieurs dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves comparativement à la population non autochtone. En 2012, le taux d'incidence de nouveaux cas de TB progressive et de cas de retraitement déclarés était de 23,3 sur 100 000 membres de Premières Nations vivant dans les réserves, tandis que le taux d'incidence relevé chez les non-Autochtones nés au Canada était de 0,7 sur 100 000³. De 2000 à 2008, on a déclaré en tout 27 éclosions de TB au sein de collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada.
- Bien que l'information publique sur l'incidence des ITSS, y compris le VIH/sida, dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves soit très restreinte, selon les données disponibles, le taux d'incidence de la chlamydia chez les adultes des Premières Nations est presque sept fois supérieur à celui de la population en général⁴. Les taux du virus de l'hépatite C aiguë étaient 5,5 fois plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones de 2004 à 2008. Des données de l'Agence de la santé publique du Canada indiquent que les taux d'hépatite C au sein des Premières Nations (2012) étaient de 81,5/100 000⁵. Selon l'*Enquête nationale auprès des ménages* de 2011, 4,3 % de la population canadienne se sont identifiés comme des « Autochtones »; toutefois, en 2011, les Autochtones représentaient, selon les estimations, 8,9 % de toutes les personnes vivant avec le VIH au Canada⁶ et 12,2 % de tous les nouveaux cas d'infection par VIH (comparativement à 10,5 % en 2005)⁷. Selon l'estimation globale, le taux de nouveaux cas d'infection par VIH chez les Autochtones était 3,5 fois plus élevé qu'au sein de la population non autochtone en 2011.

² Pour la plupart des données sur les maladies transmissibles, il n'est pas précisé si l'information publique concerne les Premières Nations. Le terme « autochtone » est utilisé comme point de référence pour le présent exposé.

³ Agence de la santé publique du Canada, *La tuberculose au Canada 2012 – Prédiusion*.

⁴ Agence de la santé publique du Canada, Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2013 : *Maladies infectieuses — Lutter contre la menace constante*.

⁵ Agence de la santé publique du Canada, données de surveillance 2012-2013. Précisons que toutes les régions ont fourni des données. Aucune donnée comparable pour la population générale en 2012-2013.

⁶ Agence de la santé publique du Canada, *Sommaire – Estimations de la Prévalence et de l'Incidence du VIH au Canada, 2008*. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php>.

⁷ Gouvernement du Canada, *VIH/sida*. http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hiv-vih-fra.php?_ga=1.151827377.9491332.1425518188

- Même si les taux d'incidence des MEV parmi les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves sont faibles, hormis ceux de la coqueluche et de la pneumococcie invasive⁸, la nécessité de maintenir les programmes d'immunisation demeure élevée. L'Agence de la santé publique du Canada fait la mise garde suivante : puisque l'incidence d'une MEV diminue à la suite de programmes d'immunisation fructueux, il se peut que les Canadiens deviennent indifférents et remettent en question le rôle des vaccins dans la prévention des maladies. Il peut s'ensuivre un taux de couverture vaccinale plus bas et une résurgence des maladies. Il existe peu de données fiables sur les taux d'immunisation dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves⁹. Dans le supplément canadien du rapport *La Situation des enfants dans le monde 2009*, on peut lire que les taux d'immunisation des enfants des Premières Nations au Canada sont bien en deçà de la cible acceptable allant de 95 % à 97 % établie par le Comité consultatif national de l'immunisation.

Les activités ciblées des programmes de CPCMT de la DGSPNI sont toujours grandement nécessaires, car les membres des Premières Nations continuent d'afficher une incidence et une prévalence des maladies transmissibles bien supérieures à celles constatées au sein de la population en général.

Même si d'autres pays développés comptant de grandes populations autochtones font aussi état d'écart dans les résultats sur la santé entre les Autochtones et les non-Autochtones, les données du Canada semblent pires dans le cas de certaines maladies transmissibles. Par exemple, le taux d'incidence de la TB chez la population autochtone australienne était de 5,7 cas par 100 000 personnes en 2007 et le taux chez les Amérindiens et les Autochtones d'Alaska était de 6,5 par 100 000 personnes en 2010, comparativement à 23,3 par 100 000 personnes dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves en 2012. Les taux de nouveaux diagnostics de VIH parmi les peuples autochtones et les insulaires du détroit de Torres en Australie sont très similaires aux taux observés parmi la population non indigène (5,5 comparativement à 5,1 par 100 000 personnes en 2012)¹⁰. Comme il en a été fait mention précédemment, l'estimation du taux global des nouveaux cas d'infection par VIH chez les peuples autochtones était 3,5 fois supérieure au Canada à celui des non-Autochtones en 2011.

Variations des besoins d'une collectivité à l'autre

Le besoin de certains types de programmes de CPCMT et la priorité qui leur est accordée peuvent varier grandement d'une région et d'une collectivité à l'autre.

⁸ Données du système de mesure du rendement (SMR) de 2011 et 2012 relevant de la DGSPNI.

⁹ La fiabilité des données est basée sur les données sur l'immunisation accessibles au public et colligées par des secteurs de programme.

¹⁰ Kirby Institute for Infection and Immunity in Society (Université de New South Wales). 2013. *Bloodborne viral and sexually transmitted infections in Aboriginal and Torres Strait Islander people: Surveillance and Evaluation Report 2013*. <http://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/hiv/resources/2013ATSIP-ASR.pdf> (en anglais seulement).

Les collectivités desservies par les programmes de CPCMT diffèrent considérablement pour ce qui est de la géographie, de la culture, de la langue et des structures politiques. Selon des documents des programmes, 35 % des collectivités des Premières Nations sont isolées géographiquement (c.-à-d. qu'elles sont difficiles d'accès ou qu'il n'y a pas de route d'accès); la majorité d'entre elles (56 %) sont de petites collectivités comptant moins de 500 habitants; les collectivités parlent plus de 50 langues distinctes, et il arrive que plus de 100 collectivités des Premières Nations au Canada soient visées par un avis d'ébullition de l'eau à un moment donné¹¹. De plus, le statut socio-économique, la fréquence et la gravité des urgences environnementales et l'état de santé, y compris les problèmes directement liés aux maladies transmissibles, varient considérablement d'une collectivité à une autre. Parmi les différences entre les régions et les collectivités qui influent sur les besoins et les priorités liés aux programmes de CPCMT, mentionnons celles qui suivent.

- **Variations de la capacité des collectivités et de leur aptitude à planifier et à gérer des programmes.** Le degré de mobilisation des dirigeants communautaires et d'autres intervenants, l'accessibilité aux infrastructures existantes (p. ex. centres de santé ou postes de soins infirmiers, unités de dépistage du VIH/sida, etc.) et l'aptitude à planifier et à gérer des programmes axés sur les maladies transmissibles varient considérablement d'une collectivité à une autre. Dans certaines régions, on a constaté que l'aptitude à gérer les programmes de CPCMT et à composer avec le roulement du personnel et les changements au sein des dirigeants communautaires différait même entre les collectivités qui étaient assujetties à des ententes de transfert et qui avaient pleine autorité sur la prestation en matière de CPCMT.
- **Expérience de récentes éclosions de maladies transmissibles.** Selon des rapports établis à partir de systèmes de mesure du rendement de la DGSPNI et des entrevues menées auprès d'informateurs clés, au cours des cinq dernières années, des régions de l'Est du Canada ont affiché un très faible taux d'incidence de la TB. En conséquence, les activités liées aux programmes de CPCMT réalisés dans ces régions ont maintenu un taux élevé de sensibilisation à la TB; cependant, les activités liées à la TB ne figuraient pas parmi les grandes priorités dans la plupart des collectivités. La majorité des éclosions de TB ont été signalées dans des collectivités de Premières Nations du Manitoba et de la Saskatchewan, en partie en raison d'importantes éclosions ou d'éclosions persistantes dans certaines collectivités ainsi que de l'éloignement et de l'isolement d'une grande proportion des collectivités des Premières Nations vivant dans ces deux régions¹².
- **Ampleur de la participation d'autres intervenants et de partenaires à des programmes liés aux maladies transmissibles.** Le nombre de collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves pour lesquelles la DGSPNI gère directement les programmes de CPCMT varie d'une région à l'autre (p. ex. au Québec, environ 80 % des collectivités exécutent directement les programmes de CPCMT, alors que c'était le cas de 10 % des collectivités de l'Alberta). Dans certaines régions, des partenaires provinciaux participaient davantage à la mise en place de ressources ou de stratégies destinées essentiellement aux Premières Nations. Cela signifie que l'ampleur de la participation et du soutien envers les programmes liés aux

¹¹ Aperçu de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, présentation PowerPoint, août 2014.

¹² Santé Canada, *Épidémiologie de la tuberculose chez les Premières nations vivant dans les réserves au Canada, 2000-2008*, page vi.

maladies transmissibles (p. ex. matériel de conscientisation élaboré à l'échelle provinciale) variait non seulement d'une région à l'autre, mais aussi d'une collectivité à une autre, ce qui, par ricochet, nécessitait que les programmes de CPCMT soient extrêmement souples et adaptables.

- **Prévalence d'autres facteurs.** Les taux de maladies transmissibles sont souvent liés à des facteurs socio-économiques, tels que les niveaux relativement faibles de revenu, la pauvreté et les emplois changeants, qui influent sur la qualité des soins que les Premières Nations peuvent recevoir, l'existence d'autres problèmes de santé chroniques, la tendance des personnes à consommer des drogues, etc.¹³ Selon la plupart des employés des bureaux régionaux interrogés, les collectivités aux prises avec un nombre considérable de priorités en matière de santé ont besoin d'une plus grande collaboration, d'une approche plus intégrative pour ce qui est des services de santé et d'autres services de soutien en vue de renforcer la capacité des collectivités (c.-à-d. des formations).

Réagir aux urgences liées aux maladies transmissibles (UMT)

La nécessité des programmes de CPCMT et, plus précisément, des mesures d'intervention en cas d'UMT qui tiennent compte de facteurs spéciaux et des besoins des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, est particulièrement évidente lors d'éclosions et d'événements tels que la propagation de la grippe H1N1.

Les préoccupations liées à la santé publique se retrouvent souvent au premier plan en temps de crise, notamment lors d'éclosions comme celles du syndrome respiratoire aigu sévère, de la grippe aviaire, de la grippe H1N1 ou lorsque survient une catastrophe naturelle ou accidentelle. L'éclosion de la grippe H1N1 en 2009 démontre clairement qu'il faut une planification continue, de la collaboration et des mesures d'intervention en cas de pandémie qui tiennent compte des besoins particuliers des Premières Nations et des caractéristiques propres aux collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. En réponse à la pandémie de grippe H1N1, Santé Canada a travaillé avec les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves afin de dresser des plans de lutte contre les pandémies, de réaffecter des ressources humaines en santé selon les besoins et de collaborer avec tous les ordres de gouvernement.

Le mandat du comité trilatéral des Premières Nations voué à la lutte contre les pandémies et le groupe de travail connexe, établis en 2008, a été prolongé jusqu'en 2010-2011. Il consistait à élaborer et à surveiller la mise en œuvre d'un plan de travail trilatéral sur la préparation et l'intervention en cas de pandémie de grippe destiné aux collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. On a élaboré un plan de travail commun avec Affaires indiennes et du Nord Canada (maintenant AADNC) dans lequel on décrivait les activités, les résultats escomptés, les responsables, les échéances et le statut en ce qui a trait à la mise en commun de l'information, à la planification en cas de pandémie et à la gestion des mesures d'urgence dans les collectivités des Premières Nations, aux outils sur le Web, à la capacité de mobilisation, à la continuité des activités et à la collaboration avec des partenaires.

¹³ Johnston Research inc. *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*. Ottawa (Ontario), Santé Canada, 2011.

En 2009, on a révisé les *Considérations relatives au plan de lutte contre la pandémie d'influenza pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves*, l'annexe B du *Plan canadien de lutte contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé* afin de préciser les rôles et responsabilités. En collaboration avec les coordonnateurs régionaux des MUMT, on a formulé des lignes directrices concernant les MUMT afin de soutenir, à l'échelle communautaire, l'élaboration, la consolidation et la mise en œuvre des plans de MUMT, anciennement appelés « plans de préparation à une pandémie ». Selon Santé Canada, les collectivités disposent d'un plan d'intervention en cas de pandémie (91,7 %), d'un plan de mesures d'urgence intégré dans un plan d'intervention en cas de pandémie (81 %) ou d'un plan d'urgence tous risques (66,9 %) ¹⁴.

Programmes de CPCMT permettant de combler les besoins

La souplesse du concept des programmes de CPCMT a permis de réaliser des programmes et des investissements ciblés, d'intégrer les services et de répondre aux besoins et aux environnements opérationnels différents.

Afin de tenir compte des grandes différences dans les besoins et les priorités des collectivités dans l'ensemble des régions de la DGSPNI et à l'intérieur de celles-ci, on a assoupli le modèle de financement des programmes de CPCMT afin de permettre aux régions d'adopter une approche plus ciblée de manière à répondre à des besoins permanents ou nouveaux dans les collectivités des Premières Nations. La capacité des programmes de composer avec des réaffectations de ressources rapides en 2009 aux fins de la prévention et de la gestion de l'écllosion de la grippe H1N1 a été un bon exemple de la souplesse et de la capacité des programmes de répondre aux nouveaux besoins. La souplesse des programmes a été mise en évidence dans les approches tenant compte des différences régionales, notamment en ce qui a trait aux aspects qui suivent.

- **Ampleur de l'intégration des programmes à l'échelle régionale.** Certaines régions ont adopté une approche davantage axée sur les regroupements lorsqu'il est question de l'exécution des programmes et des services de la DGSPNI, ce qui permet plus d'intégration entre les programmes. Par exemple, dans la région de l'Alberta, le poste de coordonnateur des MUMT a été occupé par un hygiéniste du milieu de manière à adopter une approche plus stratégique et à pouvoir prendre des mesures d'urgence en cas de maladies transmissibles et de dangers environnementaux. Certaines régions étaient dotées de coordonnateurs qui jouaient le rôle d'unique point de contact pour plus d'un programme de CPCMT dans un certain nombre de collectivités. La mise sur pied d'équipes interdisciplinaires rattachées à divers groupes de santé (p. ex. santé mentale, santé environnementale et santé publique) dans certaines régions a été reconnue comme une approche efficace afin d'intégrer les services au-delà des programmes de CPCMT.
- **Stratégies utilisées pour intervenir dans les collectivités éloignées et isolées.** Afin de pouvoir répondre aux besoins et aux défis propres aux collectivités isolées et éloignées, certains bureaux régionaux de la DGSPNI se sont employés à adapter leurs programmes et à élaborer des stratégies pour desservir ces collectivités. Par exemple, les régions de la

¹⁴ Déclarations pour la période 2012-2013; données tirées des MRC.

Saskatchewan, de l'Atlantique et de l'Ontario ont indiqué dans leurs plans de transition qu'ils adaptaient les modèles de prestation des services de santé dans les collectivités éloignées et isolées des Premières Nations en fonction des besoins et du contexte de leur région.

- **Harmonisation des programmes de CPCMT avec les stratégies provinciales.** Dans certaines régions, on avait davantage uniformisé les programmes avec les structures et les priorités provinciales au chapitre du matériel, des politiques, des outils de collecte de données et de mise en commun de l'information.
- **Participation de la DGSPNI à la prestation de services directs et à la gestion de programmes de CPCMT.** Les collectivités qui avaient assumé plus de responsabilités à l'égard des programmes grâce à la souplesse des fonds de transfert variaient grandement d'une région à l'autre. La Saskatchewan affichait une des proportions les plus élevées de collectivités de Premières Nations à avoir assumé plus de contrôle et de responsabilité en vue de gérer et de fournir les soins de santé primaires et d'autres programmes de santé communautaire. Le transfert de responsabilités aux collectivités a favorisé une souplesse accrue des ressources.

L'aptitude à personnaliser les programmes de CPCMT afin de répondre aux besoins régionaux et locaux est une des forces des programmes. Par exemple, le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI travaillait souvent avec des partenaires provinciaux pour élaborer ou personnaliser, à l'échelle des provinces, des ressources, des politiques, des lignes directrices et des outils, plus particulièrement en lien avec la TB et les calendriers d'immunisation provinciaux et les lignes directrices et les protocoles liés aux ITSS et au VIH/sida, si ces documents existent.

Défis

Des défis de taille subsistent quant à la capacité de la DGSPNI de surveiller les besoins changeants des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves en lien avec les programmes de CPCMT, et d'y répondre, et le soutien nécessaire au fil du temps.

Même si la souplesse des programmes de CPCMT représentait un point fort, des difficultés demeurent. Le fait que la conception et l'intérêt central des programmes varient d'une région et d'une collectivité à l'autre se traduit par une surveillance et une planification plus ardues à l'échelle nationale et au fil du temps. Par exemple, mentionnons la difficulté liée aux différents systèmes de collecte de données et aux écarts de la qualité des données recueillies visant à obtenir une image globale des tendances, des risques et des facteurs qui contribuent ou nuisent au succès des programmes de CPCMT au fil du temps. Certains informateurs clés ont suggéré que les programmes étaient plus efficaces pour réagir aux besoins précis liés aux maladies transmissibles (p. ex. réaction aux éclosions) que pour atteindre de manière proactive des résultats sur la santé des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. Cette situation peut découler de plusieurs facteurs, dont l'un est l'insuffisance de données, qui pourraient aider l'équipe des programmes à mieux comprendre les besoins changeants à plus long terme. En conséquence, la surveillance continue et la fiabilité des données recueillies dans les régions et les collectivités sont importantes pour garantir la capacité des programmes à réagir et à répondre de manière proactive aux besoins des collectivités.

Les défis associés à la mesure des résultats liés aux maladies transmissibles dans les collectivités des Premières Nations n'étaient pas uniques aux programmes à l'étude. Les documents indiquent que le Canada accuse un grave déficit au chapitre de la disponibilité de statistiques exactes, exhaustives et récentes sur la santé des populations autochtones en général et qu'il dispose de données limitées par sous-population et emplacement géographique¹⁵. Selon le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, le principal défi est lié aux incohérences des identités ethniques des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les données provinciales sur la santé recueillies par l'entremise de systèmes d'inscription essentiels, d'ensembles de données sur les soins primaires et l'administration hospitalière et de systèmes de surveillance des maladies aiguës et chroniques¹⁶. En conséquence, les populations inuites, métisses et des Premières Nations sont souvent « invisibles » dans les statistiques sur la santé. De plus, les enquêtes nationales sur la santé, telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ne renferment pas d'information précise sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis à l'échelle régionale et elles excluent souvent les populations vivant dans les réserves^{17, 18}.

Environ un tiers des informateurs clés ont mentionné qu'il leur était difficile de commenter si les programmes avaient suffisamment de portée et d'incidence pour soutenir la modification de comportement, s'ils avaient contribué à améliorer les taux de vaccination et à réduire le taux d'incidence et la prévalence des maladies transmissibles ciblées au fil du temps à cause des limites des données et de l'absence d'évaluations préalables aux interventions préventives et postérieures à celles-ci.

4.2 Pertinence : élément n° 2 – Conformité aux priorités du gouvernement

4.2.1 Les objectifs et les priorités en matière de CPCMT cadrent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada et de Santé Canada?

Les objectifs et priorités liés au CPCMT cadrent avec les priorités et les objectifs stratégiques actuels du gouvernement fédéral et du Ministère, car ils favorisent l'accès aux soins de santé et réduisent les inégalités à l'égard de l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations.

¹⁵ J. Smylie, *La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis*, Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2010.

¹⁶ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis, 2010*, http://www.nccah-censa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/1/NCCAH_fs_context_FR.pdf.

¹⁷ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, *La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis, 2010*, http://www.nccah-censa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/1/NCCAH_fs_context_FR.pdf.

¹⁸ Les limites de la collecte et de l'utilisation de données sont traitées plus en détail sous la rubrique 4.3.

Conformité aux priorités du gouvernement

Les objectifs des programmes de CPCMT cadrent avec les priorités du gouvernement du Canada.

Les programmes de CPCMT visent à réduire l'incidence, la propagation et les effets des maladies transmissibles sur la santé humaine, de même qu'à améliorer la santé grâce à des activités de prévention et de promotion de la santé, des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et dans une région inuite (Nunatsiavut). Ces objectifs sont conformes aux priorités fédérales actuelles que sont, entre autres, la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et de leurs familles, le travail de partenariat avec les Autochtones afin de créer des collectivités saines, prospères et autonomes, et l'amélioration de l'état de santé des Premières Nations et des Inuits. Par exemple, on peut lire dans le budget de 2011 : des « investissements [permanents] [...] dans l'amélioration des résultats sur la santé chez les Premières nations et les Inuits ». Les programmes de CPCMT cadrent aussi très bien avec le discours du Trône de 2014 qui fait état de la détermination du gouvernement à créer des collectivités des Premières Nations saines : « Notre gouvernement continuera de travailler en partenariat avec les peuples autochtones à créer des collectivités saines, prospères et autonomes ».

Harmonisation avec les résultats stratégiques

Les programmes de CPCMT cadrent avec les résultats stratégiques de Santé Canada. Les objectifs des programmes de CPCMT sont aussi conformes avec la priorité ministérielle de Santé Canada « Renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits ». Ils s'inscrivent également dans les résultats stratégiques « Les communautés inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé » et « Meilleurs résultats en matière de santé et réduction des inégalités en santé entre les Premières nations et Inuits et les autres Canadiens »¹⁹. Le Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada de 2014-2015 (ainsi que la version précédente du rapport de 2013-2014) fait état de la détermination du gouvernement fédéral à réduire les risques pour la santé humaine dans les collectivités inuites et des Premières Nations associés aux maladies transmissibles en renforçant la capacité des collectivités (c.-à-d. l'aptitude à exécuter les programmes) à réduire ces risques. La DGSPNI remplit son mandat, en ce sens, en fournissant ou en finançant une gamme de programmes et de services visant à prévenir et à contrôler les maladies transmissibles.

4.3 Pertinence : élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral

4.3.1 Les activités de Santé Canada liées au CPCMT cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence?

¹⁹ Santé Canada, Rapport sur les plans et les priorités de 2014-2015.

Les activités de CPCMT cadrent avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence, car elles permettent, par la mise en œuvre de diverses politiques et autorisations, de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits.

Mandat du gouvernement fédéral

Au Canada, les soins de santé sont une responsabilité partagée entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Les provinces et territoires offrent des services de santé universels assurés (médecin et services hospitaliers) à tous les résidents, y compris les membres des Premières Nations, les Inuits et d'autres groupes autochtones. Le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la fourniture de services de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits est fondé sur la politique gouvernementale et comprend des programmes et des services supplémentaires offerts par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

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

Le gouvernement fédéral a le pouvoir d'édicter des lois dans certains domaines liés à la santé qui sont subsidiaires à d'autres pouvoirs fédéraux, dont celui de dépenser (p. ex. *Loi canadienne sur la santé*) et la compétence en matière de droit criminel (p. ex. lois sur les drogues, le tabac et les matières dangereuses). En outre, le gouvernement fédéral peut adopter des lois sur la santé en invoquant le pouvoir d'assurer « la paix, l'ordre et le bon gouvernement » que lui confère l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (p. ex. lois concernant la mise en quarantaine et les urgences nationales). Ces lois s'appliqueraient aux Inuits et aux membres des Premières Nations établis dans les réserves et hors de celles-ci. De plus, le gouvernement fédéral peut adopter des lois concernant les Premières Nations et les Inuits, compte tenu de la compétence qu'il exerce à l'égard des « Indiens et des terres réservées pour les Indiens », conformément au paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*. À ce jour, aucune loi fédérale n'a été promulguée en matière de santé.

Des politiques fédérales comme la Politique sur la santé des Indiens et la Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens décrivent les objectifs du gouvernement fédéral à l'égard de la santé des Autochtones (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011). En outre, la *Loi canadienne sur la santé* expose 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.

En outre, la *Loi canadienne sur la santé* (article 3) stipule que les politiques canadiennes en matière de soins de santé visent à favoriser le bien-être physique et mental des habitants du Canada, et à faciliter un accès satisfaisant aux soins de santé (gouvernement du Canada, 1984).

L'*Acte des sauvages de 1876* décrit les diverses autorités et compétences relatives à la santé des Autochtones (gouvernement du Canada, 1876). L'Acte stipule aussi que le gouverneur en conseil peut réglementer la fourniture de services de santé et les traitements médicaux destinés aux Indiens (alinéa 73(1)[g]). Il n'existe toutefois aucun règlement de ce genre. On donne aux conseils de bande le pouvoir d'édicter des règlements sur la fourniture de services de santé aux personnes vivant dans des réserves (alinéa 81(1)[a]). L'*Acte des sauvages* ne s'applique pas aux Inuits.

En dernier lieu, le gouvernement fédéral a aussi pour mandat de régler les problèmes urgents de santé publique des collectivités des Premières Nations. À l'heure actuelle, deux lois lui confèrent la responsabilité de se préparer aux urgences en matière de santé publique et d'y réagir, soit la *Loi sur les mesures d'urgence* et la *Loi sur la gestion des urgences*. Néanmoins, le Vérificateur général a noté dans son rapport de 2013 que la responsabilité des divers intervenants à l'égard de la gestion des urgences dans les réserves n'est pas clairement établie, et il a recommandé que les rôles et responsabilités de l'administration fédérale soient davantage précisés. L'absence d'ententes officielles énonçant clairement les rôles et responsabilités en matière de gestion des urgences dans les réserves a été relevée comme un problème important.

Rôle du gouvernement fédéral

La Politique sur la santé des Indiens de 1979 se fonde sur les trois piliers que sont le développement communautaire, la relation traditionnelle des « Indiens » avec le gouvernement fédéral et un système canadien de santé unique et interrelié, qui est constitué d'éléments fédéraux, provinciaux et communautaires.

La Politique sur la santé des Indiens a été adoptée le 19 septembre 1979, pendant une période de transition pour la DGSPNI. Auparavant, la DGSPNI participait davantage à la prestation directe de services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations. Or, la DGSPNI a commencé à changer de méthode, en aidant les collectivités à contrôler davantage leurs propres services de santé. La Politique vise à améliorer l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations grâce à des mécanismes générés et tenus à jour par les collectivités elles-mêmes (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011, p. 23). La Politique sur la santé des Indiens de 1979 reconnaît également la nature interdépendante du système canadien de santé, et précise que deux des rôles les plus importants que joue le gouvernement fédéral sont liés aux activités de santé publique dans les réserves et à la promotion de la santé (Santé Canada, 2014).

La Politique précise qu'il est important de resserrer les liens entre les divers ordres de gouvernement et de renforcer la capacité des collectivités autochtones à « jouer un rôle actif et plus déterminant dans le système canadien de santé » (Centre de collaboration national de la santé autochtone, 2011, p. 23). 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 l'exception des programmes liés à la TB) 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.

Les rôles du gouvernement fédéral en matière de protection de la santé publique relèvent des activités touchant la santé publique dans les réserves, la promotion de la santé ainsi que la détection et la réduction des dangers pour la santé qui proviennent de l'environnement. Plusieurs ministères, comme Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et AADNC, participent à la santé publique et à la gestion des mesures d'urgence connexes auprès des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et des collectivités inuites. La DGSPNI est le principal organisme responsable, au sein de Santé Canada, de la prestation des services de santé publique et de promotion de la santé auprès des collectivités inuites et celles vivant dans les réserves. Le ministre de la Santé n'a aucune obligation législative particulière de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Néanmoins, aux termes de l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*, les pouvoirs du ministre de la Santé s'étendent d'une façon générale à tous les domaines de compétence liés à la promotion et au maintien de la santé de la population canadienne, les crédits accordés en vertu de la loi de crédits qui donne à la DGSPNI le pouvoir de dépenser et l'autorisation, pour ce qui est de certaines activités de programme, viennent du Conseil du Trésor.

Le mandat principal de la DGSPNI consiste²⁰ :

- à faire en sorte que les services de santé soient disponibles et accessibles pour les collectivités des Premières Nations et des Inuits;
- à aider les collectivités inuites et des Premières Nations à s'attaquer aux problèmes de santé et aux menaces de maladie, et à atteindre des niveaux de santé comparables à ceux des autres Canadiens vivant à des endroits semblables;
- à bâtir des partenariats solides avec les Premières Nations et les Inuits afin d'améliorer le système de santé.

Les activités de la DGSPNI sont réparties en trois catégories : soins de santé primaires; prestations de santé supplémentaires et soutien de l'infrastructure sanitaire. CPCMT est une activité des Services de santé publique et de promotion, qui fait partie de l'activité des soins de santé primaires. Les programmes liés aux soins de santé primaires englobent les programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies qui visent à améliorer les résultats sur la santé et à atténuer les risques pour la santé. Ils comprennent également la protection de la santé publique, notamment par la surveillance, afin de prévenir ou d'atténuer les risques pour la santé humaine associés aux maladies transmissibles et à l'exposition aux dangers environnementaux et les soins de santé primaires, soit des services de diagnostics, de soins, de réadaptation, de soutien de même que des services d'aiguillage et des soins palliatifs et des soins au terme de la vie.

²⁰ Santé Canada, *Mandat, plans et priorités*, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php>.

4.4 Rendement : élément n° 4 – atteinte des résultats escomptés (efficacité)

4.4.1 Dans quelle mesure les résultats immédiats ont-ils été atteints?

Résultat immédiat n° 1 : Sensibilisation et connaissance accrues du public à l'égard des mesures de prévention et de contrôle ainsi que des effets des maladies transmissibles sur la santé humaine au sein des Premières Nations vivant dans les réserves.

Les programmes de CPCMT ont permis de mieux sensibiliser et informer le public au sujet des maladies transmissibles. L'harmonisation des initiatives régionales a permis de mettre à profit les activités et ressources provinciales. La portée et l'incidence de ces activités se sont toutefois révélées inégales entre les régions et les collectivités et ont été restreintes par des facteurs tels que des priorités conflictuelles en matière de santé et des ressources humaines et financières limitées.

Sensibilisation et connaissance accrues

On a constaté certains progrès en vue d'accroître la connaissance et la sensibilisation à l'égard des risques, de la prévention et du traitement des maladies transmissibles au sein des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. Les représentants communautaires et les coordonnateurs régionaux étaient plutôt en accord avec l'énoncé selon lequel les programmes de CPCMT avaient fait des progrès en vue d'accroître la sensibilisation à l'égard des avantages de l'immunisation et étaient en accord avec l'énoncé selon lequel ils avaient permis d'améliorer les connaissances en lien avec les ITSS et le VIH/sida. De plus, ils ont convenu du fait que les programmes favorisaient la sensibilisation et la promotion d'une meilleure compréhension de la TB et la plupart s'entendaient pour dire que les programmes permettaient d'informer les membres des collectivités sur les UMT.

Durant les entrevues, la plupart des représentants de l'administration centrale de Santé Canada et la majorité du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI ont confirmé que les activités de sensibilisation et d'éducation du public en lien avec le CPCMT avaient connu un certain succès pour ce qui est de l'amélioration de la sensibilisation et des connaissances à l'égard des maladies transmissibles au sein des collectivités en appuyant leur point de vue sur des cas isolés et sur la stabilité ou la diminution des taux d'incidence dans certaines collectivités. Certains représentants nationaux et régionaux²¹ de la DGSPNI ont mentionné qu'il existait très peu d'études exhaustives renfermant des preuves concrètes à l'appui de l'ampleur des connaissances et de la compréhension des maladies transmissibles dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et d'un changement à ces égards.

²¹ Les représentants régionaux comprennent les coordonnateurs régionaux et le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI.

La revue de la littérature a fait ressortir deux études menées ces dernières années qui mesuraient directement les perceptions et les attitudes des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. En 2011, Santé Canada a commandé une recherche sur l'opinion publique comportant des entrevues téléphoniques avec un échantillon représentatif de 659 membres des Premières Nations vivant dans une réserve et de 162 Inuits dans une région inuite (Nunatsiavut), qui sont des parents ou des fournisseurs de soins d'enfants de six ans et moins ou encore des parents qui attendent un bébé²². Les résultats de cette recherche ont révélé que l'on comprenait assez bien l'importance et les avantages de faire vacciner les enfants. Presque tous les fournisseurs de soins ont déclaré avoir fait vacciner leurs enfants et être convaincus que le programme de vaccination était à jour. Toutefois, les préoccupations quant à la sécurité globale et aux effets secondaires des vaccins étaient plutôt répandues, tout comme les perceptions selon lesquelles les vaccins pouvaient entraîner la maladie et qu'il existait des pratiques traditionnelles qui éliminaient complètement la nécessité de se faire vacciner.

En 2012, on a effectué une recherche sur l'opinion publique afin de mesurer la sensibilisation, les connaissances, les attitudes et les comportements relativement au VIH/sida. Selon les conclusions du rapport, la perception globale de la gravité du VIH/sida était relativement la même chez les Canadiens autochtones, y compris les Premières Nations, les Inuits et les Métis, que dans l'ensemble de la population canadienne; on a noté toutefois certaines différences dans les opinions. Une comparaison des résultats de l'enquête chez les groupes autochtones (Premières Nations vivant dans les réserves et hors de celles-ci, Métis et Inuits) a révélé que les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuits étaient plus susceptibles de ne pas connaître certains faits sur le VIH/sida. Tant les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves que les Inuits étaient plus susceptibles d'avoir des points de vue stigmatisants envers les personnes souffrant de VIH/sida et ils étaient, en général, moins susceptibles d'être à l'aise dans un grand nombre de situations où ils pourraient rencontrer une personne souffrant du VIH/sida²³. Lorsqu'on leur demandait, dans le cadre de l'enquête d'évaluation, de noter les améliorations apportées grâce aux activités de programme en lien avec les ITSS et le VIH/sida en vue de réduire la stigmatisation et de faciliter l'acceptation et l'appui envers des membres des Premières Nations souffrant de maladies, les représentants en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont répondu qu'il y avait eu des progrès considérables. Les deux groupes ont mentionné que la stigmatisation demeurait un défi dans certaines collectivités.

Élaboration et mise en œuvre de mesure de prévention efficaces

Les programmes de CPCMT ont permis l'élaboration et la mise en œuvre de beaucoup d'activités visant la sensibilisation en matière de prévention et de produits éducatifs. Au cours de la période visée par la présente évaluation, tous les programmes de CPCMT ont donné lieu à l'élaboration et à la diffusion d'un grand nombre d'activités de marketing en lien avec la prévention, de matériel et de produits promotionnels afin de sensibiliser et de donner de

²² Santé Canada, *Connaissances, perceptions, sensibilisation et comportements liés à la vaccination chez les Premières nations et les Inuits*, février 2011.

²³ *Sondage de suivi de 2012 sur les attitudes touchant le VIH/sida* fondé sur des études sur l'opinion publique; <http://www.catie.ca/sites/default/files/Sondage-de-suivi-de-2012-sur-les-attitudes-touchant-le-VIH-sida.pdf>.

l'information sur les stratégies visant la prévention de maladies transmissibles. Parmi les activités et les produits pédagogiques mis en œuvre dans chaque secteur de programme, mentionnons :

- **Tuberculose.** La DGSPNI a lancé la campagne de marketing social liée à la TB, laquelle utilisait différents médias pour joindre les collectivités, ainsi que les fournisseurs de soins de santé. En 2009-2010, dans le cadre de la campagne, 53 000 copies d'une intrigue illustrée ont été distribuées et ciblaient les collectivités des Premières Nations. L'intrigue se présentait sous la forme de bandes dessinées dépeignant des scénarios où des membres des Premières Nations et des Inuits recevaient un diagnostic de TB et des traitements connexes, avant d'en être guéris²⁴. Les produits et les activités que les représentants en santé communautaire ont mentionnés comme étant les plus souvent utilisés étaient des brochures, des dépliants, des livres et des affiches (77 %), une formation individuelle et de l'orientation (54 %), du matériel et des ressources pédagogiques (48 %) et des ateliers (38 %). Les efforts de sensibilisation à l'égard de la TB étaient plus susceptibles d'être déployés dans des collectivités où les taux d'incidence étaient élevés.
- **ITSS et VIH/sida.** Selon des modèles de rapport établis à partir de systèmes de mesure du rendement de la DGSPNI, celle-ci a distribué 46 différents produits et documents d'information en lien avec les ITSS et le VIH/sida. Chez les représentants en santé communautaire interrogés, ils avaient plus souvent recours à des brochures, à des dépliants ou à des livrets (87 %), à des ateliers sur le VIH/sida (76 %), au matériel pédagogique (69 %) et à la distribution de condoms et de seringues, de trousses d'objets tranchants et de pailles (68 %). On estime avoir distribué des objets à 28 700 personnes appartenant aux populations cibles et aux groupes à risque visés et on a organisé en tout 2 798 activités communautaires et éducatives au pays, qui, selon les estimations, ont rejoint plus de 150 000 membres des Premières Nations. Les campagnes d'information et d'éducation ont été plus fructueuses auprès des jeunes, des professionnels de la santé et des femmes.
- **Immunisation.** Dans les bureaux régionaux, on a déclaré avoir élaboré et diffusé, en tout, plus de 80 campagnes de sensibilisation, activités promotionnelles ou matériel pédagogique adapté aux différences culturelles. La campagne de marketing social sur la vaccination destinée aux Premières Nations et aux Inuits a été conçue en 2010-2011 et, pendant les trois années, on a distribué un grand nombre de produits (plus de 40 000 guides, 2 500 affiches, 1 000 tableaux de présentation et 19 000 calendriers) dans les collectivités, enregistré au-delà de 100 000 visites et 69 000 vues sur les médias sociaux et regroupé 17 000 membres dans les médias sociaux. La plupart des représentants en santé communautaire interrogés ont déclaré utiliser des stratégies, dont des services en personne et individualisés auprès de parents et de membres de la communauté, des brochures, des dépliants ou des affiches, des appels téléphoniques de suivi et des rappels.
- **Mesures d'urgence liées aux maladies transmissibles.** La plupart des activités de sensibilisation à l'égard des MUMT visaient l'élaboration ainsi que la mise à jour et à l'essai de plans communautaires de lutte contre la pandémie dans les collectivités des Premières

²⁴ Santé Canada, *La tuberculose – Passez un test et faites-vous soigner pour guérir!* Scénarios illustrés destinés aux Premières Nations. http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/pubs/diseases-maladies/_tuberculos/tb-fn-pn-fra.php.

Nations. On a élaboré les plans lors de réunions ordinaires en collaboration avec des dirigeants communautaires et d'autres intervenants, tels que les autorités sanitaires régionales, les conseils de bande et les organismes autochtones – notamment l'Assemblée des Premières Nations –, que l'on a ensuite mis à l'essai au moyen de scénarios fictifs, d'exercices sur table et de réunions avec des intervenants et des dirigeants communautaires. Des représentants en santé communautaire ont déclaré qu'afin de promouvoir la sensibilisation à l'égard des MUMT et la planification en cas de pandémie, on avait fondé le programme sur du matériel d'éducation et de sensibilisation (p. ex. décalcomanies lavables), des ateliers et des conférences, ainsi que sur d'autres ressources et modèles.

Les campagnes de sensibilisation et d'éducation les plus efficaces étaient adaptées aux différences culturelles, reposaient sur du matériel approprié, étaient ciblées afin de combler des besoins précis de la collectivité, mobilisaient les dirigeants communautaires et d'autres partenaires dès le début du processus, cadraient avec les stratégies provinciales, dans les cas où elles étaient disponibles, et étaient menées par la collectivité. Les campagnes nationales ont permis de fournir de l'information au personnel infirmier et au personnel en santé communautaire et de transmettre un message uniforme.

Portée et rayonnement

La portée et le rayonnement des activités d'éducation ont varié selon les régions, les collectivités et les groupes cibles.

Le nombre de collectivités qui ont déclaré avoir tenu au moins une activité d'éducation ou de sensibilisation variait au fil des ans et selon les régions et éléments de programme. Cela était en partie attribuable aux besoins changeants afin de réagir devant des éclosions de maladies transmissibles ou des priorités qui étaient propres à une collectivité. De fait, les renseignements qui suivent devraient être interprétés en ce sens. Selon les modèles de rapport communautaire (MRC), le pourcentage de collectivités à tenir des activités d'éducation liées à la TB variait entre 13 % et 54 % selon les régions en 2011-2012 et entre 18 % et 56 % en 2012-2013. Les collectivités qui ont déclaré avoir organisé des activités liées aux ITSS et au VIH/sida variaient entre 56 % et 75 % selon les régions en 2011-2012 et entre 64 % et 86 % en 2012-2013; les activités liées à l'immunisation variaient entre 50 % et 71 % selon les régions en 2011-2012 et entre 54 % et 61 % en 2012-2013. En dernier lieu, le pourcentage de collectivités à avoir indiqué réaliser au moins une activité d'éducation ou de sensibilisation en lien avec la planification de pandémie variait entre 21 % et 50 % selon les régions en 2011-2012 et entre 17 % et 59 % en 2012-2013.

La majorité des employés des bureaux régionaux interrogés ont déclaré que, bien que les initiatives et activités d'éducation aient eu un certain rayonnement, les résultats auprès des groupes les plus vulnérables (ceux vivant dans des collectivités éloignées, les groupes à risque élevé) étaient limités. Toutefois, elles étaient efficaces pour ce qui est de démystifier directement les renseignements erronés sur les vaccins et d'atténuer la stigmatisation, par exemple. Parmi les personnes qui ont mentionné que les activités avaient peu de rayonnement, la plupart ont ajouté que le matériel pédagogique élaboré à large échelle et pour tout le pays rejoignait les personnes qui étaient hautement fonctionnelles et qui avaient accès à Internet et à l'information sur la santé.

Selon ces employés des bureaux régionaux et certains représentants en santé communautaire, il fallait plus de campagnes et de stratégies personnalisées (individuelles) axées sur des soins de santé intégrés. Les employés des bureaux régionaux ont aussi mentionné comme entrave au rayonnement des programmes le temps restreint (en raison de priorités conflictuelles) et des ressources financières et humaines insuffisantes pour le personnel infirmier en santé communautaire, ce qui les empêche de s'engager dans des activités d'éducation qui visent des situations propres aux collectivités.

Résultat immédiat n° 2 : Renforcement des compétences, des connaissances et de l'expertise des effectifs en matière de CPCMT.

De manière générale, la plupart des travailleurs en santé communautaire étaient satisfaits de la formation, de l'information, des données et du soutien fournis pour acquérir des connaissances et des compétences. Malgré les activités de formation proposées, l'accès variait considérablement d'une région à l'autre, et bon nombre d'entre elles se sont tournées vers des activités provinciales. Les investissements dans le personnel en santé communautaire étaient perçus comme le principal facteur favorisant la réussite et la continuité globales des programmes de CPCMT.

Renforcer les connaissances et les compétences du personnel en santé communautaire

Le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI s'employait à renforcer la capacité du personnel en santé communautaire, parfois en collaboration avec le gouvernement provincial. On est d'avis que ces efforts sont efficaces pour renforcer les connaissances et l'expertise en matière de CPCMT.

Les besoins en formation ont été comblés à l'échelle des régions. Les bureaux régionaux de la DGSPNI ont généralement évalué et tenu diverses formations et activités périodiques visant à renforcer les capacités en fonction des besoins repérés. Des coordonnateurs régionaux ont déclaré avoir repéré et comblé des besoins en formation au téléphone et par courriel et durant des rencontres individuelles avec du personnel infirmier en santé communautaire. Le repérage de lacunes au chapitre des connaissances s'est fait lors de réunions de groupes d'étude ou de comités directeurs liés à des initiatives provinciales ou nationales ou lors d'éclosions ou d'autres situations d'urgence. Dans certaines régions, la DGSPNI a travaillé avec des partenaires provinciaux afin de déterminer et de concevoir des activités de renforcement des capacités et de les présenter dans des collectivités vivant dans les réserves.

Selon le personnel des bureaux régionaux, la plupart des régions de la DGSPNI n'avaient pas de programme de formation officiel en matière de CPCMT même si elles donnaient habituellement une orientation aux nouveaux travailleurs en santé communautaire. Les trois quarts des représentants en santé communautaire ont déclaré avoir suivi des formations données par la DGSPNI ou d'autres partenaires, et la majorité ont mentionné avoir participé à des conférences, à des présentations, à des colloques ou à des ateliers axés sur des questions ou des sujets précis en lien avec les programmes de CPCMT. Des représentants de deux régions ont indiqué que le personnel en santé communautaire participait régulièrement à des formations données par

l'administration provinciale. Dans l'ensemble, les représentants en santé communautaire étaient satisfaits des formations, de l'information, des données et des résultats de recherche obtenus (une note moyenne de 3,6, où 5 signifie très satisfait). Les connaissances et les compétences acquises lors d'activités de renforcement des capacités étaient les plus souvent utilisées pour garder les pratiques en santé communautaire à jour, pour échanger et mettre en œuvre des approches et des techniques efficaces, pour utiliser plus efficacement les données de surveillance et les études sur la santé afin de planifier et de gérer des programmes et pour conclure des partenariats. La plupart des coordonnateurs s'entendaient pour dire que les formations et d'autres services de soutien ont permis au personnel en santé communautaire d'améliorer leurs connaissances, leurs compétences ou leur capacité à remplir leurs fonctions, plus particulièrement dans les collectivités où le roulement du personnel était élevé.

Influer sur le succès des programmes en offrant plus de formations et de soutien

De nombreux représentants régionaux et communautaires ont indiqué le besoin impérieux d'accroître et d'améliorer les formations et le soutien offerts.

La plupart des représentants régionaux et de ceux de Santé Canada s'entendaient pour dire que l'exécution réussie des programmes de CPCMT et la continuité des services dépendaient, en dernier ressort, des compétences et des capacités du personnel en santé communautaire. Ils ont suggéré de déployer davantage d'efforts et d'investissements de sorte que le personnel infirmier en santé communautaire pourra gérer des charges de travail croissantes, des priorités conflictuelles en matière de santé et des exigences accrues, tout en mettant l'accent sur le contrôle des résultats sur la santé et la reddition de comptes connexe. Au cours des dernières années (p. ex. par suite de l'introduction des données de surveillance des ITSS et du VIH/sida, de la révision des indicateurs des systèmes de mesure du rendement), les exigences liées à la reddition de comptes des résultats sur la santé et de CPCMT et aux activités connexes se sont multipliées. Ces exigences ont suscité le besoin de renforcer les capacités susceptibles d'améliorer les systèmes (en fournissant une technologie et en mettant en œuvre des systèmes de collecte de données plus efficaces) et d'étoffer les formations liées à la collecte des données et à la reddition de comptes pour ce qui est du rendement et de la surveillance. Quelques représentants en santé communautaire ont mentionné qu'il faudrait plus de soutien afin d'utiliser davantage la technologie permettant de colliger et de saisir l'information.

La plupart des employés des bureaux régionaux ont indiqué que les ressources limitées et les récentes restrictions des déplacements imposées l'an dernier (2013-2014) dans certaines régions ont contribué à réduire les efforts en formation et en renforcement des capacités dans certaines collectivités. Les téléconférences et les webinaires sont devenus les méthodes de formation privilégiées; toutefois, dans certaines régions, le personnel infirmier en santé communautaire a été peu nombreux à participer à ces activités. La majorité des coordonnateurs régionaux et certains représentants communautaires ont mentionné qu'il était nécessaire de continuer à offrir du soutien et des formations en cours d'emploi et individuels de sorte que les travailleurs en santé communautaire des régions pourront y participer en plus grand nombre. Dans certains bureaux régionaux, on a restreint l'embauche de spécialistes externes pour donner les formations et renforcer les capacités, ce qui s'est traduit par une formation de moindre qualité.

Résultat immédiat n° 3 : Prestation de services de plus en plus appuyée par des données de surveillance, ainsi que des politiques, des normes, des lignes directrices et des cadres fondés sur des données probantes.

L'accès de la DGSPNI à des données de surveillance relatives aux résultats sur la santé s'est amélioré et a servi de maintes façons à soutenir l'élaboration de politiques et la planification des programmes. Toutefois, les différences entre les principales sources de données de surveillance, de même que les variations sur les plans de la qualité et de la fiabilité de ces données entre les programmes et les régions en restreignent l'utilité.

Collecte et utilisation des données de surveillance

Certaines améliorations ont été apportées à la collecte des données de surveillance et des résultats sur la santé, ainsi qu'à la reddition de comptes connexe et à l'accessibilité à ces renseignements pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, et ce, pour tous les secteurs de programme. Cependant, les écarts entre les principales sources de données et la qualité et la fiabilité des données de surveillance entre les programmes et les régions en restreignent l'utilité.

On constate que les programmes de CPCMT s'améliorent quant à la collecte des données de surveillance et à la reddition de comptes connexe, et ce, dans tous les programmes. Les progrès, ainsi que les défis et les restrictions associés à chacun des programmes sont notamment :

- **Tuberculose.** Des coordonnateurs de programme ont constaté des progrès considérables pour ce qui est de l'amélioration de la collecte, de la reddition de comptes et de l'utilisation en lien avec les données de surveillance sur la TB. Ces progrès étaient principalement attribuables à un protocole d'entente signé en 2012 entre l'Agence de la santé publique du Canada, la Division du contrôle des maladies transmissibles de la DGSPNI et l'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et coordination, qui s'est traduit, pour le Ministère, par un accès à des données plus ponctuelles et plus détaillées sur la TB dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. Cependant, la DGSPNI n'a pas pu communiquer à des partenaires externes ces renseignements découlant de la surveillance (c.-à-d. en les incluant dans des documents stratégiques) à cause de la restriction liée à l'utilisation des données (les données ne sont destinées qu'aux fins d'usage interne à la DGSPNI) conformément à l'entente de partage des données avec l'ASPC.

Entre autres améliorations dans ce domaine, mentionnons la révision des modèles de rapport sur la TB de la DGSPNI, ceux-ci permettant dorénavant de recueillir des renseignements sur les infections latentes de TB et d'en faire rapport. En conséquence, en 2012, on a pu établir pour la première fois une estimation de la prévalence des infections latentes de TB parmi les contacts dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves.

- **ITSS et VIH/sida.** Toutes les données relatives aux ITSS et au VIH/sida pour la DGSPNI ont été recueillies au moyen des modèles de rapport de surveillance des programmes présentés chaque année par les bureaux régionaux de la DGSPNI. Le modèle de rapport a été mis à l'essai en 2012 et visait les données de 2011. Avant 2012, la DGSPNI comptait sur les rapports publiés par l'Agence de la santé publique du Canada pour ce qui est des estimations

de cas de VIH au sein des populations autochtones (les données n'étaient pas ventilées par population des Premières Nations). Même si la DGSPNI peut dorénavant accéder à certaines données nationales de l'Agence de la santé publique du Canada sur le VIH, ces données ne peuvent pas être communiquées ni citées dans des documents stratégiques. La disponibilité de ce type de données était conditionnelle à l'inclusion et à la fourniture d'un identificateur des Premières Nations vivant dans les réserves et hors de celles-ci dans les formulaires de déclaration des cas ainsi qu'à l'accessibilité des bureaux régionaux de la DGSPNI aux sources de données.

Puisque la DGSPNI ne faisait pas partie du système des maladies à déclaration obligatoire, les provinces n'étaient pas tenues de communiquer ces données aux bureaux régionaux de la DGSPNI. En conséquence, l'accès aux données et la disponibilité de celles-ci variaient selon la région et la maladie (p. ex. de nombreuses régions n'avaient pas accès aux données sur le nombre de cas d'infection par VIH). Certaines régions ont continué de rencontrer des obstacles à accéder aux données provinciales ou aux données des autorités sanitaires régionales à cause de préoccupations en matière de confidentialité, plus particulièrement dans les petites collectivités. Les représentants en santé communautaire et les coordonnateurs régionaux ont déclaré avoir constaté des améliorations quant à la collecte et à l'utilisation de données de surveillance en lien avec les ITSS et le VIH et à la reddition de comptes connexe. Selon des coordonnateurs régionaux, les améliorations étaient attribuables aux ententes de partage de données conclues avec des provinces et les autorités sanitaires régionales, mais ils croyaient que l'absence des identificateurs des Premières Nations dans les données colligées par les partenaires et l'accès restreint aux données demeuraient les plus gros obstacles.

- **Immunisation.** La principale source de données de surveillance en lien avec l'immunisation dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves était les modèles de rapport communautaire préparés par les bureaux régionaux de la DGSPNI. Le bureau central a regroupé les données et les a communiquées aux régions sous la forme de sommaires. Durant la période visée par la présente évaluation, on a enregistré des progrès quant à la qualité et à la quantité des données de surveillance sur l'immunisation ayant été déclarées tant par les représentants en santé communautaire que par les coordonnateurs. Selon les coordonnateurs régionaux et les représentants en santé communautaire, les progrès découlaient de l'utilisation de systèmes de bases de données électroniques permettant de colliger et de déclarer des données figurant dans les dossiers médicaux des collectivités. Certains informateurs clés et représentants régionaux ont mentionné que le système Panorama, le système de dossiers électroniques de la santé publique, qui était de plus en plus utilisé dans certaines collectivités, pouvait, s'il était bien intégré dans les collectivités des Premières Nations, contribuer à améliorer considérablement la collecte de données de surveillance sur l'immunisation et la reddition de comptes connexe. Toutefois, des coordonnateurs et des représentants en santé communautaire ont fait état de divers facteurs entravant d'autres améliorations : des effectifs insuffisants, le roulement élevé du personnel, la collecte de données sur papier dans certaines collectivités et l'incapacité à échanger avec des partenaires provinciaux des données sur des personnes recevant des soins de santé et vivant hors d'une réserve.

Utilisation accrue de données à l'appui de la politique et des programmes

Dans l'ensemble, l'accroissement de l'accès, par les collectivités, aux données et de la disponibilité des rapports sur la santé a intensifié l'application à des fins d'élaboration, de planification et de gestion stratégiques (p. ex. mise au point de mesures d'intervention ciblées). Toutefois, l'application de données et de produits de données continue d'être entravée par divers facteurs, tels que la qualité, l'opportunité et l'exhaustivité des données et des capacités des collectivités des Premières Nations à interpréter et à entreprendre des actions fondées sur des données probantes.

Comme nous le décrivons dans les paragraphes suivants, des représentants nationaux, régionaux et communautaires ont rédigé et utilisé des rapports de surveillance, des rapports sur l'état de santé et d'autres résultats de recherche en vue d'élaborer des politiques et des lignes directrices, de planifier et de gérer des programmes et de fournir des services.

En 2013, pour la première fois, le bureau national de la DGSPNI a créé à l'intention des bureaux régionaux un ensemble de tableaux sommaires de surveillance des maladies transmissibles renfermant des données régionales détaillées pour chaque secteur de programme qui servaient à documenter les priorités et la planification des programmes. À l'échelle nationale, les renseignements sur la mesure du rendement, les données et les rapports d'évaluation servaient à élaborer des politiques, à déclarer les résultats des programmes, à établir ou à réviser des priorités en lien avec les programmes et à rendre des comptes au Conseil du Trésor et à l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada. La plupart des représentants de Santé Canada interrogés ont déclaré utiliser les données sur le rendement pour comprendre le contexte, les problèmes, les lacunes et les faiblesses et afin de déterminer les priorités.

Durant la période visée par l'évaluation, les programmes de CPCMT ont donné lieu à la mise au point ou au début de la mise au point de normes relatives à la politique, de lignes directrices et de cadres à l'échelle nationale. Mentionnons entre autres la Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada pour les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, l'Approche nationale pour lutter contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, actuellement en préparation par l'entremise de longues consultations auprès d'intervenants et de collectivités des Premières Nations, le Plan d'action en matière de prévention et de contrôle des infections pour les communautés des Premières Nations de Santé Canada ainsi qu'une vaste gamme de lignes directrices et de modèles.

Le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI a déclaré, par l'entremise des modèles de rapport établis à partir de systèmes de mesure du rendement, effectuer un grand nombre de recherches sur la santé et rédiger des rapports d'évaluation pour chaque programme, en fonction de leurs besoins et priorités. Les recherches et les rapports étaient surtout axés sur la détermination des besoins liés à la réponse des collectivités en cas d'urgence et l'évaluation des interventions dans le cadre de la lutte contre la grippe H1N1.

À l'échelle régionale, les données de surveillance et autres rapports de recherche et d'évaluation ont servi à déterminer des priorités, à planifier et à orienter les activités vers certains domaines de besoins (p. ex. mettre en œuvre des interventions ciblées). Environ la moitié des employés des bureaux régionaux ont mentionné que leur région avait accès à des données de surveillance et à des rapports d'évaluation en matière de maladies transmissibles. D'autres ont souligné qu'ils avaient un accès restreint aux données, précisant des lacunes dans les données existantes (p. ex. les collectivités n'ont pas toutes déclaré leurs données), l'absence d'identificateurs des Premières Nations et des données insuffisantes sur certains programmes (p. ex. absence d'identificateurs des Premières Nations dans les données de l'Agence de la santé publique du Canada quant aux ITSS et au VIH/sida). Des bureaux régionaux de la DGSPNI ont fait état de l'élaboration de normes relatives à la politique, de lignes directrices et de cadres. Souvent le fruit d'une collaboration avec des partenaires provinciaux afin d'élaborer et d'adapter des ressources, des politiques, des lignes directrices et des outils mis au point à l'échelle de la province en lien avec la TB et les calendriers d'immunisation provinciaux et, là où ils sont disponibles, des protocoles et des lignes directrices liés aux ITSS et au VIH/sida.

Des représentants en santé communautaire étaient plutôt d'accord avec l'énoncé selon lequel, à l'échelle communautaire, ils avaient accès aux données de surveillance, aux recherches et aux rapports d'évaluation dont ils avaient besoin pour planifier les activités et exécuter efficacement les programmes de CPCMT. Selon les rapports MRC, 57 % des collectivités qui exécutaient les programmes de CPCMT ont déclaré avoir reçu un rapport sur l'état de santé en lien avec les maladies transmissibles en 2011-2012 et 61 % ont fait la même déclaration l'année suivante. La DGSPNI est demeurée la principale source de données et de résultats de recherche. Dans les rapports sur le MRC, une majorité de collectivités (78 %) ont répondu avoir reçu des rapports directement de la DGSPNI, bien que 64 % aient aussi mentionné recevoir de l'information du gouvernement provincial ou des autorités sanitaires régionales. Plus de la moitié des représentants en santé communautaire interrogés ont déclaré avoir examiné des données de surveillance sur des maladies transmissibles pertinentes pour les populations ciblées, et 43 % ont reçu des rapports de recherche et d'autres publications se rattachant à l'exécution de programmes de CPCMT.

Tous les représentants de Santé Canada et la majorité des représentants régionaux ont déclaré avoir eu accès aux politiques, aux lignes directrices, aux manuels de pratique et aux outils opérationnels requis pour exécuter les programmes de CPCMT efficacement. Par ailleurs, la plupart des représentants en santé communautaire ont mentionné utiliser les politiques, les lignes directrices, les manuels de pratique et autres outils connexes au CPCMT dans une grande mesure (54 %) ou dans une certaine mesure (29 %).

Dans l'ensemble, les recherches, les politiques et les lignes directrices semblaient avoir comblé des lacunes et être en fonction des connaissances acquises. Toutefois, certains représentants régionaux et représentants en santé communautaire ont suggéré qu'il y avait un manque d'uniformité pour ce qui est du respect et de la mise en œuvre des politiques, des lignes directrices et des manuels dans les différentes collectivités. Cette situation était attribuable à une variété de facteurs, tels que le manque de soutien pour tenir les ressources à jour ou pour les adapter aux besoins de la collectivité, une absence de supervision auprès des collectivités ayant conclu une entente de transfert et des connaissances insuffisantes relativement aux politiques et aux lignes directrices parmi les conseils de bande responsables de la gestion de la santé.

D'autres lacunes ont été repérées au chapitre de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'utilisation des données, plus particulièrement en ce qui a trait aux ITSS et au VIH/sida (p. ex. un partage limité des données pour des raisons de confidentialité). L'utilisation des données en matière de surveillance et de rendement à l'échelle régionale et communautaire était parfois restreinte à cause des délais à présenter les rapports (p. ex. il faut parfois deux ans avant que certains rapports soient présentés aux collectivités). De plus, des priorités communautaires conflictuelles (p. ex. certaines collectivités avaient d'autres priorités sociales, économiques ou environnementales pressantes qui avaient préséance sur le CPCMT à l'époque). Entre autres contraintes, mentionnons la capacité des représentants communautaires à interpréter et à prendre des décisions en fonction des données de surveillance et la fiabilité des données de surveillance consignées (p. ex. les données incomplètes n'étaient pas suffisantes pour prendre des décisions). Selon la majorité des employés des bureaux régionaux, il a été plus difficile, à cause des données de surveillance insuffisantes, de déterminer les besoins des collectivités, de planifier et de cibler les programmes, d'affecter correctement les ressources, de mesurer les impacts et les améliorations ou de régler des problèmes et des lacunes en matière de santé dans les collectivités. Certains ont avancé qu'il était bien plus difficile de mobiliser les dirigeants communautaires, de conclure des partenariats et de tirer parti des ressources lorsqu'on ne disposait pas de toutes les données nécessaires.

Résultat immédiat n° 4 : Mobilisation et collaboration accrues de la collectivité et des intervenants dans l'élaboration et l'exécution des politiques et des programmes.

Des progrès importants ont été enregistrés pour ce qui est de renforcer la collaboration et les partenariats aux échelons national, régional et communautaire afin d'échanger des renseignements et de réaliser une prestation de services intégrés. La mobilisation et la collaboration à l'échelle communautaire ont toutefois été plus ardues en raison du roulement du personnel dans certaines collectivités, des changements de dirigeants, des priorités communautaires conflictuelles et du climat politique.

Collaboration et mobilisation des partenaires

Des progrès importants ont été enregistrés pour ce qui est d'accroître la collaboration et la mobilisation de partenaires à l'échelle nationale, ce qui, en retour, a aidé à préciser les rôles et les responsabilités, à augmenter le partage de l'information et à soutenir l'élaboration des politiques.

Le système de santé desservant les collectivités canadiennes des Premières Nations est complexe et il englobe de nombreux ministères fédéraux et organismes nationaux.

Santé Canada et la DGSPNI ont mobilisé des ministères fédéraux et des organismes nationaux qui ont participé à diverses initiatives horizontales (p. ex. *Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida*, *État de préparation en cas de grippe aviaire et pandémique*); à des groupes de travail, à des réunions et des comités nationaux (p. ex. comité trilatéral des Premières Nations voué à la lutte contre les pandémies de concert avec l'Agence de la santé publique du Canada et l'Assemblée des Premières Nations). La DGSPNI a aussi participé à l'élaboration de plans de

travail ainsi qu'à des protocoles de communication et d'information dans le but de concevoir une approche concertée et de voir aux besoins propres aux collectivités des Premières Nations (p. ex. un plan de travail commun concernant la gestion des urgences et les pandémies avec AADNC, un protocole de communication, intitulé *Travaillons ensemble sur les préparatifs relatifs à la grippe H1N1*, avec AADNC et l'Assemblée des Premières Nations).

Selon des informateurs clés, par suite de ces activités, entre autres, des progrès considérables ont été enregistrés en vue de faciliter la collaboration, la coordination et l'intégration entre la DGSPNI et d'autres intervenants nationaux, plus particulièrement l'Agence de la santé publique du Canada, AADNC, les Instituts de recherche en santé du Canada et des organismes nationaux, y compris l'Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami et le Réseau canadien autochtone du sida. Des informateurs clés ont mentionné que diverses activités avaient été entreprises en vue de faciliter la collaboration, la coordination et l'établissement de partenariats, lesquelles avaient nettement permis d'améliorer les politiques liées au CPCMT et l'exécution des programmes destinés aux collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, notamment :

- **Accès accru aux données.** Nonobstant les défis permanents associés à l'utilisation et au partage de l'information obtenue par l'entremise de l'Agence de la santé publique du Canada, la signature du protocole d'entente entre l'Agence de la santé publique du Canada et la DGSPNI relativement à la mise en commun de l'information a représenté une étape importante vers une meilleure visibilité des résultats sur la santé au sein des Premières Nations parmi les données colligées par l'Agence et, en dernier ressort, par les administrations provinciales. L'Agence de la Santé publique du Canada a travaillé avec des partenaires provinciaux afin d'améliorer l'accès aux données et la mise en commun de celles-ci.
- **Clarification des rôles et des responsabilités.** La signature d'un protocole d'entente entre Santé Canada et AADNC a permis de clarifier les rôles et les responsabilités des services et d'améliorer la coordination des activités d'intervention en cas de pandémie dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. En précisant davantage les rôles et les responsabilités, on évite le chevauchement et le recoupement des tâches entre les intervenants nationaux.
- **Meilleure capacité de réaction en cas de pandémie.** Une étroite collaboration entre Santé Canada et des organismes inuits et des Premières Nations, tels que l'Assemblée des Premières Nations et Inuit Tapiriit Kanatami, a permis d'intervenir lors de l'éclosion de la grippe H1N1. Des représentants de Santé Canada ont déclaré que, grâce à une collaboration accrue d'AADNC, on a pu établir des relations de travail plus serrées entre les deux services pour ce qui est de la préparation d'urgence au sein des collectivités; une communication et une collaboration accrues avec l'Assemblée des Premières Nations ont mené à une plus grande intégration et à une réaction plus efficace en cas de situations d'urgence liées à la santé dans les collectivités.

Malgré certains progrès, des représentants de programme de Santé Canada estiment qu'il faut poursuivre la coordination et la collaboration avec les partenaires et préciser davantage les rôles pour ce qui est des données de surveillance. Par exemple, il faudrait renforcer le rôle et le leadership de l'Unité de la surveillance, politique en matière d'information sur la santé et

coordination²⁵ relativement à l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance, colliger et analyser des données de surveillance et mieux définir les rôles du bureau national et des bureaux régionaux.

Mobilisation des partenaires provinciaux

À l'échelle régionale, on constate une collaboration et une mobilisation accrues de la DGSPNI avec des partenaires provinciaux. Dans la plupart des régions, cela s'est traduit par une exécution des programmes plus efficace et mieux intégrée.

Selon la revue de la littérature et l'examen de la documentation, chaque administration provinciale a exécuté un programme des maladies transmissibles comportant des activités liées à la surveillance, à la PCI, à la planification en cas de pandémie, au partage d'information et à la sensibilisation des résidents, dans une certaine mesure. Outre les administrations provinciales et les autorités sanitaires régionales ou de district, de nombreux intervenants participaient à la promotion de la santé et à la prestation de services de soins de santé dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves et hors de celles-ci, y compris des conseils tribaux, des associations régionales des Premières Nations, des agences vouées à la gestion des urgences et des organismes responsables de programmes et de soutien en lien avec le VIH/sida.

Selon l'examen des documents, au cours des cinq dernières années et plus particulièrement des deux dernières années, chaque région de la DGSPNI a établi un grand nombre d'accords de contribution officiels, de protocoles d'entente, de partenariats de collaboration officiels et officieux, de groupes de travail et de comités dans le but d'accroître la collaboration et de mieux intégrer l'exécution des programmes et la prestation des services. Suivant les rapports des systèmes de mesure du rendement, presque toutes les stratégies de collaboration mises en œuvre par les régions de la DGSPNI faisaient appel à la mobilisation de partenaires provinciaux afin de concevoir des activités éducatives communes, d'élaborer de nouvelles politiques et de faciliter l'échange de données. Par exemple :

- **Tuberculose.** Le bureau régional de la DGSPNI au Manitoba a collaboré avec l'administration provinciale et d'autres intervenants afin d'élaborer la stratégie manitobaine en lien avec la TB, trois bureaux régionaux ont conclu avec des administrations provinciales des protocoles d'entente liés à la TB et, dans cinq régions, on a repéré environ 30 groupes de travail voués à la TB.
- **MEV et immunisation.** Dans quatre régions, on a repéré des alliances stratégiques avec d'autres organismes, comme des établissements d'enseignement, des conseils tribaux, des associations et des organismes voués à la santé et au mieux-être. En 2011-2012 et en 2012-2013, on a déclaré, dans certaines régions, être membres de plus de 20 comités et groupes de travail régionaux.

²⁵ L'Unité de la surveillance, des politiques en matière d'information sur la santé et de la coordination est responsable des travaux de recherche en santé menés ainsi que de la collecte, de l'analyse et de la diffusion des données sur la santé dans les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves.

- **ITSS et VIH/sida.** Dans toutes les régions, on a confirmé l'existence d'accords de collaboration officiels en vue d'échanger des données, d'intégrer l'exécution de programmes et la prestation de services et d'élaborer des alliances stratégiques avec d'autres organismes à l'échelle régionale. Par exemple, on a fait état dans toutes les régions de l'Alberta, de la Saskatchewan et de l'Atlantique d'accords de collaboration officiels avec des organismes autochtones de services liés au sida, et dans les régions de l'Atlantique, de l'Ontario et du Québec, on a déclaré des accords de collaboration officiels avec des organisations provinciales et territoriales des Premières Nations.
- **UMT.** En 2010-2011, on a déclaré, dans 5 régions, avoir conclu 262 accords de contribution avec les collectivités respectives et avoir établi plus de 90 liens et comités comprenant du personnel à l'échelle régionale, provinciale et nationale chargé de la préparation et de la réponse lors de situations d'urgence et au programme de lutte contre la pandémie d'influenza. En 2011-2012, on a fait état dans trois régions d'une lettre d'entente interministérielle officielle en lien avec les UMT et de protocoles d'entente avec d'autres administrations fédérales ou provinciales, tandis que dans cinq régions, on mentionnait l'existence d'au moins un groupe de travail ou d'un comité voué aux UMT.
- **Prévention et contrôle des infections.** Dans toutes les régions, on a déclaré participer à des groupes de travail clés en lien avec la PCI de même qu'à d'autres comités et réseaux. Entre autres exemples : l'Équipe régionale permanente de prévention et de contrôle des infections, qui s'est réunie au moins 8 fois chaque année pour diriger les activités liées à la PCI; le Groupe de travail régional sur la prévention et le contrôle des infections, représenté dans l'ensemble de la DGSPNI qui s'est réuni au moins quatre fois chaque année; le groupe consultatif technique sur la prévention des infections, un groupe provincial qui formulait des conseils, élaborait et révisait des lignes directrices; le Groupe de travail sur la protection respiratoire; le comité régional de mesures et d'interventions d'urgence; le comité directeur de la PCI mis sur pied en 2009 pour élaborer des pratiques liées à la PCI et le sous-groupe de travail des UMT.

La plupart des représentants régionaux ont mentionné des progrès considérables en vue de faciliter la collaboration et le réseautage entre la DGSPNI et d'autres intervenants, plus particulièrement des partenaires provinciaux. Ils ont souligné que l'harmonisation avec les autorités sanitaires régionales et les structures, les politiques et les priorités provinciales était importante pour renforcer les services de santé (p. ex. accroître l'accès aux données et leur utilisation, améliorer l'uniformité et la capacité à répondre des services de santé et intégrer les programmes). La désignation provinciale d'un médecin-conseil en santé publique dans certaines régions a conféré plus de pouvoir lorsqu'il est question de reddition de comptes, de surveillance et d'exécution, le cas échéant, et une meilleure collaboration avec la province.

Selon l'examen des documents et les entrevues menées, une coordination et une intégration accrues des partenaires ont permis d'étendre la portée vers des populations cibles clés (p. ex. des personnes avec des problèmes de santé mentale et des accoutumances, des personnes souffrant de comorbidité et les jeunes), d'améliorer l'accès aux tests de dépistage, aux traitements et aux services de consultation en lien avec le VIH/sida et d'adopter une approche plus intégrée ou globale à l'égard de la prestation des services de santé. Par exemple, en Ontario, les efforts de partenariat ont donné lieu à de meilleures possibilités de soutenir l'uniformisation des tests de dépistage du VIH/sida et des pratiques connexes en matière de consultation. On a mentionné

qu'un plus grand partage d'information et une intégration accrue de partenaires provinciaux étaient particulièrement importants pour garantir des services uniformisés aux personnes qui recevaient des services dans les réserves et hors de celles-ci.

La quantité d'efforts déployés à collaborer avec d'autres organismes afin d'assurer des interventions mieux coordonnées et plus intégrées variait selon les programmes. Les coordonnateurs régionaux ont classé la plupart des initiatives liées à la TB, aux MEV et immunisation et aux MUMT, aux ITSS et au VIH/sida dans les catégories « dans une certaine mesure » jusque « dans une grande mesure ». Ils ont souligné que la collaboration dans le dossier des ITSS et du VIH/sida repose sur un effort soutenu et qu'il faut travailler plus fort pour échanger davantage d'information et réduire la stigmatisation.

Ces efforts de collaboration ont aussi aidé à préciser les rôles et les responsabilités en plus de réduire le chevauchement et le recoupement des programmes et des services. La majorité des représentants régionaux se sont entendus pour dire que les programmes de CPCMT de la DGSPNI étaient bien coordonnés avec d'autres programmes régionaux et qu'ils leur étaient complémentaires, suggérant que les relations entre les administrations fédérales et provinciales étaient claires, que des efforts accrus étaient déployés afin de mieux intégrer les programmes de CPCMT de la DGSPNI dans les programmes provinciaux.

Mobilisation des dirigeants communautaires

Les programmes de CPCMT ont connu un certain succès pour ce qui est de la mobilisation des dirigeants communautaires autour d'activités liées aux programmes. La mobilisation des dirigeants communautaires a été plus ardue à cause des fréquents changements de dirigeants, des priorités conflictuelles, du roulement élevé au sein du personnel infirmier dans certaines collectivités, du climat politique et des récentes restrictions imposées sur les déplacements depuis 2013-2014.

Environ la moitié des représentants régionaux s'entendaient pour dire que les programmes de CPCMT ont permis de mobiliser des dirigeants communautaires autour de problèmes liés aux maladies transmissibles. D'autres ont mentionné que la mobilisation des dirigeants communautaires variait grandement d'une collectivité et d'un programme à l'autre. En général, les coordonnateurs régionaux avaient l'impression que leurs programmes respectifs avaient quelque peu de succès pour ce qui est de mobiliser les dirigeants communautaires et de collaborer et de créer des réseaux avec d'autres organismes à l'échelle locale, mais ils ont souligné que l'ampleur de la mobilisation dépendait des aptitudes et de la capacité du personnel en santé communautaire à travailler directement avec des dirigeants afin d'établir de bonnes relations professionnelles. Des représentants régionaux de la DGSPNI se sont engagés auprès de dirigeants communautaires lors de rencontres personnelles, de conférences, d'ateliers, d'appels téléphoniques et par écrit et ils ont participé à des groupes de travail, à des comités et à des consultations avec des dirigeants communautaires.

Les récentes restrictions liées aux déplacements et imposées depuis 2013-2014 ont nui, plus particulièrement au sein des collectivités qui ne jouissent pas d'un bon accès à la technologie ou à Internet, à la capacité d'établir, dans les régions, la communication, la collaboration et la

mobilisation des dirigeants communautaires. Mentionnons comme autres défis, les priorités conflictuelles parmi les dirigeants communautaires, les ressources et le financement limités (y compris la prévalence du temps partiel chez le personnel en santé communautaire), le taux de roulement élevé, la compréhension limitée, chez les dirigeants, des maladies transmissibles et de leur impact sur la santé publique et les changements survenus parmi les dirigeants communautaires.

Les perceptions des représentants en santé communautaire pour ce qui est de la mobilisation des dirigeants autour des programmes de CPCMT variaient selon les régions. Les personnes qui avaient l'impression que les programmes étaient moins fructueux pensaient qu'il fallait plus de temps et de ressources pour créer des liens, informer les dirigeants communautaires de l'importance des programmes de CPCMT et les mobiliser lors de réunions et de discussions officielles et officieuses autour de la conception et de l'exécution des programmes de santé dans leur ensemble.

Selon des représentants régionaux, la DGSPNI devrait adopter une approche plus globale en lien avec les soins de santé. Pour ce faire, il faudrait mobiliser les dirigeants dès le début des processus de planification et de mise en œuvre concernant de multiples problèmes de santé à la fois, les informer davantage et leur offrir plus de formations et de ressources afin de faciliter leur participation. Plus particulièrement, on a demandé de renforcer les capacités des aînés des Premières Nations en lien avec les ITSS et le VIH/sida dans les collectivités aux prises avec des problèmes de stigmatisation de taille.

4.4.2 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires ont-ils été atteints?

Résultat intermédiaire n° 1 : Utilisation et adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles

Les programmes de CPCMT ont contribué à accroître l'adoption de mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles par la mise en œuvre de diverses stratégies de prévention et de contrôle des maladies, qui ont permis d'améliorer les connaissances et les compétences du personnel et ainsi d'améliorer la prestation des soins de santé dans les collectivités des Premières Nations.

Mesures de prévention et traitement

Les programmes de CPCMT ont contribué aux importantes mesures de prévention et aux traitements en lien avec des maladies transmissibles ciblées par la DGSPNI.

Parmi les facteurs qui ont influé sur l'ampleur des mesures personnelles et publiques prises pour prévenir et contrôler les maladies transmissibles, mentionnons la possession des connaissances sur les mesures préventives et la sensibilisation à leur égard (p. ex. l'importance de l'immunisation), l'accès aux tests de dépistage et aux traitements et la réduction de la stigmatisation. Les conclusions de l'évaluation pour ce qui est de l'utilisation et de l'adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles étaient fondées en

partie sur le succès des programmes à s'attaquer aux facteurs mentionnés ci-dessus, ainsi que sur les données disponibles (bien que limitées) et sur les perspectives des personnes interrogées. Certains des renseignements présentés ci-après servent de substitut pour illustrer la contribution des programmes dans le cadre des mesures de prévention et de contrôle accrues et ils devraient être interprétés avec prudence.

- Les données colligées grâce aux modèles de mesure du rendement de la DGSPNI permettent d'avancer que les taux de couverture vaccinale sont demeurés relativement stables dans la plupart des régions et que certains vaccins ont connu une hausse ces dernières années. Par exemple, le taux de vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) chez les enfants vivant dans des collectivités dans les réserves est demeuré élevé et, dans certains cas, a augmenté et était similaire pour d'autres maladies ciblées par le CPCMT²⁶.
- Bien que les données présentées ci-dessus aient indiqué une acceptation relative des taux de vaccination pour des vaccins donnés dans certaines régions, on a constaté que les données de surveillance de l'immunisation étaient limitées et que, par conséquent, il était impossible de fournir une étude exhaustive des taux de couverture dans des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves. Parmi les limites, mentionnons la variabilité des calendriers d'immunisation d'une région et d'une province à l'autre, l'absence d'une stratégie d'immunisation nationale, le fait que la proportion des collectivités qui fournissent aux bureaux régionaux des données sur le taux de couverture vaccinale varie selon les années et les différences dans la collecte des données sur l'immunisation et les mécanismes de déclaration parmi les régions de la DGSPNI.
- Puisque certains membres des Premières Nations vivant dans les réserves peuvent recevoir leurs vaccins hors de celles-ci, le taux de couverture déclaré par la DGSPNI peut être sous-évalué. Des représentants en santé communautaire et des coordonnateurs régionaux signalent des améliorations quant aux taux de couverture vaccinale grâce aux efforts déployés par l'entremise des programmes. Cependant, selon des coordonnateurs régionaux, les améliorations sont inégales et ne s'appliquent pas de manière systématique à toutes les collectivités et régions. Une capacité communautaire et des ressources limitées (c.-à-d. la capacité à gérer l'exécution des programmes de CPCMT), des priorités conflictuelles au sein des collectivités, le manque de personnel ou le roulement élevé du personnel infirmier en santé communautaire, une collecte et un suivi des données inadéquats et des mythes et des préjugés persistants contre les vaccins figurent parmi les facteurs nuisant à l'acceptation de la vaccination.

²⁶ La couverture du vaccin ROR chez les enfants de deux ans des collectivités vivant dans les réserves de l'Alberta ayant soumis des rapports est demeurée à près de 80 % ou plus au cours des cinq années, tandis que les taux des quatre autres régions (Saskatchewan, Manitoba, Québec, Atlantique)²⁶ semblent avoir diminué en 2011 et en 2012 lorsqu'on les compare aux taux déclarés en 2008. Hormis l'Alberta, lorsque les taux de couverture pour le DCat -VPTI-Hib (diphtérie, tétanos, acellulaire contre la coqueluche, contre la poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b) chez les enfants d'un et de deux ans semblent avoir quelque peu diminué, la plupart des autres régions ont déclaré une hausse constante des taux pour ces vaccins. Le taux de couverture du vaccin antiméningite de type C chez les enfants de deux ans en 2011 était supérieur à la moyenne nationale dans quatre des cinq régions (selon le rapport de l'Agence de la santé publique du Canada)²⁶. L'estimation du taux de couverture national en 2011 se situait autour de 80 %; une région de la DGSPNI a déclaré une couverture de 78,2 %, deux ont fait état de taux supérieurs à 80 % et deux régions ont déclaré des taux de plus de 90 %. Par ailleurs, trois des quatre régions ont mentionné des taux de vaccination antipneumococcique conjuguée chez les enfants de deux ans supérieurs (plus de 80 %) à la moyenne nationale estimative (moins de 80 %).

- Les taux de traitement de cas de TB progressive dans les collectivités vivant dans les réserves (2009 et 2010) étaient similaires aux taux de traitement de la TB dans l'ensemble du Canada. Selon des rapports de prédiffusion de l'Agence de la santé publique du Canada, le traitement de 86,3 % des cas déclarés de TB progressive a pris fin en 2009 (dans 13,7 % des cas, une culture négative indiquait une guérison à la fin du traitement) et le traitement de 90,5 % des cas déclarés de TB progressive a pris fin en 2010, dont 39,6 % se sont conclus par une culture négative (les données englobent la Colombie-Britannique). Les taux étaient comparables au nombre total de cas de TB au Canada pour lesquels on avait accès aux conclusions du traitement (suivant un certain point de pourcentage) en 2009, et des résultats améliorés ont été déclarés pour les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves en 2010²⁷.
- L'infection tuberculeuse latente (ITL) était un important facteur pour ce qui est de la gestion et du contrôle de la TB, en raison de son potentiel à devenir une maladie évolutive. Durant la période visée par la présente évaluation, la plupart des régions ont entrepris des programmes de dépistage renforcés afin de détecter tôt les cas d'ITL chez les enfants et de pouvoir les gérer. L'intensité des programmes de dépistage ciblés ou renforcés variait selon l'épidémiologie locale de la TB.
- Des coordonnateurs régionaux et des représentants en santé communautaire ont déclaré que le programme de TB a été fructueux, de sorte que l'on a pu détecter et diagnostiquer des infections tuberculeuses parmi les personnes exposées et prodiguer un traitement aux patients souffrant de TB progressive. Le programme utilisé était axé sur les tests de dépistage, la sensibilisation et les traitements dans les collectivités affichant des taux d'incidence de TB élevés et l'interrogation de contacts afin de repérer de nouveaux cas possibles. Parmi les efforts déployés afin de traiter des cas de TB progressive, mentionnons les services individualisés prodigués par des représentants en soins de santé ou le traitement sous observation directe et le renforcement des compétences et des capacités du personnel en soins de santé afin de détecter les maladies plus tôt. Le peu de formations offertes au personnel jumelé à un roulement élevé du personnel et à une piètre compréhension de la TB dans certaines collectivités figurait parmi les facteurs ayant nui aux progrès.
- Selon l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations, la moitié de tous les adultes membres des Premières Nations qui sont sexuellement actifs a déclaré avoir subi un test de dépistage d'infections transmissibles sexuellement (ITS) et 41 % ont subi un test de dépistage pour le VIH/sida. Les femmes étaient moins susceptibles que les hommes à se soumettre à ces tests (58 % contre 44 % dans le cas des ITS et 50 % contre 33 % pour le VIH). L'enquête révélait qu'environ un cinquième des adultes des Premières Nations qui avaient mentionné être sexuellement actifs a déclaré « toujours » utiliser un condom. La raison la plus souvent invoquée pour ne pas (toujours) utiliser un condom était un partenaire régulier (60 %)²⁸. Selon les rapports des MRC, la plupart des collectivités ont déclaré avoir accès aux tests de dépistage du VIH (84 % en 2011-2012 et 85 % en 2012-2013) et une

²⁷ Selon l'ASPC, en 2010, 89 % de tous les cas de TB au Canada pour lesquels on dispose de résultats de traitement étaient considérés comme guéris ou avaient terminé le traitement (72 % affichaient une guérison, appuyée d'une culture négative).

²⁸ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010 : rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*. Ottawa, page 109.

majorité d'entre elles ont mentionné avoir accès à des traitements contre le VIH (66 % en 2011 et 58 % en 2012-2013) dans la réserve ou près de celle-ci.

- Des coordonnateurs régionaux et des représentants en santé communautaire étaient d'avis que le programme des ITSS et du VIH/sida avait enregistré certains progrès permettant d'accroître l'accès aux tests de dépistage du VIH et de mieux informer les personnes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH. L'accès aux tests de dépistage du VIH s'est amélioré grâce à des moyens de transport dans des collectivités éloignées, au recrutement de personnel infirmier ou de médecins spécialisés en santé en matière de sexualité, à l'érection sur place d'installations pour effectuer les tests et des systèmes de recommandation reliant l'équipe de santé familiale locale et les spécialistes.
- On a rehaussé, pour les personnes vulnérables et celles vivant avec le VIH, l'accès à de l'information au moyen de partenariats avec des programmes provinciaux, des collectivités et des organismes communautaires qui fournissaient des services similaires et on s'est concentrés sur la prévalence du VIH/sida dans les populations des Premières Nations. Entre autres facteurs retenus comme étant nuisibles aux progrès futurs, il y a la stigmatisation et les questions de confidentialité, les ressources humaines et financières limitées, la formation insuffisante des représentants en santé dans les collectivités et le fait que certaines collectivités ne reconnaissent pas le fait que le VIH/sida est un enjeu important pour les membres de leur collectivité.

Stratégies visant une adoption accrue

On a misé sur diverses stratégies pour accroître l'adoption de mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles, comme la collaboration avec des partenaires provinciaux et locaux, l'accès facilité aux données de surveillance et la mise en œuvre d'approches propres aux programmes, telles que les tests de dépistage de la TB ciblés, une confidentialité accrue des tests de dépistage pour les ITSS et le VIH et l'utilisation de mesures efficaces pour faire augmenter le taux d'immunisation.

Des représentants en santé communautaire ont eu recours à une gamme de techniques et de stratégies afin d'accroître l'adoption de mesures de prévention et de contrôle des maladies transmissibles. L'examen des documents et les commentaires recueillis auprès des représentants en santé communautaire régionaux laissent entendre que certaines stratégies sont importantes pour tous les programmes. Par exemple, en travaillant avec des partenaires provinciaux et locaux, on transmet des messages cohérents et on rejoint les groupes ciblés les plus vulnérables. L'accès accru aux données de surveillance a permis à l'équipe des programmes de mieux comprendre les tendances liées à l'adoption de mesures de prévention, à la détermination des besoins et à l'élaboration de réponses ciblées. L'adoption a aussi contribué à sensibiliser davantage les personnes par l'entremise des médias locaux (télévision, radio locale) et d'autres moyens qui sont adaptés aux différences culturelles et appropriés aux groupes d'âge ciblés. Par exemple, les activités communautaires étaient appropriées pour sensibiliser les aînés, les ateliers en personne étaient efficaces pour sensibiliser davantage la collectivité, et l'exécution des programmes, les présentations dans les écoles et l'utilisation des médias sociaux étaient plus productives auprès des jeunes.

De plus, diverses stratégies propres aux programmes ont été mises en œuvre de façon efficace, notamment :

- Des stratégies qui ont fait grimper le taux d'immunisation, y compris celles reposant sur les représentants en santé communautaire qui ont tissé des liens étroits avec des parents en période prénatale ou postnatale. Des représentants en santé communautaire ont misé sur des mesures incitatives et des rappels de rendez-vous, comme des calendriers et des tasses arborant le calendrier d'immunisation provincial.
- Parmi les stratégies qui ont fait augmenter le nombre de tests de dépistage et le soutien en lien avec les ITSS et le VIH/sida, mentionnons la confidentialité accrue des tests et des traitements prodigués dans les réserves, les activités de sensibilisation mises en œuvre pour réduire la stigmatisation et l'instauration de stratégies de réduction des dommages qui ciblaient des groupes à risque élevé. Des représentants régionaux ont souligné que les efforts déployés afin d'accroître les tests de dépistage chez les personnes visées par le VIH/sida et le soutien connexe étaient axés sur la formation du personnel infirmier en santé communautaire dans le but de l'encourager à effectuer des tests de dépistage parmi les populations vulnérables, de familiariser le personnel avec le déroulement des tests et de formuler des conseils avant et après les tests. On a cité d'autres facteurs, notamment l'érection d'installations sur place pour effectuer des tests, l'embauche de personnel infirmier ou de médecins spécialisés en santé en matière de sexualité, la création d'un système de recommandation communautaire afin d'accroître l'accès aux divers spécialistes et la fourniture de moyens de transport vers les installations où l'on effectue les tests de dépistage dans les collectivités touchées par des problèmes d'accès et de confidentialité.
- Des stratégies permettant d'augmenter le nombre de traitements de la TB grâce à une sensibilisation ciblée qui ont été mises en œuvre et à l'essai auprès des groupes à risque élevé. Parmi les stratégies employées, citons l'éducation personnalisée et la formulation de conseils, le recrutement et la formation d'employés et de travailleurs en santé communautaire en vue du traitement sous observation directe et les tests de dépistage de la TB obligatoires auprès des clients qui sont admis dans un centre de traitement.

Résultat intermédiaire n° 2 : Renforcement des capacités des collectivités à planifier et à gérer les programmes.

Certaines données révèlent que les capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT ont commencé à se développer, malgré des difficultés dans les collectivités au chapitre, entre autres, de la gouvernance, de la reddition de comptes et des ressources humaines. Les informateurs clés estimaient que le renforcement des capacités communautaires était essentiel à la réussite du transfert futur aux collectivités du contrôle et de la prise en charge des maladies transmissibles.

Importance du renforcement des capacités des collectivités

Le renforcement des capacités du personnel en santé communautaire et des collectivités dans leur ensemble est essentiel au succès et à la continuité des services, tout comme le déploiement soutenu d'efforts visant à mobiliser davantage les collectivités et à gérer les programmes de CPCMT.

Les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves ont reçu du financement par l'entremise d'accords de contribution conférant divers degrés de responsabilité et de programmes et services variés en fonction de leur capacité et de leur désir d'en assurer le contrôle. Santé Canada a participé aux négociations, dirigées par AADNC, afin de transférer des services de santé aux administrations des Premières Nations dans toutes les régions. Afin de soutenir ces efforts et de transférer les services de santé aux collectivités des Premières Nations, il était essentiel que la DGSPNI fournisse un soutien continu afin de renforcer les capacités et de soutenir les collectivités de sorte qu'elles planifient, gèrent et encadrent les programmes de CPCMT. Certains employés des bureaux régionaux ont mentionné que l'impact et le succès des programmes de CPCMT dépendent, en dernier ressort, du personnel en santé communautaire qui offre les services, établit des relations de confiance et des partenariats productifs, fournit du soutien et communique l'importance de prévenir les maladies transmissibles.

Stratégies visant à renforcer les capacités communautaires

Les stratégies employées pour renforcer les capacités communautaires à planifier et à gérer (c.-à-d. exécuter) les programmes de CPCMT dépendaient du type de l'accord signé entre la collectivité et la DGSPNI, mais, généralement, elles renfermaient du soutien afin d'élaborer des plans en matière de santé communautaire, de susciter une mobilisation continue et d'encourager la tenue d'activités d'éducation du public.

Le renforcement des capacités communautaires dans le contexte des programmes de CPCMT consiste à aider les collectivités à déterminer leurs besoins au moyen de données de surveillance, à planifier et à organiser les services (y compris la planification à court et à long terme des ressources financières et humaines) et à maintenir ou à améliorer la qualité des services grâce à la formation pertinente des membres du personnel et à la mise en œuvre des politiques fondées sur des données probantes, des normes, des lignes directrices, etc.

On a établi les exigences en matière de planification dans le cadre de financement des contributions de la DGSPNI, ce qui voulait dire que le modèle de financement dépend des capacités et de la volonté de la collectivité à assumer les responsabilités liées à la planification des programmes. Par exemple, dans le modèle de financement établi, la DGSPNI a conçu des programmes et le bénéficiaire utilisait un plan pluriannuel fourni par la DGSPNI pour fournir et gérer les services. En se fondant sur le modèle de financement souple, le bénéficiaire a dressé un plan de travail pluriannuel qui comprenait une gestion de la santé structurée. Les ententes étant orientées sur les collectivités, les bénéficiaires doivent dresser un plan en matière de santé qui renferme une gestion de la santé structurée. Des employés des bureaux régionaux de la DGSPNI aidaient les collectivités à dresser les plans, dans lesquels on définit les priorités, les objectifs, les activités et d'autres programmes et services clés.

Selon des représentants régionaux, dans les collectivités où les services étaient gérés et offerts par la DGSPNI, les représentants régionaux de la DGSPNI travaillaient directement avec, entre autres, du personnel infirmier en santé communautaire et des directeurs du domaine de la santé afin de dresser des plans, d'établir des priorités et de discuter des stratégies. Dans les collectivités où la gestion des programmes avait été transférée au conseil tribal, la DGSPNI aidait à la préparation des plans, prêtait main-forte aux collectivités afin de rédiger des propositions visant à financer des projets en santé, formulait des conseils et fournissait de l'information et des connaissances, des documents, des ressources, des manuels et des outils. Avant 2013-2014, le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI élaborait et présentait des plans de travail régionaux déterminant des ressources, des priorités et des stratégies aux fins de collaboration, d'éducation, de collecte de données et de l'évaluation des programmes et du renforcement de la capacité. Même si l'on a mis fin à la préparation des plans de travail régionaux, on demandait toujours aux bureaux régionaux de fournir des plans opérationnels détaillés.

Des représentants régionaux de la DGSPNI ont indiqué que l'on renforçait les capacités comme suit :

- **Organiser des conférences et des colloques à l'échelle régionale et communautaire et portant sur divers aspects du CPCMT et y assister** (p. ex. conférences pour le personnel infirmier, colloque intégré sur la TB et le VIH, conférence destinée aux travailleurs prodiguant des traitements sous observation directe, conférence sur la santé sexuelle, Conférence canadienne nationale sur l'immunisation, etc.). Des représentants dans certaines régions ont indiqué que ces activités ont diminué ou ont été annulées à cause des récentes (débutant en 2013-2014) restrictions liées au déplacement.
- **Présenter des formations, des ateliers et des téléconférences** afin d'aider les collectivités à planifier les programmes et à se préparer en cas d'urgence (p.ex., ateliers sur la formation liée aux éclosions dans les Premières Nations, formation sur les UMT et planification en cas d'urgence).
- **Prodiguer un soutien un à un en participant à des réunions et à des activités communautaires.** La tenue de réunions en personne était un moyen particulièrement important pour mobiliser les dirigeants communautaires et les autres intervenants (p. ex. autorités sanitaires régionales, les bandes et les organismes autochtones, etc.), ainsi que dans les collectivités où l'accès à la technologie est limité. On a eu recours aux réunions pour diverses raisons, comme accroître les capacités afin de dépister la TB et le VIH, faire de l'éducation du public (p. ex. réduire la stigmatisation), promouvoir la sensibilisation aux pandémies et autres projets (p. ex. en Saskatchewan, le projet de gestion serrée a été mené afin d'analyser et de réduire le gaspillage de vaccins).
- **Aider à utiliser les données de surveillance afin de planifier et de gérer les programmes.** Les capacités à colliger des rapports et à utiliser des données aux fins de planification et de gestion variaient considérablement d'une collectivité à une autre.
- **Élaborer et distribuer des manuels, des outils et des ressources.** Dans de nombreuses régions, on a élaboré et distribué des lignes directrices relatives à la planification et à la préparation, ainsi que des guides, des scénarios, des ressources et des modèles. Par exemple,

dans la région de l'Atlantique, on a contribué à l'élaboration de politiques et de procédures encadrant la pratique de l'immunisation et l'exécution des programmes. Dans la région de l'Ontario, on a élaboré une reliure sur le protocole lié à l'immunisation que l'on a distribué dans les collectivités. Dans certaines régions, on a travaillé avec d'autres directions générales de Santé Canada (p. ex. hygiénistes du milieu) et adapté leurs plans afin d'épauler des collectivités des Premières Nations.

Comme ce fut le cas pour renforcer les capacités du personnel infirmier en santé communautaire, les approches employées par les bureaux régionaux pour évaluer les besoins des collectivités, définir les services et dresser des plans et des stratégies en matière de santé variaient d'une région et d'un programme à l'autre. Par exemple, selon le personnel des bureaux régionaux, en Alberta, on a plus souvent repéré les besoins des collectivités lors de vidéocommunications et de conversations téléphoniques régulières avec du personnel infirmier en santé communautaire et des travailleurs de la santé et dans le cadre d'initiatives conjointes; au Manitoba, on a cerné les besoins lors de visites sur les lieux, dans les collectivités, et en travaillant avec du personnel en santé communautaire afin de dresser des plans en matière de santé (plus particulièrement auprès des collectivités ayant conclu une entente de transfert). Outre ces stratégies, dans le Canada atlantique, par exemple, on a aidé le personnel infirmier en santé communautaire à répondre aux demandes de propositions en lien avec le contrôle des maladies transmissibles. En Ontario, on a fréquemment utilisé des analyses de la conjoncture et des vérifications connexes pour repérer les besoins.

Dans certaines régions (p. ex. Saskatchewan), le bureau régional n'était pas doté des ressources humaines nécessaires pour mener des analyses systémiques des besoins et élaborer des stratégies. La détermination des besoins variait également selon les secteurs des programmes de CPCMT. Par exemple, on a déterminé et communiqué les besoins liés au Programme de MUMT par l'entremise d'un processus de demandes de propositions entrepris par les collectivités; quant aux MEV, à l'immunisation et aux programmes de ITSS et de VIH/sida, ils reposaient plus souvent sur le rendement et sur les données de surveillance, là où elles étaient disponibles, et le programme pour contrer la TB a été enrichi de commentaires provenant de nombreux groupes de travail et intervenants.

Progrès en vue de renforcer les capacités communautaires

On a enregistré des progrès pour ce qui est de renforcer les capacités communautaires aux fins de planification et de préparation des MUMT. La capacité de la DGSPNI à déterminer la qualité, l'exhaustivité et la rigueur des plans, ainsi que la mesure dans laquelle ceux-ci font l'objet d'un examen régulier, était limitée.

Selon les rapports des MRC, 89 % des collectivités en 2011-2012 et 92 % des collectivités en 2012-2013 ont déclaré avoir un plan de lutte contre les pandémies. La DGSPNI a établi une étroite collaboration avec AADNC afin de fournir le soutien et les lignes directrices nécessaires à la plupart des collectivités pour dresser des plans de MUMT dans le cadre de leur planification des urgences tous risques. Des représentants en santé communautaire ont mentionné tenir des réunions régulières et collaborer avec des dirigeants communautaires et d'autres intervenants, comme les autorités sanitaires régionales, les bandes et les organismes autochtones (p. ex.

Assemblée des Premières Nations), afin de dresser les plans. Dans le but de faciliter l'élaboration des plans, la plupart des bureaux régionaux de la DGSPNI ont embauché des coordonnateurs de MUMT, qui travaillaient directement auprès des collectivités, fournissaient les outils et les modèles nécessaires et donnaient des ateliers, des formations et des téléconférences à l'intention du personnel infirmier en santé communautaire et des dirigeants. La DGSPNI a mis à l'essai un outil d'évaluation servant à revoir l'état de préparation des collectivités des Premières Nations à l'égard des MUMT. Cependant, il a été difficile de déterminer la qualité, l'exhaustivité et la rigueur de tous les plans de MUMT parce que les collectivités ayant conclu une entente de transfert des services de santé²⁹ n'étaient pas tenues de remettre à la DGSPNI leurs plans de lutte contre les pandémies.

De plus, les collectivités devaient mettre leurs plans à l'essai régulièrement. Certaines collectivités mettent leurs plans à l'essai au moyen de leur mécanisme d'intervention en cas d'urgence tandis que d'autres ont recours à des scénarios simulant une situation d'urgence, à des exercices sur table et à des réunions avec des intervenants et des dirigeants communautaires. Les collectivités les plus touchées par des catastrophes naturelles étaient plus susceptibles d'intégrer leurs plans de MUMT dans la planification des urgences tous risques et de les vérifier lors de véritables situations d'urgence. Selon les MRC, la majorité des collectivités qui ont déclaré avoir une planification des urgences tous risques ont intégré leur plan de lutte contre les pandémies dans leur plan de gestion des urgences (plus de 70 %). Cependant, les régions n'étaient pas toutes dotées³⁰ d'une planification des urgences tous risques. Ce faisant, il était plus difficile pour la DGSPNI de mobiliser les collectivités et de les amener à mettre à l'essai leurs plans sur les maladies transmissibles.

Il a été plus difficile de déterminer la fréquence à laquelle les collectivités mettent leurs plans à l'essai. Par exemple, 77 % des collectivités en 2011-2012 et 66 % des collectivités en 2012-2013 ont mentionné de façon volontaire que leurs plans de lutte contre les pandémies avaient fait l'objet d'un essai. Toutefois, dans les rapports de MRC fournis par les collectivités qui ont déclaré avoir dressé des plans de MUMT, seulement 27 % en 2011-2012 et 24 % en 2012-2013 ont déclaré avoir mis le plan à l'essai en faisant participer les intervenants appropriés. Parmi les représentants en santé communautaire interrogés, 55 % ont répondu qu'ils avaient récemment mis leur plan à l'essai ou qu'ils avaient régulièrement mis leurs plans de MUMT à l'essai, 30 % ont indiqué que leurs plans étaient mis à l'essai durant de véritables situations d'urgence (p. ex. la pandémie de grippe H1N1 en 2009), mais qu'ils n'avaient fait l'objet d'aucun test ces dernières années et 7 % ont mentionné qu'ils n'avaient jamais mis leur plan de MUMT à l'essai.

²⁹ On n'a pas pu confirmer le nombre total d'ententes de transfert dans chaque région, toutefois, l'Alberta en a dénombré 5, la Saskatchewan 47, l'Ontario 22 et l'Atlantique 29. Selon les données du système de gestion des contrats et contributions (SGCC), parmi les collectivités financées dans le cadre des programmes de CPCMT, 83 (42 %) collectivités étaient assujetties à des dispositions « fixes » en matière de financement, 96 collectivités (49 %), à des dispositions « souples », et 18 collectivités (9 %) avaient signé des accords de financement en « bloc ».

³⁰ Dans les rapports de MRC de 2011-2012, 62 % (ou 92 des 149 réponses à la question visant à savoir si une planification des urgences tous risques avait été élaborée) ont répondu « oui ». De ce pourcentage, 72 collectivités ou 78 % ont mentionné que leurs plans étaient intégrés. Le taux des réponses par région pour 2012-2013 n'est pas disponible, cependant, en tout, 286 collectivités ont répondu à la question visant à savoir si elles étaient dotées d'une planification des urgences tous risques, 63 % ou 180 de ces collectivités ont répondu « oui ». De ces 180 collectivités, 75 % avaient intégré leurs plans.

Rôles des bureaux régionaux dans le renforcement des capacités des collectivités

Pour ce qui est du renforcement des capacités des collectivités, les rôles des bureaux régionaux n'étaient pas clairement définis pour certains aspects des programmes. Selon la moitié des bureaux régionaux de la DGSPNI, les rôles des bureaux régionaux par rapport au bureau national n'étaient pas clairement définis relativement à certaines questions, comme le soutien offert aux collectivités, l'affectation de fonds, le cas échéant, la permission d'effectuer des déplacements et la participation à des activités de formation. Même si la majorité des représentants de Santé Canada ont déclaré une amélioration quant à la définition des rôles, certains estimaient qu'il reste des points à régler, plus particulièrement au chapitre de la compréhension du mandat et des contraintes au sein de chacun des bureaux.

Certains informateurs clés, dont des partenaires fédéraux, ont mentionné que la relation entre le bureau national et les bureaux régionaux de la DGSPNI n'était pas claire lorsqu'il était question de soutenir la collecte de données, de surveiller les pratiques et de renforcer les capacités des collectivités en matière de collecte de données. Il semble aussi y avoir un certain recoupement dans les responsabilités liées à la formation et au renforcement des capacités du personnel en santé communautaire. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la formation est le principal rôle des bureaux régionaux de la DGSPNI; cependant, les décisions d'effectuer des déplacements et de participer à des activités de formation (p. ex. conférences) étaient prises au bureau national, et des activités de formation ont été élaborées et données, dans de rares cas, par le bureau national.

4.4.3 Dans quelle mesure les résultats à long terme ont-ils été atteints?

Résultat à long terme n° 1 : Réduction de l'incidence, de la prévalence, de la propagation et des effets des maladies transmissibles sur la santé.

Même s'il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence, et d'évaluer la contribution des activités de CPCMT à ces changements, des données préliminaires ont révélé que l'incidence des maladies transmissibles est restée relativement stable dans la plupart des régions et a diminué dans d'autres régions au cours de la période visée par l'évaluation.

Mesurer les tendances liées à l'incidence et à la prévalence

Il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence au sein des collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves, et ce fut encore plus difficile de déterminer l'incidence des programmes de CPCMT sur ces tendances à cause de divers facteurs, notamment, les difficultés associées aux données de surveillance, à la nature cyclique des maladies transmissibles et à la grande influence des facteurs socioéconomiques sur les taux d'incidence et de prévalence.

Il a été très difficile de mesurer les taux d'incidence dans une région donnée et presque impossible de le faire à l'échelle nationale à cause de différences dans les systèmes utilisés pour colliger les données dans les collectivités et dans le nombre de collectivités à avoir fait des déclarations chaque année, aussi à cause de l'incapacité à comptabiliser les personnes recevant des soins de santé hors des réserves et de l'accès limité aux données provinciales dans certaines régions.

En outre, les taux d'incidence étaient de nature cyclique, ce qui complique toute comparaison significative des taux d'une année à l'autre. Par exemple, une éclosion d'hépatite de type B déclarée en 2012 a fait grimper le taux d'incidence pour toute l'année et l'apparition de nouveaux virus pseudogrippaux (p. ex. grippe H1N1) qui se sont rapidement propagés et ont donné lieu à une pandémie. Selon des travailleurs en santé communautaire, l'observation d'une hausse des taux de TB, par exemple, pourrait être attribuée à une surveillance accrue ces dernières années plutôt qu'à une véritable augmentation des taux.

Une autre difficulté empêchant de déterminer la contribution des programmes de CPCMT dans la réduction des taux d'incidence et de prévalence vient du fait que d'autres facteurs socioéconomiques et environnementaux ont grandement influé sur les tendances de l'incidence de maladies transmissibles, mais ceux-ci ne relèvent pas du mandat des programmes de CPCMT. Citons entre autres facteurs : la prévalence d'autres problèmes de santé chronique (p. ex. diabète, asthme, maladies vasculaires, etc.); des facteurs environnementaux, comme les conditions de logement, y compris la qualité de l'air et la ventilation, le surpeuplement et la moisissure, qui font augmenter la réceptivité de l'hôte et la transmission de maladies disséminées par aérosol, dont la TB; les comportements personnels, comme la cigarette et l'abus d'alcool ou d'autres drogues, qui accroissent le risque de contracter une maladie transmissible parce qu'ils affaiblissent le système immunitaire d'une personne et font grimper la probabilité que la personne adopte un comportement à risque élevé; le fait que la pauvreté et le chômage empêchaient des membres des Premières Nations vivant dans les réserves de chercher à obtenir des soins adéquats, appropriés ou en temps opportun et l'existence d'obstacles culturels et historiques aux soins de santé (p. ex. les expériences vécues dans les pensionnats, l'absence de services de santé adaptés aux différences culturelles, les barrières linguistiques, etc.).

Contributions et réalisations liées aux programmes

Les activités en matière de CPCMT ont appuyé les efforts visant à réduire l'incidence, la prévalence, la propagation et les effets des maladies transmissibles sur la santé parmi les collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves.

Lorsqu'on a demandé aux représentants en santé communautaire d'évaluer la réussite des programmes à réduire l'incidence et la prévalence des maladies transmissibles ciblées par le CPCMT dans leurs collectivités, ceux-ci ont attribué une note allant de 3,0 à 3,6 selon les régions (où 5 signifiant une grande réussite). Bien que la plupart des représentants en santé communautaire et des coordonnateurs régionaux s'entendent pour dire que les programmes ont contribué à réduire les taux de prévalence d'incidence, certains ont mentionné que d'autres déterminants de la santé jouaient un rôle plus important dans les tendances des taux d'incidence et de prévalence.

Même s'il était difficile de déterminer des tendances à long terme, selon certaines données de surveillance, il semble y avoir eu des améliorations au cours des dernières années pour ce qui est des taux d'incidence. Par exemple :

- Selon l'*Épidémiologie de la tuberculose chez les Premières Nations vivant dans les réserves au Canada, 2000-2008*, pour chaque tranche de 100 000 habitants, les taux d'incidence de la TB ont oscillé entre un faible 24,1 en 2000 et un fort 32,4 en 2005, avant de retomber à 26,6 en 2008. Entre 2010 et 2012, le taux d'incidence de la TB a varié entre 21,5 et 23,3 (Agence de la santé publique du Canada, 2009, n'a pas fait l'objet de déclaration). Compte tenu des données de la DGSPNI, le nombre de décès survenus au sein des Premières Nations vivant dans les réserves par suite de la TB était très peu élevé (7 en 2009 et 4 en 2010). L'Agence de la santé publique du Canada a signalé 134 décès en cours de traitement de la TB au Canada en 2011.
- Selon les données du système de mesure du rendement des programmes, certaines ITSS ont diminué dans des régions (précisons que cette donnée est une indication des tendances et non des statistiques fiables sur les tendances). Les données sur les ITSS colligées par la DGSPNI au moyen des rapports sur la mesure du rendement ont d'abord été mises à la disposition de certaines régions et elles couvraient deux ans : 2011 et 2012. Selon ces données, le nombre de nouveaux cas de VIH signalés pour chaque tranche de 100 000 habitants avait légèrement augmenté en Alberta et au Manitoba et avait diminué en Ontario et en Saskatchewan. Les taux d'incidence de l'hépatite de type C avaient fléchi dans quatre régions (Alberta, Saskatchewan, Manitoba et Atlantique) et quelque peu baissé en Ontario. Les taux d'incidence de la chlamydia ont diminué au Manitoba, en Ontario et dans l'Atlantique et augmenté en Alberta et en Saskatchewan. Les taux d'incidence de la gonorrhée ont fléchi au Manitoba et en Ontario et augmenté en Alberta et en Saskatchewan. Les taux d'incidence de la syphilis ont chuté en Saskatchewan et étaient légèrement en hausse en Alberta.
- En 2011, on a révisé les outils de collecte des données en lien avec les MEV, les données ne sont donc pas comparables aux résultats des années précédentes (jusqu'en 2010, seulement les cas de MEV chez les enfants de 0 à 6 ans étaient déclarés, tandis qu'en 2010 et en 2011, tous les cas, peu importe l'âge, étaient signalés). Hormis la coqueluche et la pneumococcie invasive, tous les chiffres concernant d'autres MEV étaient bas, et ce, dans tous les groupes d'âge, en 2011 et en 2012, et aucun cas de polio, de diphtérie ni de tétanos n'a été signalé durant ces périodes.

4.5 Rendement : élément no 5 – Démonstration d'économie et d'efficience

4.5.1 Dans le cadre des programmes, a-t-on réalisé les activités de la façon la plus économique et efficiente possible?

La revue de la littérature démontre l'avantage économique que procurent les programmes de prévention des maladies transmissibles. La DGSPNI a apporté des changements structurels et autres qui, selon les perceptions, ont augmenté l'efficacité des activités de programme, et elle a appliqué des approches mieux coordonnées et plus stratégiques à la conception et à l'exécution des programmes de CPCMT.

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration d'économie et d'efficience à titre de mesure de l'utilisation des ressources par rapport à la production des extrants et des progrès réalisés quant aux résultats escomptés. On peut aborder la démonstration de l'efficience selon deux perspectives : l'une étant l'efficience opérationnelle, qui est axée sur la relation entre les ressources et les extrants, et l'autre étant l'allocation optimale des ressources, qui est axée sur la relation entre les ressources et les résultats des programmes.

Les systèmes financiers et la structure budgétaire des programmes mis en place par la DGSPNI durant les années visées par la présente évaluation n'ont pas permis d'effectuer une évaluation opérationnelle exhaustive de l'efficience. On a donc surtout axé l'analyse de l'efficience et de l'économie sur « l'allocation optimale des ressources » au moyen d'une approche de service public. Outre certaines observations relatives à une allocation reposant sur une approche descriptive (fournissant des données empiriques pour une analyse limitée), l'évaluation était basée sur une approche mixte (des données qualitatives et quantitatives, y compris une analyse comparative limitée) afin d'en arriver à des constatations et à des conclusions quant à la qualité des extrants des programmes, aux avantages de la conception et à l'atteinte des résultats, aux facteurs qui ont contribué à l'efficience et à l'économie des programmes de CPCMT et aux possibles solutions de rechange pour exécuter les programmes.

Retombées socioéconomiques

La revue de la littérature a démontré que les types de programmes exécutés dans le cadre des secteurs des programmes de CPCMT ont des retombées socioéconomiques sur le Canada en ce qui a trait aux frais médicaux directs du traitement des maladies transmissibles, aux dépenses attribuables à la perte de productivité au travail des personnes infectées et des membres de leur famille, et à celles associées à la diminution de la qualité de vie.

De plus, la rentabilité inhérente des programmes visant à prévenir les maladies transmissibles est démontrée dans la littérature. Selon une étude nationale menée en 2011, les coûts directs et indirects associés aux personnes récemment infectées par le VIH au Canada se sont chiffrés à 4,03 milliards de dollars ou à 1,3 million de dollars par personne (coût du cycle de vie), dont les frais médicaux directs représentaient 19 %, les dépenses attribuables à la perte de productivité 52 % et la perte de la qualité de vie 29 %³¹. Selon une autre étude, on estime que chaque dollar investi dans les programmes communautaires de prévention du VIH en Ontario se traduit par une économie de 51 \$ en frais médicaux directs. Dans une étude australienne³², on estime que chaque dollar consacré aux programmes de prévention du VIH, on économise 13 \$ en frais destinés aux soins cliniques. En conséquence, les améliorations visant l'efficacité des programmes de prévention des maladies transmissibles ont permis d'accroître l'efficacité globale.

Examen du budget et des dépenses

Les données financières, y compris les autorisations de financement (les sommes budgétées), et les dépenses réelles sont présentées dans le tableau 2 ci-après. Parmi les contributions des programmes, mentionnons le financement consacré aux activités de prévention, de promotion et d'éducation, la planification de la coordination et la reddition de comptes, la gestion des éclosions de la TB et des MEV, la recherche et les connaissances en lien avec les ITSS et le VIH/sida, la planification de MUMT et l'intervention, ainsi que l'élaboration de la politique et du programme de PCI.

Des 139 millions de dollars consacrés aux dépenses directes de programme, environ 30 % étaient attribués aux programmes de TB, 24 % aux programmes visant les ITSS et le VIH/sida, 16 % à l'immunisation et aux MUMT (environ 0,5 % à la PCI) et 14 % à l'élaboration de programmes et de politiques. Les collectivités ont eu la possibilité de rajuster le financement en fonction de leurs besoins.

³¹ Agence de la santé publique du Canada, *Évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, de 2008-09 à 2012-13*.

³² Health Outcomes International Pty Ltd, en association avec le National HIV Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, *The impact of HIV/AIDS in NSW mortality, morbidity and economic impact*. (décembre 2007), page 60, <http://www.health.nsw.gov.au/sexualhealth/Documents/ImpactStatement.pdf>.

Tableau 2 : Dépenses au titre des programmes de CPCMT

Année	Salaires	F et E	Subventions et contributions	Recettes tirées du crédit net 315	Total
2008-2009	7 863 868	6 448 240	11 704 021	0	26 016 129
2009-2010	9 025 540	11 399 247	17 776 814	0	38 201 601*
2010-2011	7 807 835	5 680 464	13 277 718	0	26 766 017
2011-2012	7 799 079	4 894 964	13 240 015	-16 327	25 917 731
2012-2013	7 685 632	3 989 875	10 689 177	-16 327	22 348 357
Total	40 181 954 \$	32 412 790 \$	66 687 745 \$	-32 654 \$	139 249 835 \$

* Les fonds reçus par l'entremise du Budget supplémentaire des dépenses (B) afin de se doter d'un fonds de prévoyance en cas de pandémie pour compenser les coûts associés à l'éclosion de grippe H1N1 du printemps 2009.

Changements apportés au système afin de surveiller les coûts

Pendant la période de cinq ans se terminant le 31 mars 2013, les dépenses imputées aux programmes de CPCMT ont totalisé 139,2 millions de dollars, dont environ 72,6 millions ont été consacrés au fonctionnement et à l'entretien, y compris les salaires, et 66,6 millions de dollars sous forme de contributions versées aux collectivités. Il importe de préciser que les dépenses étaient sous-estimées puisque certaines d'entre elles (p. ex. salaires du personnel infirmier) n'étaient pas directement affectées aux programmes de CPCMT, mais étaient plutôt comprises sous la rubrique Protection de la santé publique – surveillance des programmes et prestation de soins infirmiers. Des représentants de Santé Canada ont mentionné que des changements allaient être apportés au système de comptabilité en 2014-2015, ce qui permettra de saisir plus adéquatement les coûts totaux des programmes de CPCMT et de corriger l'affectation des salaires du personnel infirmier.

Changements structurels soutenant l'efficacité et l'économie

Au cours de la période visée par l'évaluation, des changements structurels ont été apportés afin d'accroître l'efficacité et l'économie dans le cadre des activités de programme et d'appliquer une approche mieux coordonnée et plus stratégique à la conception et à l'exécution des programmes de CPCMT.

Le plan d'action pour la réduction du déficit a donné lieu à la restructuration du bureau national, laquelle devait permettre d'accroître l'efficacité. Avant la restructuration de 2012, chaque secteur de programme gérait un groupe distinct à l'échelle nationale. Par suite des recommandations découlant de la dernière évaluation (2010), le bureau national s'est restructuré pour former quatre groupes fonctionnels: l'équipe chargée des ITSS (y compris le VIH/sida) et de la TB; l'équipe chargée des MUMT, de la PCI et de la vaccination; l'équipe chargée de l'administration et de la logistique des programmes, l'équipe chargée des politiques et de l'évaluation. La plupart des représentants de Santé Canada interrogés ont répondu que la nouvelle structure et la mise en œuvre de l'approche horizontale ou du regroupement en vue de l'exécution des programmes ont permis de mieux coordonner les activités des programmes à l'échelle nationale et d'appliquer une approche plus stratégique en vue de mettre en œuvre les activités regroupées.

Certains changements sont également survenus à l'échelle régionale. Auparavant, les unités régionales relevaient d'une direction générale distincte au sein de Santé Canada. Par suite de la récente restructuration, les unités régionales relèvent dorénavant directement de la direction de la DGSPNI. Selon des représentants de programme, des améliorations ont été apportées, assurant un transfert de fonds plus harmonieux vers les bureaux régionaux et conférant aux bureaux régionaux plus de souplesse quant aux décisions de financement. De plus, la direction générale a adopté, ces deux dernières années, une méthode du budget à base zéro selon laquelle les régions recevaient en bloc les fonds liés au CPCMT et ne présentaient plus de plans de travail détaillés au bureau national pour chaque secteur de programme de CPCMT. En outre, on a élaboré dans chaque région un plan de transition (2012-2015) afin de repérer des occasions dans le but d'uniformiser leurs structures, leurs activités et leurs pratiques en matière de gestion avec les objectifs stratégiques du plan stratégique de 2012 de la DGSPNI. Les plans décrivaient les systèmes de gestion, les structures organisationnelles, les défis, les aspects à améliorer et l'orientation stratégique.

Outre la restructuration organisationnelle, la DGSPNI a élaboré le premier plan stratégique décrivant les orientations et les activités du service au moyen d'une approche plurisectorielle et multilatérale à la prestation des services de santé. Selon des informateurs clés, cela a donné lieu à l'élaboration de stratégies nationales en lien avec bon nombre d'activités de CPCMT, au regroupement d'activités liées à la TB et au VIH et à l'intégration de questions associées à l'hygiène de l'environnement aux programmes de contrôle des maladies transmissibles, des éléments qui contribuent tous à une approche plus stratégique de la conception et de l'exécution des programmes. On a également fait mention, dans le cadre du plan et des activités de PCI, d'une approche de portée générale qui s'appliquait à tous les secteurs de programme, ce qui les rapprochait.

Réagir aux changements dans la gouvernance, l'élaboration et la mise en œuvre de programmes

Des informateurs clés ont mentionné qu'il faudra peut-être procéder à un examen afin de s'assurer que les ressources financières et humaines adéquates sont en place pour mettre en œuvre les plans régionaux de transition, soutenir le rôle de plus en plus important des collectivités des Premières Nations dans les programmes et répondre aux besoins de la population croissante des Premières Nations vivant dans les réserves.

La majorité des représentants de l'administration centrale de Santé Canada et plus de la moitié du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI étaient d'avis que les ressources accordées aux programmes étaient utilisées à bon escient. Toutefois, certains représentants en santé communautaire et la majorité des coordonnateurs régionaux de la DGSPNI ne croyaient pas que les programmes disposaient de suffisamment de ressources pour voir aux besoins des collectivités des Premières Nations. La plupart des employés des bureaux régionaux ont déclaré que les populations des collectivités et la charge de travail du personnel en santé communautaire avaient considérablement augmenté et que la dotation et les ressources actuellement consacrées aux collectivités étaient inappropriées. Ils ont suggéré qu'il faudrait consacrer davantage d'efforts pour compenser le roulement du personnel et voir à ce que le personnel dispose des ressources et du temps requis pour gérer les programmes de CPCMT.

Selon le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI et des représentants en santé communautaire, la charge de travail confiée au personnel en santé communautaire s'est considérablement accrue au cours de la dernière décennie. On a imposé à ces employés plus de responsabilités en lien avec la collecte des données, la reddition de comptes et d'autres activités, s'ajoutant à la population croissante, sans toutefois recevoir plus de financement ou de ressources. En vertu des Données démographiques sur les Autochtones tirées de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011, la population des Premières Nations vivant dans les réserves a augmenté de 2 % entre 2001 et 2006 et de 1 % entre 2006 et 2011. Certains interrogés ont recommandé, plus particulièrement, de consacrer plus de financement au renforcement des capacités à l'échelle régionale et communautaire afin de colliger des données et d'évaluer les programmes. On a aussi recommandé de poursuivre les efforts en vue de coordonner et d'intégrer davantage les communications, la coordination et la prestation des services dans le cadre des différents programmes de CPCMT, ainsi qu'entre le bureau national de la DGSPNI et les bureaux régionaux, et de passer d'une exécution distincte de chaque programme de CPCMT à une approche de la planification de la santé communautaire qui verra à combler les besoins communautaires avec plus d'efficacité.

4.5.2 A-t-on mis en place des mesures du rendement appropriées?

Même si l'accès aux données de surveillance s'est amélioré et a appuyé de diverses façons l'élaboration des politiques et la planification des programmes, d'autres améliorations doivent accroître l'utilité des données de surveillance pour la surveillance continue des programmes, la prise de décisions stratégiques et de décisions sur les programmes, et l'établissement des priorités.

Améliorer la collecte de données et la reddition de comptes

Le système de mesure du rendement révisé et le système de collecte des données ont procuré des renseignements utiles pour la planification et la gestion des programmes. D'autres améliorations sont requises pour simplifier et mieux intégrer les modèles de rapports dans les différents programmes, pour se concentrer davantage sur les résultats sur la santé que sur les extraits et pour inclure des mesures de l'efficacité.

Un examen des documents des programmes a révélé que la DGSPNI a recueilli beaucoup d'information sur le rendement et de données de surveillance pour chaque programme de CPCMT au moyen des modèles de mesure du rendement. Parmi les autres moyens utilisés pour recueillir des données de surveillance, mentionnons les rapports de l'Agence de la santé publique du Canada et le MRC, dont un élément se retrouve dans les activités des programmes de CPCMT.

Au cours de la période visée par la présente évaluation, certaines améliorations ont été apportées aux systèmes de mesure du rendement aux fins de la collecte des données de surveillance et de la reddition de comptes. En 2011-2012, on a révisé en profondeur les modèles du rendement de la DGSPNI afin d'améliorer la qualité des données sur le rendement colligées auprès des collectivités. En 2013, on a conçu un système pour que le bureau national de la DGSPNI puisse

concevoir un ensemble de Tableaux sommaires de surveillance des maladies transmissibles renfermant des données de surveillance régionales détaillées sur la TB, l'immunisation, les ITSS et le VIH/sida et le distribue aux bureaux régionaux. Lorsqu'on a demandé si le système de mesure du rendement fournissait des données utiles et fiables et l'information requise pour suivre le rendement et gérer les programmes, la plupart des employés des bureaux régionaux ont indiqué qu'il était en partie un succès, mais ils ont ajouté que les données provinciales ainsi que les Système de Reportages de Tuberculose canadien et les données de l'Agence de la santé publique du Canada étaient plus fiables. Même si certains indicateurs étaient utiles pour planifier et rajuster les programmes (p. ex. les données sur l'immunisation), l'intérêt disproportionné envers les extrants (le nombre d'activités réalisées) plutôt qu'envers les résultats sur la santé n'était pas d'une grande utilité pour mieux comprendre les changements survenant dans les collectivités.

La collecte des données comportait une autre difficulté, en effet, les collectivités utilisaient une vaste gamme d'outils de collecte des données qui influaient sur la fiabilité de l'information. Par exemple, la collecte des données dans certaines collectivités de la Saskatchewan³³ était encore en format papier. De plus, environ la moitié des employés des bureaux régionaux ont mentionné que, souvent, les extrants, y compris les rapports, n'étaient pas produits en temps opportun et que la qualité était variable.

Des informateurs clés et des employés des bureaux régionaux ont suggéré que les systèmes de mesure du rendement pourraient être améliorés en simplifiant les modèles, en se concentrant sur les résultats des programmes de CPCMT dans leur ensemble plutôt que sur des programmes en particulier et en harmonisant la collecte des données et la reddition de comptes avec les stratégies provinciales, dans la mesure du possible. Certains représentants de Santé Canada ont souligné qu'il fallait modifier le système de mesure du rendement afin de tenir compte des changements apportés à la structure des programmes, mieux l'intégrer auprès des divers partenaires, l'évaluer et le rendre conforme au modèle logique et aux modalités des programmes. Un examen du système a permis de constater l'absence de mesures clairement définies sous-jacentes à une évaluation de l'efficacité des programmes.

5.0 Conclusions

Les programmes de CPCMT permettent toujours au Ministère de s'acquitter de l'obligation de fournir des soins de santé et de répondre au besoin constant d'atténuer les disparités en matière de santé.

L'évaluation démontre que les activités des programmes de CPCMT sont toujours nécessaires compte tenu des disparités en santé qui persistent chez les Premières Nations en ce qui concerne les maladies transmissibles. Les activités des programmes de CPCMT constituent des priorités pour le gouvernement fédéral, y compris l'accroissement de l'accès aux soins de santé et l'élimination des inégalités à l'égard de l'état de santé des Premières Nations.

³³ Même si cette situation n'est pas unique pour la région, certains représentants en ont fait mention plus particulièrement comme un défi de taille nuisant à la fiabilité des données.

On croit que l'assouplissement des programmes et une approche plus ciblée seraient plus efficaces pour intervenir à l'égard des problèmes liés aux maladies transmissibles, mais en raison de l'absence d'information comparable et fiable et de surveillance continue des résultats sur la santé des Premières Nations, il est très difficile d'évaluer la capacité de répondre aux besoins des collectivités au fil du temps.

Même s'il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence, et d'évaluer la contribution des activités de CPCMT à ces changements, des données préliminaires ont révélé que l'incidence des maladies transmissibles est restée relativement stable dans la plupart des régions et a diminué dans d'autres régions au cours de la période visée par l'évaluation.

Les programmes de CPCMT réalisent des progrès lorsqu'il s'agit de lutter contre les effets des maladies transmissibles sur la santé, comme en témoignent les investissements soutenus dans les ressources en santé communautaire, la formation continue et les efforts de collaboration entre les bureaux régionaux et les provinces, de même que les efforts visant à améliorer la capacité communautaire de gérer les programmes de CPCMT sur les plans de la gouvernance générale, de la reddition de comptes et des ressources humaines.

De plus, des progrès importants ont été enregistrés sur le plan du renforcement de la collaboration et des partenariats aux échelons national, régional et communautaire afin d'échanger des renseignements et d'assurer une prestation de services intégrés, ce qui se traduit par une utilisation accrue des diverses stratégies et mesures de prévention et de contrôle des maladies.

Même si l'accès de la DGSPNI à des données de surveillance relatives aux résultats sur la santé s'est amélioré et a servi à divers degrés à l'élaboration de politiques et à la planification de programmes, la complexité des données de surveillance demeure un défi compte tenu des différences entre leurs principales sources. Les variations sur les plans de la qualité et de la fiabilité de ces données entre les programmes et les régions en restreignent également l'utilité.

6.0 Recommandations

Recommandation n° 1

Poursuivre les efforts visant à renforcer les capacités des collectivités en assurant l'uniformité de la formation et du soutien offerts au personnel en santé communautaire.

Le renforcement de la capacité des collectivités de gérer les programmes de CPCMT inclut diverses mesures de soutien qui les aident à déterminer leurs besoins, à planifier et à organiser les services (y compris la planification à court et à long terme des ressources financières et humaines) et à maintenir ou à améliorer la qualité des services au moyen de formation pertinente destinée aux membres du personnel et à la mise en œuvre de politiques, de normes, de lignes directrices fondées sur des données probantes, etc. L'évaluation a révélé que le renforcement de

la capacité du personnel en santé communautaire et des collectivités en général joue un rôle crucial dans la réussite et la continuité des programmes de CPCMT. Même si des collectivités affichaient une grande capacité de planification et de gestion des programmes de CPCMT, d'autres ont continué d'éprouver des difficultés liées aux priorités conflictuelles et aux ressources humaines limitées, sans oublier les possibilités d'échanger avec les bureaux régionaux de la DGSPNI.

Recommandation n° 2

Renforcer la capacité des programmes à répondre à divers besoins permanents et nouveaux des collectivités sur le plan des maladies transmissibles.

On considère que la flexibilité des programmes de même que les programmes et les investissements ciblés ont permis de répondre à un vaste éventail de besoins et de priorités des collectivités à l'échelle des régions de la DGSPNI et au sein de celles-ci. Toutefois, des défis persistent en ce qui concerne la capacité des programmes à surveiller un vaste éventail de besoins et de facteurs ayant une incidence sur les maladies transmissibles et à y répondre, notamment quant à la nécessité d'accroître la mobilisation des partenaires et la collaboration avec eux, d'intégrer et d'harmoniser les programmes avec les services offerts par d'autres fournisseurs ainsi que de veiller à ce que les ressources des programmes soient affectées de façon appropriée compte tenu des priorités et des besoins des collectivités.

Recommandation n° 3

Tabler sur les réussites antérieures et poursuivre les efforts en vue de recueillir des données de surveillance fiables, d'y avoir accès et de les utiliser.

De nombreuses limites liées aux données, notamment en ce qui a trait à leur qualité, à leur fiabilité, à leur actualité et à la possibilité de les mettre en commun entre partenaires et intervenants, constituent toujours un défi important pour les programmes et les efforts qu'ils déploient pour accroître la capacité des collectivités de gérer les programmes de CPCMT. L'amélioration de la collecte et de l'accessibilité générale des données de surveillance et relative à la santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves, de même que de la production de rapports sur celles-ci, aidera les programmes à continuer de déterminer les besoins, de planifier et de gérer les programmes, d'élaborer des réponses ciblées et de produire des politiques fondées sur des données probantes.

Annexe 1 – Références bibliographiques

- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada – *Fiche d'information : La santé des Premières Nations et des Inuits au Canada*.
 Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/fnihb-eng.asp>.
- Agence de la santé publique du Canada. Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada de 2013 : *Maladies infectieuses — Lutter contre la menace constante*.
- Agence de la santé publique du Canada. *Évaluation de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada, de 2008-09 à 2012-13*.
- Agence de la santé publique du Canada. *Couverture vaccinale au Canada (de 2002 à 2012)*. Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/im/nics-enva/icc-cvc-fra.php>.
- Agence de la santé publique du Canada. *La tuberculose au Canada 2012 – Prédifussion*.
- Agence de la santé publique du Canada. *Sommaire – Estimations de la Prévalence et de l'Incidence du VIH au Canada, 2008*.
 Sur Internet : <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/estimat08-fra.php>.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis, 2010*. Sur Internet : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/1/NCCAH_fs_context_FR.pdf.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008-2010 : rapport national sur les adultes, les adolescents et les enfants qui vivent dans les communautés des Premières Nations*, Ottawa, 2012.
- DGSPNI. Rapports de MRC (2011-2012 et données préliminaires de 2012-2013).
- DGSPNI. Données tirées du système de gestion du rendement de la DGSPNI de 2008 à 2012.
- Gouvernement du Canada. *VIH/sida*. Sur Internet : http://canadiensensante.gc.ca/diseases-conditions-maladies-affections/disease-maladie/hiv-vih-fra.php?_ga=1.42253485.9491332.1425518188
- GOUVERNEMENT DU CANADA, Discours du Trône ouvrant la première session de la trente-huitième législature du Canada. *Journaux de la Chambre des communes*, vol. 140, 5 octobre 2004, page 15.
- Johnston Research inc. (2011). *10-Year First Nations and Inuit Home and Community Care Strategy Literature Review Final Submission*. Ottawa (Ontario). Santé Canada.
- Kirby Institute for Infection and Immunity in Society (Université de New South Wales). *Bloodborne viral and sexually transmitted infections in Aboriginal and Torres Strait Islander people: Surveillance and Evaluation Report 2013*, 2013.
 Sur Internet : <http://www.kirby.unsw.edu.au/sites/default/files/hiv/resources/2013ATSIP-ASR.pdf> (en anglais seulement).
- Santé Canada. *Épidémiologie de la tuberculose chez les Premières Nations vivant dans les réserves au Canada, 2000-2008*, page vi.
- Santé Canada. *Connaissances, perceptions, sensibilisation et comportements liés à la vaccination chez les Premières nations et les Inuits*, février 2011.
- Santé Canada. *Mandat, plans et priorités*. Sur Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/mandat-fra.php>.
- Santé Canada. *Rapport sur les plans et les priorités de Santé Canada, 2014-2015*.
- Smylie, J. *La force des nombres : informations sur la santé des Premières Nations, Inuit et Métis*. Prince George. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2010.
- UNICEF. *La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception – supplément canadien au rapport La Situation des enfants dans le monde 2009*. 2009, page 2. Sur Internet : <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/nccah%20partner%20documents/UNICEF%20report%20-%20French%202009.pdf>

Annexe 2 – Résumé des constatations

Cotation des constatations

Les Cotations ont été fournies pour indiquer la mesure dans laquelle chaque question ou enjeu de l'évaluation a été abordé.

Symboles de cotation de la pertinence et signification :

Un résumé des cotations de la pertinence est présenté au tableau 1 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation de la pertinence et leur signification.

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Nécessité de maintenir les programmes			
Les programmes de CPCMT répondent-ils toujours à un besoin en matière de santé? Le besoin a-t-il changé au fil du temps? A-t-on adapté les programmes en fonction de l'évolution des besoins?	<p>L'incidence et la prévalence des maladies transmissibles dans les populations des Premières Nations. Taux de couverture vaccinale.</p> <p>Les perspectives des intervenants quant à la pertinence de la conception des programmes. Perceptions en ce qui concerne la façon d'accroître l'efficacité et l'utilité des activités réalisées par rapport à d'autres interventions.</p>	Élevée	<p>Les programmes de CPCMT continuent de remplir l'obligation du Ministère, soit la prestation de soins de santé et la nécessité de maintenir des services afin d'abolir les disparités en matière de santé. Le contrôle des maladies transmissibles (y compris l'immunisation et la planification en cas de pandémie) constitue un des programmes obligatoires conçus pour satisfaire à des normes prescrites par la loi comme les lois provinciales et territoriales sur la santé publique et les lois sur la santé qui garantissent la santé et la sécurité publiques. La nécessité de maintenir les activités des programmes de CPCMT est aussi attribuée aux disparités au niveau des résultats sur la santé que vivent les membres des Premières Nations dans les réserves comparativement à la population générale, et à un besoin continu de préparation aux interventions d'urgence liées aux maladies transmissibles. La souplesse du concept des programmes de CPCMT répond en grande partie aux besoins variés des collectivités. Les partenaires régionaux et les collectivités en particulier ont toujours des défis à relever afin de tenir compte des priorités conflictuelles en matière de santé, ainsi que de la prévalence d'autres facteurs, comme les problèmes de santé chroniques et les variations de la capacité des collectivités et de leur aptitude à planifier et à gérer les programmes.</p>

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

- Élevée :** Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il y a un lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont clairs.
- Partielle :** Il y a un besoin partiel à l'égard des activités des programmes; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont partiellement clairs.
- Faible :** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes n'ont pas été clairement définis.

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Conformité aux priorités du gouvernement			
Les objectifs et les priorités en matière de CPCMT cadrent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada et de Santé Canada (SC)?	Données probantes indiquant que les programmes de CPCMT demeurent une priorité du gouvernement fédéral. Principaux facteurs et déterminants des maladies transmissibles ciblées par les programmes de CPCMT. Harmonisation des activités de CPCMT avec les priorités et résultats stratégiques ministériels.	Élevée	Les priorités et objectifs en matière de CPCMT cadrent avec les priorités ministérielles et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada en améliorant l'accès aux soins de santé et en éliminant les inégalités à l'égard de l'état de santé des collectivités inuites et des Premières Nations.
Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Les activités de Santé Canada liées au CPCMT cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence?	Légitimité du rôle du gouvernement fédéral dans le secteur de programme. Examen des rôles régionaux, y compris des forces et des possibilités et inclusion de partenariats stratégiques pour mobiliser les dirigeants communautaires.	Élevée	Les activités liées au CPCMT sont harmonisées avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence, car, par l'entremise de diverses politiques et autorisations, elles permettent de dispenser des programmes et des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits.

Légende – Symboles de cotation de la pertinence et signification :

- Élevée : Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il y a un lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont clairs.
- Partielle : Il y a un besoin partiel à l'égard des activités des programmes; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont partiellement clairs.
- Faible : Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification :

Un résumé des cotations du rendement est présenté au tableau 2 ci-dessous. La légende contient une description des symboles de cotation du rendement et leur signification.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Les programmes permettent-ils d'obtenir les résultats prévus comme il est énoncé dans le modèle logique?	Résultats immédiats : Renforcement des compétences, des connaissances et de l'expertise des effectifs en matière de CPCMT. Renforcement de la sensibilisation et de la connaissance du public à l'égard des mesures de prévention et de contrôle, et des effets des maladies transmissibles sur la santé. Prestation des services mieux ciblée grâce aux données de surveillance, à des politiques fondées sur des données probantes, à des normes, à des lignes directrices et à des cadres. Renforcement de la mobilisation et de la collaboration des collectivités et des intervenants à l'égard de l'élaboration de politiques et de programmes, et de la prestation des services.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Même s'il a été difficile de mesurer les tendances des taux d'incidence et de prévalence, et d'évaluer la contribution en matière de CPCMT connexe, des données préliminaires ont révélé que l'incidence des maladies transmissibles est restée relativement stable dans la plupart des régions et a diminué dans d'autres régions au cours de la période visée par l'évaluation. Les programmes de CPCMT réalisent des progrès lorsqu'il s'agit de tenir compte des effets des maladies transmissibles sur la santé humaine, comme en témoignent les investissements soutenus dans les ressources en santé communautaire, les efforts soutenus de formation et de collaboration entre les bureaux régionaux et les provinces, et les efforts qui visent avant tout à améliorer la capacité communautaire sur les plans de la gouvernance générale, de la reddition de comptes et des ressources humaines.
	Résultats intermédiaires : Utilisation et adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle se rapportant au CPCMT. Renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	De plus, des progrès importants ont été enregistrés lorsqu'il s'agit de privilégier la collaboration et les partenariats aux échelons national, régional et communautaire afin d'échanger des renseignements et de réaliser une prestation de services intégrés, ce qui aboutit à une utilisation accrue des diverses stratégies et mesures de prévention et de contrôle des maladies.
	Résultat à long terme : Réduction de l'incidence, de la propagation et des effets des maladies transmissibles sur la santé.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	
	Des mesures du rendement appropriées en place.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Même si l'accès de la DGSPNI à des données de surveillance sur les résultats sur la santé s'est amélioré et a servi de maintes façons à soutenir l'élaboration des politiques et la planification des programmes, la complexité des données de surveillance demeure un défi compte tenu des écarts entre les principales sources de données de surveillance. La qualité et la fiabilité des données de surveillance entre les programmes et les régions en restreignent également l'utilité.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

- Atteint Les résultats escomptés ou les objectifs ont été atteints.
- Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
- Peu de progrès; attention prioritaire De peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité

Questions	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Démonstration de l'efficacité et de l'économie			
Les programmes de CPCMT ont-ils été gérés de façon efficiente et économique?	<p>Économie Dans le cadre des programmes, a-t-on réalisé les activités de la façon la plus économique et efficiente possible?</p> <p>Efficacité A-t-on mis en place des mesures du rendement appropriées?</p>	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	La revue de la littérature démontre l'avantage économique que procurent les programmes de prévention des maladies transmissibles. La DGSPNI a apporté des changements structurels et autres qui, selon les perceptions, ont augmenté l'efficacité des activités de programme, et elle a appliqué des approches mieux coordonnées et plus stratégiques à la conception et à l'exécution des programmes de CPCMT.

Légende – Symboles de cotation du rendement et signification :

- Atteint Les résultats escomptés ou les objectifs ont été atteints.
- Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.
- Peu de progrès; attention prioritaire De peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité

Tableau 3 : Résumé des cotes relatives à la pertinence

Enjeux de l'évaluation	Élevée	Partielle	Faible
Énjeu n° 1 : Nécessité de maintenir les programmes			
Les programmes de CPCMT répondent-ils toujours à un besoin en matière de santé? Les besoins ont-ils changé au fil du temps? A-t-on adapté les programmes en fonction de l'évolution des besoins?	Élevée	S.O.	S.O.
Énjeu n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement fédéral			
Les objectifs et les priorités en matière de CPCMT cadrent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada et de Santé Canada?	Élevée	S.O.	S.O.
Énjeu n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral			
Les activités de Santé Canada liées au CPCMT cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence?	Élevée	S.O.	S.O.
Légende – Symboles de cotation de la pertinence :			
Élevée : Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il y a un lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont clairs.			
Partielle : Il y a un besoin partiel à l'égard des activités des programmes; il y a un certain lien direct ou indirect entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes sont partiellement clairs.			
Faible : Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités des programmes; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à l'exécution des programmes n'ont pas été clairement définis.			

Tableau 4 : Résumé des cotes relatives du rendement

Enjeux de l'évaluation	Atteint	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	Peu de progrès; attention prioritaire
Énjeu n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Les programmes permettent-ils d'obtenir les résultats prévus comme il est énoncé dans le modèle logique?	S.O.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S.O.
Élément n° 5 : Démonstration de l'efficacité et de l'économie			
Les programmes de CPCMT ont-ils été gérés de façon efficiente et économique?	S.O.	Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié	S.O.
Légende – Symboles de cotation du rendement :			
Atteint Les résultats escomptés ou les objectifs ont été atteints.			
Progrès accomplis; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, mais travail supplémentaire est justifié.			
Peu de progrès; attention prioritaire De peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts visés, et une attention est nécessaire en priorité			

Annexe 3 – Modèle logique

MODÈLE LOGIQUE DES PROGRAMMES DE CONTRÔLE ET DE GESTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES

Groupe ciblé					
Collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves (tous les programmes ou toutes les activités) et certains services de soutien en lien avec les maladies transmissibles offerts aux Inuits au sud du 60 ^e parallèle					
Thème	Prestation de services	Renforcement des capacités	Mobilisation et collaboration des intervenants	Collecte de données, recherche et surveillance	Élaboration de politiques et partage du savoir
Extrants	Mesures proposées ou disponibles de contrôle et de prévention des maladies transmissibles	<p>Activités de formation de la main-d'œuvre proposées et réalisées</p> <p>Activités d'éducation et de sensibilisation du public (p. ex. activités communautaires et campagnes de marketing social)</p> <p>Soutien de la planification et de la gestion de la santé communautaire</p>	<p>Processus et pratiques de collaboration en place :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ententes de partage de données Accords de contribution, protocoles d'entente et lettres d'intention Projets conjoints Comités et groupes de travail 	Rapports de surveillance et de recherche sur les maladies transmissibles	<p>Politiques, normes et lignes directrices sur la prestation de services mises au point ou révisées</p> <p>Produits de transfert des connaissances</p>
Portée	Premières Nations vivant dans les réserves et une région inuite (Nunatsiavut)	<ul style="list-style-type: none"> Personnel infirmier et travailleurs de soutien (immunisation, traitement sous observation directe et VIH/sida) Premières Nations vivant dans les réserves et une région inuite (Nunatsiavut) 	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernements provinciaux Autorités sanitaires régionales Premières Nations dans les régions administratives de la DGSPNI et une région inuite (Nunatsiavut) Agence de la santé publique du Canada 		<ul style="list-style-type: none"> Régions administratives de la DGSPNI Premières Nations et une région inuite (Nunatsiavut)
Résultats immédiats	<p>Compétences, connaissances ou expertise des effectifs accrues en matière de CPCMT</p> <p>Renforcement de la sensibilisation et de la connaissance du public à l'égard des mesures de prévention et de contrôle, et des effets des maladies transmissibles sur la santé</p>		<p>Prestation des services mieux ciblée grâce aux données de surveillance, à des politiques fondées sur des données probantes, à des normes, à des lignes directrices et à des cadres</p> <p>Mobilisation et collaboration accrues des collectivités et des intervenants dans l'élaboration des politiques et des programmes et dans la prestation des services</p>		
Résultats intermédiaires	Utilisation et adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle se rapportant au CPCMT		Renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT		
Résultats à long terme	Réduction de l'incidence, de la propagation et des effets des maladies transmissibles sur la santé				

Description du modèle logique en lien avec le contrôle et la gestion des maladies transmissibles auprès des collectivités des Premières Nations et des Inuits

Group ciblé : Collectivités des Premières Nations vivant dans les réserves (tous les programmes ou toutes les activités) et certains services de soutien offerts aux Inuits au sud du 60° parallèle en lien avec les maladies transmissibles

Thème Activités et extrants et résultats connexes :

Thème n° 1 : Prestation de services

Extrant connexe : Mesures proposées ou disponibles de contrôle et de prévention des maladies transmissibles³⁴

Résultats immédiats connexes :

- Compétences, connaissances ou expertise des effectifs accrues en matière de CPCMT
- Renforcement de la sensibilisation et de la connaissance du public à l'égard des mesures de prévention et de contrôle, et des effets des maladies transmissibles sur la santé

Résultat intermédiaire connexe : Utilisation et adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle se rapportant au CPCMT

Thème n° 2 : Renforcement des capacités

Extrants connexes :

- Activités de formation de la main-d'œuvre proposées et réalisées
- Activités d'éducation et de sensibilisation du public (p. ex. activités communautaires et campagnes de marketing social)
- Soutien de la planification et de la gestion de la santé communautaire

Résultats immédiats connexes :

- Compétences, connaissances ou expertise des effectifs accrues en matière de CPCMT
- Renforcement de la sensibilisation et de la connaissance du public à l'égard des mesures de prévention et de contrôle, et des effets des maladies transmissibles sur la santé

Résultat intermédiaire connexe :

- Utilisation et adoption accrues des mesures de prévention et de contrôle se rapportant au CPCMT

Thème n° 3 : Mobilisation et collaboration des intervenants

Extrant connexe :

- Processus et pratiques de collaboration en place, dont des ententes de partage de données, des accords de contribution, des protocoles d'entente, des lettres d'intention, des projets conjoints, des comités et des groupes de travail

Résultats immédiats connexes :

- Prestation des services mieux ciblée grâce aux données de surveillance, à des politiques fondées sur des données probantes, à des normes, à des lignes directrices et à des cadres
- Mobilisation et collaboration accrues des collectivités et des intervenants dans l'élaboration des politiques et des programmes et dans la prestation des services

Résultat intermédiaire connexe :

- Renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT

³⁴ Précisons que les autres programmes et initiatives de la DGSPNI contribuent aussi à cet extrant. Du financement est également consacré à la prévention et au contrôle des maladies transmissibles par l'entremise d'autres programmes; p. ex. les Services de santé non assurés ou les services de soins de première ligne qui contribuent au salaire du personnel responsable des soins de première ligne dans les réserves, etc.

Thème n° 4 : Collecte de données, recherche et surveillance

Extrant connexe :

- Rapports de surveillance et de recherche sur les maladies transmissibles

Résultats immédiats connexes :

- Prestation des services mieux ciblée grâce aux données de surveillance, à des politiques fondées sur des données probantes, à des normes, à des lignes directrices et à des cadres
- Mobilisation et collaboration accrues des collectivités et des intervenants dans l'élaboration des politiques et des programmes et dans la prestation des services

Résultat intermédiaire connexe :

- Renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT

Thème n° 5 : Élaboration de politiques et partage du savoir

Extrants connexes :

- Politiques, normes et lignes directrices sur la prestation de services mises au point ou révisées
- Produits de transfert des connaissances

Résultats immédiats connexes :

- Prestation des services mieux ciblée grâce aux données de surveillance, à des politiques fondées sur des données probantes, à des normes, à des lignes directrices et à des cadres
- Mobilisation et collaboration accrues des collectivités et des intervenants dans l'élaboration des politiques et des programmes et dans la prestation des services

Résultat intermédiaire connexe :

- Renforcement des capacités des collectivités à gérer les programmes de CPCMT

Résultats à long terme

L'ensemble des activités, des extrants, des résultats immédiats et intermédiaires donne lieu au même résultat à long terme :

- Réduction de l'incidence, de la propagation et des effets des maladies transmissibles sur la santé

Annexe 4 – Description de l'évaluation et questions d'évaluation

Objectif et portée de l'évaluation

Le principal objectif de la présente évaluation est de fournir à Santé Canada des données probantes complètes et fiables afin de soutenir des décisions relatives à la poursuite de la mise en œuvre d'interventions et d'initiatives liées aux maladies transmissibles. L'évaluation est requise en vertu de la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009), conformément au Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada. Le rapport d'évaluation et le plan d'action de la direction seront achevés en 2014-2015.

L'évaluation s'est étendue d'avril 2008 à mars 2014 et portait sur tous les programmes et services de CPCMT de la DGSPNI, tels qu'ils sont définis par les autorisations renouvelées de 2011 (c.-à-d. immunisation, tuberculose, VIH/sida et UMT, y compris la PCI).

Les éléments d'évaluation ont été harmonisés avec la Politique sur l'évaluation du Conseil du Trésor du Canada (2009) et tiennent compte des cinq éléments fondamentaux sous-jacents aux thèmes de la pertinence et du rendement. Pour chaque élément fondamental, des questions précises ont été formulées à partir d'éléments de programme; ce sont ces questions qui ont guidé le processus d'évaluation. Une approche fondée sur les résultats a été utilisée pour évaluer les progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés, cerner les conséquences imprévues, le cas échéant, et déterminer les leçons apprises.

Éléments et questions d'évaluation

Les questions utilisées pour l'évaluation se fondaient sur les cinq principaux éléments énoncés dans la *Directive sur la fonction d'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada et exposés dans le tableau ci-après. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées aux programmes et ont orienté le processus d'évaluation.

Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Éléments de l'évaluation	Description	Questions d'évaluation
Pertinence		
Question n° 1 : Nécessité de maintenir les programmes	Évaluation de la mesure dans laquelle les programmes continuent de répondre à un besoin démontrable et permettent de répondre aux besoins des Canadiens	<ul style="list-style-type: none"> Les programmes de CPCMT répondent-ils toujours à un besoin en matière de santé? Le besoin a-t-il changé au fil du temps? A-t-on adapté les programmes en fonction de l'évolution des besoins?
Question n° 2 : Conformité aux priorités du gouvernement	Évaluation des liens entre les objectifs des programmes et (i) les priorités du gouvernement fédéral et les (ii) résultats ministériels stratégiques	<ul style="list-style-type: none"> Les objectifs et les priorités en matière de CPCMT cadrent-ils avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada et de Santé Canada?
Question n° 3 : Harmonisation avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral	Évaluation du rôle et des responsabilités du gouvernement fédéral relativement à l'exécution des programmes	<ul style="list-style-type: none"> Les activités de Santé Canada liées au CPCMT cadrent-elles avec les rôles et les responsabilités qui incombent au gouvernement fédéral en vertu de la loi, qui font partie de son mandat ou qui relèvent de sa compétence?

Éléments de l'évaluation	Description	Questions d'évaluation
Rendement (Efficacité, efficacité et économie)		
Question n° 4 : Réalisation des résultats escomptés	Évaluation des progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés (y compris les résultats immédiats, intermédiaires et ultimes) par rapport aux cibles et à la portée des programmes, à la conception des programmes, ce qui comprend les liens et la contribution des extraits aux résultats.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans quelle mesure les résultats immédiats, intermédiaires et à long terme ont-ils été atteints? • Quelles ont été les difficultés, les barrières et les occasions? • Quelles modifications a-t-on apportées pour donner suite à la dernière évaluation? • La mise en œuvre des programmes a-t-elle entraîné des conséquences positives ou négatives imprévues?
Question n° 5 : Démonstration d'efficacité et d'économie	Évaluation de l'utilisation des ressources relativement à la production des extraits et aux progrès réalisés concernant l'atteinte des résultats escomptés.	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre des programmes, a-t-on réalisé les activités de la façon la plus économique et efficace possible? • A-t-on mis en place des mesures du rendement appropriées?

Méthodes de collecte de données

Les évaluateurs ont recueilli et analysé des données provenant de plusieurs sources, dont des sources de données principales et secondaires. Parmi les sources de données primaires, mentionnons les représentants communautaires, les coordonnateurs régionaux de la DGSPNI et les informateurs clés. Une répartition par région et la description de chaque groupe sont présentées ci-après.

Tableau 1 : Nombre de représentants régionaux

Représentants régionaux	Alberta	Sask.	Manitoba	Ontario	Québec	Atlantique	Total
Personnel des bureaux régionaux	2	7	4	6	1	4	24
Coordonnateurs régionaux, infirmières gestionnaires et gestionnaires de programme	3	2	5	2	1	2	15
Représentants communautaires	39	18	22	15	13	17	124
Total	44	27	31	23	15	23	163

- **Entrevues téléphoniques avec 41 informateurs clés**, y compris 10 membres du personnel des programmes du bureau national, 24 membres du personnel des bureaux régionaux, 2 représentants de l'Agence de la santé publique du Canada et 5 partenaires nationaux et spécialistes, dont l'Assemblée des Premières Nations et Inuit Tapiriit Kanatami. Une liste des informateurs clés a été fournie par Santé Canada. Les informateurs clés ont été sélectionnés en consultation avec le comité d'évaluation et comprenaient les personnes prenant part directement aux programmes à l'échelle nationale et régionale, ainsi que des partenaires et des spécialistes œuvrant dans un ou plusieurs domaines des maladies transmissibles ciblées par la DGSPNI. Un courriel a été envoyé à chaque personne interrogée décrivant le but de l'évaluation et sollicitant leur participation à une entrevue téléphonique. Un guide d'entrevue pertinent était joint à chaque courriel. En tout, on a mené 41 entrevues, dépassant considérablement la cible initiale de 30. On a résumé et présenté les résultats des entrevues dans un rapport distinct intitulé *Rapport technique des informateurs clés*.
- **Sondage auprès de 15 coordonnateurs régionaux qui supervisent les activités liées aux programmes de CPCMT dans les bureaux régionaux**. Une liste de 17 coordonnateurs régionaux a été obtenue auprès des bureaux régionaux de la DGSPNI, y compris les coordonnées. Un lien vers le sondage en ligne a été transmis par courriel à ces coordonnateurs ainsi qu'une lettre d'invitation expliquant le but de l'évaluation, l'importance d'y participer et la confidentialité des réponses.

L'objectif premier était de mener ces sondages en ligne. Toutefois, les employés de Santé Canada étaient incapables d'accéder au site du sondage à cause de restrictions imposées par un pare-feu à l'intérieur du Ministère. En conséquence, on a décidé d'effectuer les sondages par téléphone. Des 17 coordonnateurs régionaux joints, 15 ont répondu au sondage, soit un taux de réponse de 88 %. On a résumé et présenté les résultats des sondages dans un rapport distinct intitulé *Rapport technique sur l'enquête*.

- **Sondage auprès de 105 représentants communautaires** prenant part à l'exécution des programmes, y compris du personnel infirmier en santé communautaire et des directeurs du domaine de la santé. On a dressé une liste de 305 représentants communautaires en fonction des coordonnées fournies par les bureaux régionaux de la DGSPNI. Un lien vers le sondage en ligne a été transmis par courriel à ces représentants ainsi qu'une lettre d'invitation expliquant le but de l'évaluation, l'importance d'y participer et la confidentialité des réponses. On a acheminé au moins trois rappels par courriel à chaque représentant dont le nom figurait sur la liste, en plus d'assurer de nombreux suivis par téléphone. Les représentants avaient la possibilité de répondre au sondage par téléphone ou en ligne ou encore de recevoir une copie du questionnaire par la poste. Environ 7 % d'entre eux ont choisi de participer à l'entrevue par téléphone. Des 305 représentants communautaires que l'on a tenté de joindre, 23 n'ont pu être joints (p. ex. les courriels sont revenus, les personnes se trouvaient à l'extérieur durant le sondage, etc.), 100 ont répondu au questionnaire, 33 ont répondu partiellement aux questions et 28 ont accédé au site du sondage, sans fournir d'information utile. Après une première épuration des données, 105 sondages ont servi aux fins d'analyse, ce qui donne un taux de réponse de 34 %. On a résumé et présenté les résultats des sondages dans un rapport distinct intitulé *Rapport technique sur l'enquête*.

Diverses échelles de mesure ont été utilisées dans le cadre des sondages. Par exemple : les progrès réalisés sont mesurés sur une échelle de 1 à 5, où 1 indique aucun progrès, 3 quelques progrès et 5 des progrès considérables; la satisfaction est mesurée sur une échelle de 1 à 5, où 1 indique pas du tout satisfait, 3 plutôt satisfait et 5 très satisfait, l'utilisation des politiques est mesurée sur une échelle de 1 à 5, où 1 indique pas du tout, 3 dans une certaine mesure et 5 dans une grande mesure. L'accord avec un énoncé était aussi mesuré selon une échelle de 1 à 5, où 1 signifiait un désaccord, 3 plutôt en accord et 5 entièrement d'accord.

Les sources de données secondaires utilisées dans le cadre de l'évaluation sont les suivantes :

- **Examen approfondi des documents et des dossiers liés aux programmes.** Parmi les types de dossiers et de documents examinés, mentionnons les documents internes du gouvernement, comme les annonces du budget du gouvernement du Canada, les discours du Trône, les *Rapports sur les plans et les priorités* de Santé Canada et les descriptions de programme; les documents rédigés à l'administration centrale et dans les bureaux régionaux de la DGSPNI, comme les rapports d'étape régionaux et les plans de travail, le plan stratégique de la DGSPNI, le cadre de reddition de comptes de la DGSPNI, les plans opérationnels ministériels, les données du modèle de rapport communautaire (MRC), l'information financière, les politiques élaborées dans le cadre des programmes de CPCMT, la Stratégie de lutte contre la tuberculose de Santé Canada et les évaluations et vérifications antérieures des programmes de CPCMT, ainsi que l'information financière, les rapports de dépenses et les données limitées accessibles grâce à la base de données du système de gestion des contrats et contributions. On a résumé et présenté les résultats de l'examen des documents et des données dans un rapport distinct, le rapport technique sur les documents et les données.
- **Revue de la littérature pertinente** comprenant une étude approfondie de l'information provenant de sources extérieures aux programmes de la DGSPNI, tant de la documentation évaluée par des pairs (scientifiques et universitaires) que de la littérature grise (journaux et sites Web). On a recensé les publications en fonction d'un examen des documents de référence cités dans des rapports, des

évaluations et des documents de programme récents, ainsi qu'à partir d'une recherche par mots-clés. Exemples de mots clés utilisés pour lancer les recherches en ligne de la littérature connexe publiée dans un contexte canadien et international : autochtone, Premières Nations, Inuit, Indigène, maladie transmissible, maladie infectieuse, maladie évitable par la vaccination, immunisation, tuberculose, TB, VIH/sida, infection transmissible sexuellement, déterminants sociaux, environnementaux et déterminants de la santé, sensibilisation à l'égard de la santé, effort de sensibilisation, promotion, prévention, contrôle, stratégie, planification en cas de pandémie, plan d'urgence, planification en cas d'urgence, éclosion, prévention et contrôle des infections, meilleures pratiques, etc. Lorsque des résumés de rapports et d'articles clés étaient disponibles, on les a étudiés afin d'en déterminer la pertinence et on s'est servi des bibliographies qui y apparaissaient pour repérer d'autre matériel à examiner. L'examen a aussi compris un survol d'autres programmes nationaux et des programmes régionaux, provinciaux ou territoriaux similaires aux programmes de CPCMT. L'information relative aux autres programmes, y compris le présent examen, a été tirée de sites Web, de revues et d'articles de littérature grise pertinents. On a puisé de l'information portant sur d'autres programmes ou initiatives similaires, mais relevant d'une compétence autre que celle du Canada (p. ex. États-Unis, Nouvelle-Zélande, Australie), qui influent sur les éléments que l'on juge comme étant déterminants dans la propagation et la transmission de maladies transmissibles ciblées dans le cadre des programmes de CPCMT au moyen d'un mot-clé. De plus, on a mené des entrevues téléphoniques groupées avec un total de neuf représentants d'autres territoires de compétence, dont deux représentants du programme lié au VIH du service de santé des Indiens des États-Unis, six représentants du ministère australien de la Santé (des représentants du bureau de la protection de la santé, dont des représentants responsables de la gestion des urgences en matière de santé, de l'immunisation et de la politique relative aux virus transmissibles par le sang et aux ITS, ainsi qu'un représentant de la division de la santé chez les Autochtones et dans les régions rurales), et un représentant du ministère néo-zélandais de la Santé, unité de soins de santé maorie. Les entrevues ont été menées à partir d'un guide de discussion renfermant des questions sur le rôle des organismes responsables du CPCMT auprès des peuples autochtones, les modes de collaboration, les ressources consacrées aux programmes et aux services, la surveillance et les méthodes de collecte des données et les défis, de même que les meilleures pratiques et les leçons apprises dans le cadre de l'exécution des programmes. On a résumé et présenté les résultats de la revue de la littérature dans un rapport technique distinct.

- **Analyse régionale comparative.** Un profil détaillé de la conception et de l'exécution des programmes, de l'atteinte des objectifs, des obstacles, des défis et des leçons apprises dans cinq régions a été dressé et examiné. Cette source de données n'a pas nécessité d'autres recherches, il a plutôt consisté en une analyse du point de vue régional des données déjà colligées, plus particulièrement des résultats de l'examen des documents et des données, des entrevues auprès des informateurs clés et du sondage auprès des représentants de programme et des professionnels de la santé prenant part aux programmes. L'analyse a permis d'étudier plus en profondeur le rendement des programmes d'une région à l'autre et de mettre en lumière les meilleures pratiques. On a dressé un tableau de bord régional qui a donné un aperçu des forces et des difficultés des différentes régions au titre de la mise en œuvre des programmes de CPCMT, notamment au moyen de l'évaluation de partenariats stratégiques visant à mobiliser des intervenants clés et des dirigeants communautaires. On a résumé et présenté les résultats de ce champ d'enquête dans un rapport distinct, le rapport technique sur le profil régional.

Analyse des données

L'information recueillie dans chacun des champs d'enquête a été résumée et présentée dans six rapports techniques renfermant de l'information détaillée et une analyse approfondie des données associées aux questions d'évaluation respectives. On a utilisé l'Ensemble des programmes statistiques relatif aux

sciences sociales (S.P.S.S.) pour épurer et analyser les données tant qualitatives que quantitatives en comparaison avec les entrevues et les sondages. Les techniques d'analyse des données comportaient une analyse statistique des données quantitatives issues de bases de données, de sondages, d'entrevues avec des informateurs clés et une analyse thématique des données qualitatives. On a présenté, dans un document PowerPoint, des conclusions préliminaires à la Direction de l'évaluation, au comité d'évaluation et aux partenaires de l'Assemblée des Premières Nations et de l'Inuit Tapiriit Kanatami. Des modifications mineures ont été apportées de manière à inclure le contexte de certaines données et à mieux dépeindre les différences entre les régions. Les commentaires et la rétroaction du comité ont aussi été pris en considération au moment de rédiger le rapport définitif. Le recours à la triangulation de plusieurs champs d'enquête a permis de tirer des conclusions et de mettre à l'essai les forces et les limites de chaque champ d'enquête au moment de préparer le rapport définitif. Les conclusions soutenues par plus d'un champ d'enquête sont présentées dans le rapport définitif.