



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

Health Canada and the Public
Health Agency of Canada

Évaluation du Fonds d'intégration des services de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits 2010-2011 à 2014-2015

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

Mars 2016

Liste des acronymes

AC	Administration Centrale
APN	Assemblée des Premières Nations
C-B	Colombie-Britannique
DG	Directeur Général
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
F et E	Fonctionnement et entretien
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
FTSA	Fonds de transition pour la santé des Autochtones
IIS	Initiative d'intégration de la santé
ITK	Inuit Tapiriit Kanatami
OPT	Organisations provinciales et territoriales
S et C	Subventions et contributions
TPSGC	Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

Table des matières

Sommaire.....	ii
Réponse et plan d'action de la direction.....	vi
1.0 But de l'évaluation.....	1
2.0 Description du programme	1
2.1 Contexte du programme.....	1
2.2 Profil du programme.....	2
2.3 Description du programme	3
2.4 Harmonisation du programme et ressources.....	4
3.0 Description de l'évaluation.....	5
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	5
3.2 Limites et stratégies d'atténuation	7
4.0 Constatations.....	7
4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme	7
4.2 Pertinence : Élément 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement	9
4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral	11
4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)	12
4.5 Rendement : Élément 5 – Démonstration d'économie et d'efficacité	37
5.0 Conclusion	44
5.1 Conclusions – Pertinence.....	44
5.2 Conclusions – Rendement.....	45
6.0 Recommandations.....	46
Annexe 1 – Bibliographie.....	48
Annexe 2 – Modèle logique du Fonds d'intégration des services de santé.....	50
Annexe 3 – Résumé des résultats	51
Annexe 4 – Sommaire des objectifs atteints par étape du continuum	56
Annexe 5 – Description de l'évaluation	57

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du programme – 2010-2011 à 2014-2015 (\$).....	5
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation	7
Tableau 3 : FISS - Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles*	41

Sommaire

L'évaluation du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) a porté sur les activités de projet au cours de la période d'avril 2010 à mars 2015. L'évaluation de la pertinence et du rendement continu du programme était en conformité avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Il s'agit d'une évaluation qui était prévue pour l'exercice 2014-2015 dans le plan d'évaluation ministériel quinquennal de Santé Canada.

But et portée de l'évaluation

L'évaluation a porté sur la pertinence et le rendement du FISS (efficacité, économie et efficience). Le FISS ayant été récemment renouvelé (juillet 2015), les résultats de l'évaluation viendront appuyer le processus décisionnel en vue de l'amélioration des politiques et des programmes. Cette évaluation couvre les activités de programme, à l'exclusion des projets de la Colombie-Britannique (C.-B.)¹.

La méthodologie adoptée pour l'évaluation incluait des entrevues menées auprès des principaux informateurs, à savoir les membres du personnel national et régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), les membres du personnel des services de santé provinciaux et régionaux, ainsi que les coordonnateurs de projets, qui sont souvent des membres des collectivités inuites et des Premières Nations. Une enquête a également été menée auprès des responsables des projets mis en œuvre², bien que le faible nombre de réponses reçues n'ait permis d'utiliser les résultats d'enquête qu'accessoirement. De plus, la documentation et les données existantes ont été passées en revue.

L'Assemblée des Premières Nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) ont été consultés lors de l'élaboration de la méthodologie d'évaluation, du sondage, des guides d'entrevue avec les principaux informateurs et de l'ébauche du rapport.

Description du programme

Le FISS est un programme évolutif qui remplace le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) [2006-2011] et l'Initiative d'intégration de la santé (IIS) lancée en 2003. Le FISS est une initiative quinquennale visant à appuyer des projets pluriannuels ayant une composante de planification concertée faisant appel à des partenaires au niveau provincial-territorial-fédéral, ainsi qu'à des collectivités et à des organisations inuites et des Premières Nations. Les objectifs prévus du programme comprennent :

¹ Les projets de la C.-B. ont été exclus en raison de l'accord tripartite qui sera évalué dans le cadre d'une initiative distincte.

² Les projets mis en œuvre incluait des projets dont les activités allaient au-delà des étapes de planification et contenaient soit un élément d'essai pilote, la mise au point définitive d'un accord d'intégration ou la mise en œuvre complète d'un modèle proposé.

- l'amélioration de l'intégration des services de santé financés par le gouvernement fédéral à l'intention des collectivités inuites et des Premières Nations avec ceux financés par les provinces et les territoires;
- l'établissement de partenariats multipartites favorisant l'intégration des services de santé;
- l'amélioration de l'accès aux services de santé par les Premières Nations et les Inuits;
- l'accroissement de la participation des Premières Nations et des Inuits à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services de santé.

Au cours de la période allant de 2010-2011 à 2014-2015, les dépenses du FISS se chiffraient à environ 51,1 millions de dollars. De ce montant, environ 44,5 millions de dollars étaient sous forme de subventions et de contributions (S et C) et ont servi à financer 77 projets du FISS (dont 68 sont inclus dans la présente évaluation). Les projets du FISS étaient de nature diverse, allant de projets fondés sur une théorie (p. ex. des analyses environnementales, des modèles de recherche en santé) à des projets d'élaboration d'outils et des projets de coordination et d'élaboration de nouvelles ententes de services. Les projets ont contribué aux cinq étapes du continuum de l'intégration (à savoir la planification, le renforcement des capacités, la coordination des services, l'établissement de partenariats pour la prestation de services et le transfert, la fusion et le regroupement des services).

CONCLUSIONS – PERTINENCE

Il est clair que le gouvernement fédéral doit participer de manière continue aux travaux visant à établir et à maintenir un système de soins de santé qui est culturellement adapté aux Premières Nations et aux Inuits et qui correspond à leurs besoins, car elle permet de combler les lacunes en matière de services rencontrées dans l'ensemble des administrations. Les activités d'intégration du FISS peuvent favoriser une plus grande collaboration entre les intervenants, en offrant la possibilité de réduire la fragmentation actuelle des services de santé qui entraîne souvent une planification incohérente des soins de santé et des priorités en matière de prestation entre des intervenants cherchant pourtant à servir la même population. Les travaux dans le domaine de la santé des Premières Nations et des Inuits menés dans le cadre du Programme du FISS sont conformes à la *Politique sur la santé des Indiens* (1979), à la *Politique sur le transfert des services de santé* (1988), ainsi qu'au mandat et à la fonction de la DGSPNI. La conception du FISS démontre un effort concerté pour réunir un grand nombre d'intervenants issus de diverses administrations, ainsi que pour obtenir la participation active des organisations et des collectivités inuites et des Premières Nations dans l'intégration des soins de santé, en vue d'établir un environnement plus cohérent et souple à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Par conséquent, le FISS répond aux priorités stratégiques du Ministère et de la DGSPNI, qui sont notamment d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, de collaborer avec les autorités provinciales et territoriales afin d'offrir des services de santé et d'améliorer leur intégration et de renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits.

CONCLUSIONS – RENDEMENT

Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les activités du projet ont permis d'améliorer la compréhension des facteurs favorables et défavorables ayant une incidence sur l'intégration des services de santé. Évidemment, la nature intergouvernementale des projets a permis de réunir de nombreux intervenants, collectivités et partenaires qui ont collaboré à l'intégration des services de santé grâce à l'établissement de partenariats, au soutien à la planification et à la réalisation d'activités de renforcement des capacités (p. ex. la formation sur la sensibilisation aux réalités culturelles, l'élaboration de ressources et de documents de référence, le perfectionnement des compétences en matière d'administration et de planification stratégique). Ces points sont cohérents avec les facteurs qui facilitent l'intégration des services de santé.

Dans l'ensemble, les objectifs des projets du FISS ont été atteints, ce qui a contribué à une meilleure intégration des services de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Tout semble indiquer que les activités de projet relatives à la planification, au renforcement des capacités et à la coordination des services ont connu un franc succès et que les activités de projet contribuant aux partenariats en matière de prestation des services de santé ont connu un succès considérable dans l'atteinte de leurs objectifs. Les activités qui renforcent l'étape de l'intégration ultime pour le transfert, la fusion et le regroupement des services de santé ont également atteint dans une certaine mesure leurs objectifs. Il y a également eu quelques projets dont les activités ont été bénéfiques pour l'amélioration des résultats sur la santé, mais dans certains cas, ces projets ne faisaient pas partie d'un service de santé existant ou n'avaient pas de lien avec un tel service, ce qui signifie qu'en fin de compte le travail accompli dans le cadre de ces projets n'a pas toujours pu influencer directement sur le résultat final du FISS qui consiste à améliorer l'accès à des services de santé de qualité.

Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer réellement l'importance de l'incidence des projets du FISS sur les résultats à long terme escomptés, des changements positifs ont été observés tant au niveau du premier résultat à long terme qu'à celui du résultat final (y compris l'accès et la qualité). Les projets du FISS portent sur l'amélioration de la qualité des services de santé en sensibilisant les fournisseurs de services aux réalités culturelles, en contribuant à un continuum de soins plus grand et en appliquant une approche centrée sur les clients et les besoins des collectivités. L'accès aux services de santé a été facilité par l'amélioration de la connaissance de ces services, la capacité d'offrir ces services, la présence de ressources qui se consacrent à l'amélioration de l'accès des patients aux services de santé pertinents, une meilleure coordination des services et l'accent sur l'établissement de continums de soins.

Démonstration d'économie et d'efficience

Les dépenses des années antérieures ont indiqué qu'il y avait eu un financement excédentaire du FISS, mais quelques années plus tard on a constaté qu'il y avait un meilleur équilibre entre les fonds alloués et les dépenses réelles. Les coordonnateurs de projet ont révélé que le financement du FISS leur a permis d'obtenir un financement et des ressources (en nature) supplémentaires des partenaires à l'appui des initiatives d'intégration en matière de santé. Les équipes de projet

chargées de recenser les services et d'analyser les besoins ont pris davantage conscience des services existants, ce qui leur a permis d'étendre leur réseau de ressources et de prévenir le dédoublement ultérieur des services. En outre, plusieurs projets ont produit des résultats qui ont permis de fournir des soins de santé plus efficacement grâce à l'intégration de la technologie (p. ex. la mise en œuvre des dossiers médicaux électroniques, qui permet de réduire le temps requis pour établir le dossier médical des patients avant de procéder au traitement). Les questions relatives à la gestion du projet (p. ex. le manque de clarté entourant les rôles et responsabilités) ont, dans certains cas, eu des répercussions négatives sur l'efficacité avec laquelle les activités du projet étaient effectuées.

Le programme était assorti d'une stratégie de mesure du rendement. Des rapports concernant le projet sont en cours d'élaboration et il est possible de renforcer les indicateurs individuels du projet en mettant l'accent sur des indicateurs davantage axés sur les résultats, en s'assurant que les indicateurs servant à mesurer les améliorations sont accompagnés des données de base et en maintenant un certain niveau de précision pour les indicateurs afin de garantir l'exactitude des rapports. Les indicateurs de mesure du rendement des projets devraient continuer à appuyer les indicateurs au niveau du programme tout en établissant un ensemble distinct d'indicateurs servant à mesurer le rendement propre aux projets.

RECOMMANDATIONS

Recommandation 1

Évaluer les propositions dans le but de sélectionner les projets qui contribuent directement aux résultats à long terme du FISS visant l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité.

Les propositions de projets éventuelles devraient être examinées en vue de cerner les travaux ayant une incidence directe sur l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité. Bien que cela puisse exclure certains projets axés spécifiquement sur l'amélioration de la santé et dont les résultats ne font pas partie des résultats escomptés du FISS, les améliorations apportées à l'accès et à la qualité des services de santé sont susceptibles d'avoir des répercussions dans ces domaines en tant que sous-produit du travail d'intégration réalisé.

Recommandation 2

Planifier le cycle de vie du projet à l'étape du plan de travail et envisager activement de prendre des mesures visant à assurer sa durabilité au fur et à mesure que le projet progresse.

La compréhension commune et l'engagement des partenaires dès le début du projet sont essentiels à la réussite du travail du FISS. Lorsque les rôles et les responsabilités de chaque membre participant ne sont pas clairs, cela peut engendrer de la confusion et entraver la progression opportune des projets. Par conséquent, il est recommandé que les responsables de

tous les projets définissent les rôles et responsabilités de chaque partenaire à l'étape du plan de travail, et qu'ils établissent un calendrier indiquant les étapes clés réalisables pour chaque projet. Avant de commencer à réaliser les travaux, il faudrait également tenir une discussion sur le suivi de la réussite du projet en déterminant les réalisations attendues et sur la régularité avec laquelle on recueille des données qui peuvent faire partie de la mesure du rendement. En outre, des moyens de favoriser la durabilité du travail accompli doivent être envisagés à toutes les phases du projet et être inclus en tant que champ distinct sur les modèles de rapports du projet.

Recommandation 3

Améliorer les efforts de mesure du rendement au niveau du projet en mettant l'accent sur des indicateurs ayant une plus grande clarté et qui sont axés sur les résultats. Faire en sorte que le modèle logique du programme soit compatible avec l'orientation récemment mise à jour du FISS.

Les indicateurs de projet devraient être principalement axés sur les répercussions des travaux réalisés. Cela est rendu possible grâce à l'utilisation d'indicateurs qui sont moins axés sur les extrants et qui portent davantage sur les résultats des processus, des outils et des autres activités mises en œuvre au moyen des projets du FISS. La reconnaissance d'indicateurs valables peut poser un défi, et il peut être avantageux de tenir des séances d'établissement de la capacité en matière de mesure du rendement avec les coordonnateurs de projet et le personnel régional dès le début du projet afin de s'assurer que les meilleures données possible soient recueillies tout au long de la durée de vie du projet. À la lumière de l'évolution récente vers des projets à plus grande délégation des responsabilités, le modèle logique du programme devrait être réexaminé pour tenir compte des résultats à long terme qui sont conformes à cette nouvelle approche, afin de faire en sorte que les activités de programme continuent de contribuer à l'atteinte des objectifs généraux, et que les futures évaluations portent sur le respect des critères appropriés.

Réponse et plan d'action de la direction

Évaluation du Fonds d'intégration des services de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
1.) Évaluer les propositions dans le but de sélectionner les projets qui contribuent directement aux résultats à long terme du FISS visant l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité.	D'accord	<ul style="list-style-type: none"> L'administration centrale (AC)-doit fournir une orientation aux régions à propos de l'évaluation des propositions. 	<ul style="list-style-type: none"> Les coordonnateurs régionaux du FISS doivent évaluer les propositions de projets. 	<ul style="list-style-type: none"> Fin d'ici le 31 mars 2017 pour la réception initiale des propositions de projets du FISS. En cours s'il y a des périodes subséquentes de réception des propositions. 	Cadres régionaux respectifs et directeur général (DG), Politique stratégique, planification et information, DGSPNI.	<ul style="list-style-type: none"> Selon le budget actuel du FISS.
2.) Planifier le cycle de vie du projet à l'étape du plan de travail et envisager activement de prendre des mesures visant à assurer sa durabilité au fur et à mesure que le projet progresse.	<p>Accepter de discuter avec les partenaires de la durabilité des projets ainsi que des aspects des projets pouvant être durables et de ce qui est requis pour assurer cette durabilité.</p> <p>La DGSPNI collaborera activement avec des partenaires pour favoriser la durabilité des projets, mais la durabilité générale est tributaire du rôle des partenaires participant aux projets individuels.</p>	<ul style="list-style-type: none"> L'AC doit collaborer avec la région à l'appui des mesures de durabilité. 	<p>2a.) Mesures de surveillance pour garantir la durabilité en établissant des rapports annuels et des rapports définitifs sur les projets. Nécessite un plan de durabilité au cours de la première année.</p> <p>2b.) Communication de l'information entre les projets pour contribuer aux mesures de durabilité.</p>	<p>2a.) Dans les rapports de projet annuels, on demande des renseignements sur les activités pour soutenir la durabilité (tâche permanente). Les régions examineront le plan de durabilité d'ici mars 2017.</p> <p>2b) En cours par l'intermédiaire d'activités de mise en commun des connaissances et des renseignements (présentations lors de réunions régionales, produits de communication comme des webinaires, des sites Web communautaires). Les pratiques exemplaires sur la durabilité seront communiquées (c.-à-d. mise en œuvre d'ententes officielles, planification de la relève en fonction du roulement du personnel, etc.).</p>	DG de Politique stratégique, planification et information, DGSPNI et cadres exécutifs respectifs.	<ul style="list-style-type: none"> Selon le budget actuel du FISS.

Recommandations	Réponse	Plan d'action	Produits livrables	Date d'achèvement prévue	Responsabilisation	Ressources
<p>3.) Améliorer les efforts de mesure du rendement au niveau du projet en mettant l'accent sur des indicateurs ayant une plus grande clarté et qui sont axés sur les résultats. Faire en sorte que le modèle logique du programme soit compatible avec l'orientation récemment mise à jour du FISS.</p>	Acceptée	<p>Le secteur de programme collabore avec Planification stratégique et responsabilisation et avec le Bureau de l'audit et de l'évaluation afin d'améliorer les activités de mesure au niveau du projet.</p> <p>Les régions collaborent avec les coordonnateurs de projets afin d'élaborer des indicateurs appropriés au niveau du projet.</p>	<p>3a.) Une nouvelle stratégie de mesure du rendement est élaborée.</p> <p>3b.) Un nouveau modèle logique est produit.</p> <p>3c.) Les indicateurs de programme sont améliorés.</p> <p>3d.) Des directives sont fournies aux coordonnateurs de projet sur les indicateurs appropriés à l'échelle du projet.</p>	<p>3a.) Doit être terminée le 31 mars 2016.</p> <p>3b.) Doit être terminée le 31 mars 2016.</p> <p>3c.) Doit être terminée le 31 mars 2016.</p> <p>3d.i) Mise à jour du guide modèle du programme du FISS qui décrit brièvement le besoin d'élaborer des indicateurs à l'échelle du projet (le 31 mars 2016).</p> <p>3d.ii) Des indicateurs au niveau du projet seront élaborés au fur et à mesure que les propositions seront mises en œuvre.</p>	<p>DG de Politique stratégique, planification et information et de l'information, DGSPNI et cadres exécutifs respectifs.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Selon le budget actuel du FISS.

1.0 But de l'évaluation

Le but de l'évaluation était de mesurer la pertinence et le rendement (efficacité, économie et efficience) du FISS de la DGSPNI pour la période d'avril 2010 à mars 2015.

L'évaluation répondait à une exigence de la *Loi sur la gestion des finances publiques* (pour les S et C) et de la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Elle était prévue au Plan d'évaluation quinquennal de Santé Canada pour 2014-2015. Elle aidera le sous-ministre et la haute direction de Santé Canada à prendre des décisions visant l'amélioration des politiques et des programmes.

2.0 Description du programme

2.1 Contexte du programme

La participation de a à l'intégration des services de santé avait pour but de promouvoir l'innovation et les partenariats plurigouvernementaux dans le cadre d'activités de planification et de prestation des soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Les responsables du FISS cherchent à augmenter la participation des Premières Nations et des Inuits à tous les aspects de la prestation et de la conception des soins de santé, et ce, dans le but de créer des services de santé plus adaptés aux membres des collectivités. C'est dans cette optique qu'ont été mises en œuvre trois versions consécutives d'un fonds conçu pour favoriser l'intégration des services de santé des Premières Nations et des Inuits. L'intégration prend de nombreuses formes; pour les besoins de la présente évaluation, elle se situe dans un continuum comprenant des étapes qui, la plupart du temps, sont les suivantes : la planification, le renforcement des capacités, la coordination des services, l'établissement de partenariats pour la prestation de services et le transfert, la fusion et le regroupement des services. Bien que cette conceptualisation représente bien l'évolution des différents niveaux de l'intégration, il est important de noter que les étapes ne sont pas toutes pertinentes pour tous les projets. Par exemple, un outil d'évaluation de la santé pourrait contribuer au renforcement des capacités et à l'amélioration de la coordination des services, mais il ne mènerait jamais à la fusion des services en soi. En fin de compte, l'intégration, dans le cadre du FISS, est conçue pour améliorer l'accès à des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits.

La première version du Fonds a été lancée en 2003 sous le nom « Initiative d'intégration de la santé » (ISS) et comprenait huit projets pilotes dont l'objectif était d'explorer, d'élaborer et d'analyser des modèles d'intégration pour améliorer la prestation des services et l'exécution des programmes de santé aux Premières Nations et aux Inuits. L'IIS a reçu 10,8 millions de dollars sur une période de trois ans grâce à l'enveloppe destinée aux Autochtones du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires.

À partir de cette initiative, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) a été lancé en 2006; cette version exploitait les leçons tirées de l'IIS, notamment la nécessité de développer les capacités de chacun des partenaires. Par conséquent, le FTSA a contribué au renforcement des capacités des organisations autochtones afin de favoriser leur participation aux niveaux national et régional. Contrairement à l'IIS, les propositions de projets approuvées du FTSA étaient axées sur l'intégration et l'adaptation de services *existants*. Le budget de 200 millions de dollars du FTSA servait à financer 311 projets sur une période de cinq ans; le FTSA a finalement été prolongé d'un an afin de permettre l'achèvement des projets et la compilation des leçons tirées pour éclairer la mise en œuvre du FISS.

Le FISS, lancé en 2010, vise à transformer le système de santé (p. ex. l'organisation, la structure, les partenariats et la prestation des services). Le programme exploite les leçons tirées des initiatives précédentes, soit l'IIS et le FTSA. Par conséquent, plus de temps a été consacré à la première phase des projets afin de favoriser la planification et l'établissement conjoints des priorités entre les partenaires. Le budget du FISS, s'élevant à 59,4 millions de dollars et s'étalant sur une période de cinq ans³, sert à financer 77 projets dans l'ensemble des provinces et des territoires. Le programme a été renouvelé et bénéficie de services votés annuels de 15,8 millions de dollars.

2.2 Profil du programme

Le FISS est une initiative quinquennale visant à appuyer des projets pluriannuels ayant une composante de planification concertée faisant appel à des partenaires au niveau provincial-territorial-fédéral, ainsi qu'à des collectivités et des organisations inuites et des Premières Nations. Les objectifs prévus du programme comprennent :

- l'amélioration de l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral à l'intention des collectivités inuites et des Premières Nations avec ceux financés par les provinces et les territoires;
- l'établissement de partenariats multipartites favorisant l'intégration des services de santé;
- l'amélioration de l'accès aux services de santé par les Premières Nations et les Inuits;
- l'accroissement de la participation des Premières Nations et des Inuits à la conception, à la prestation et à l'évaluation des programmes et des services de santé.

Les 77 projets du FISS (dont 68 sont inclus dans la présente évaluation⁴) étaient de nature diverse, allant de projets fondés sur une théorie à des projets d'élaboration d'outils et des projets de mise en œuvre des services. Les projets ont contribué au continuum de l'intégration.

- **Planification** : p. ex. élaboration de modèles ou de plans de santé communautaire, détermination des lacunes dans les services, élaboration de cadres stratégiques en partenariat;

³ Le FISS avait reçu au départ 80 millions de dollars. Le montant de 59,4 millions n'inclut pas le régime d'avantages sociaux des employés, les mesures d'adaptation de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada (TPSGC) et le financement qui a servi à soutenir l'Accord tripartite de la Colombie-Britannique.

⁴ Les projets de la C.-B. n'étaient pas visés par l'évaluation en raison de l'établissement de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières nations en octobre 2013

- **Renforcement des capacités** : p. ex. formation sur la sécurité culturelle, outils d'évaluation normalisés;
- **Coordination des services** : p. ex. embauche d'intervenants-pivots de la santé pour favoriser l'accès sans faille des clients aux services de santé, promotion du soutien aux personnes ayant des besoins spéciaux, harmonisation des pratiques des services existants de santé mentale et de toxicomanie afin de renforcer le continuum des soins de santé;
- **Établissement de partenariats pour la prestation de services** : p. ex. cliniques d'un jour offrant plusieurs services installées dans les collectivités, programmes intégrés de soins primaires dans les réserves, ententes de services de santé;
- **Transfert, fusion et regroupement des services** : p. ex., modèle de milieu de vie résidentiel qui aide les personnes ayant connu des difficultés à perfectionner leurs compétences afin qu'elles soient en mesure de vivre de façon autonome, projets de gouvernance.

2.3 Description du programme

Le FISS a un modèle logique (voir l'annexe 2); ses composantes sont présentées ci-dessous.

À long terme, les résultats attendus du programme sont les suivants : (1) augmentation du nombre d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits et (2) accès amélioré à des services de santé de qualité à l'intention des Premières Nations et des Inuits. L'idée est que les ententes d'intégration créées grâce aux partenariats du FISS permettront aux intervenants de développer les compétences et les capacités requises afin d'être en mesure de créer et de soutenir de façon autonome des occasions sans avoir recours au financement de démarrage du gouvernement fédéral. Par conséquent, le premier résultat à long terme devrait se concrétiser au-delà du cycle de vie des projets du FISS. Ces nouvelles ententes devraient continuer de répondre aux besoins des Premières Nations et des Inuits en matière d'intégration des services de santé et de contribuer davantage à l'atteinte du résultat final du FISS, soit l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits.

Le programme présente un résultat intermédiaire clé qui est au centre de l'initiative, c'est-à-dire une plus grande intégration des services de santé pour les Premières Nations et les Inuits. L'on s'attend à ce que des progrès vers l'atteinte de ce résultat soient réalisés dans les 3 à 5 années suivant l'octroi initial du financement; ce résultat est donc réalisable étant donné la portée des résultats qui ont été examinés dans le cadre de la présente évaluation. Il peut s'agir d'une coordination au niveau d'un service, pour améliorer la communication et combler des lacunes de service, d'une coordination au niveau de gouvernance pour établir plus clairement les rôles et responsabilités, et aller jusqu'à des activités conjointes de planification et d'élaboration de politiques au niveau politique et de la haute direction⁵. L'élaboration, la mise en œuvre ou l'harmonisation d'accords, de politiques, d'outils ou de pratiques officiels pourraient être des preuves de progrès dans ce domaine.

⁵ Santé Canada, *First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) Systems Integration-Health Services Integration Fund (HSIF) Evaluation Framework*, 2011.

Les résultats immédiats comprennent les suivants : (1) une capacité accrue des intervenants et des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, et (2) une meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des membres des Premières Nations et des Inuits. La participation active à des partenariats, dont les membres assurent une présence équilibrée au sein du comité consultatif du projet, mènerait à l'élaboration conjointe de plans et de programmes d'intégration guidés par une meilleure compréhension des conditions préalables et des risques afin d'optimiser l'efficacité de l'intégration.

Les résultats décrits ci-dessus seront atteints grâce à la participation aux domaines d'activités suivants :

1. Gouvernance et planification du FISS
2. Renforcement des capacités d'intégration
3. Mise en œuvre du plan d'intégration
4. Surveillance et évaluation de la mise en œuvre
5. Élaboration de politiques et mise en commun des connaissances

Le groupe ciblé par les activités du FISS est vaste étant donné que les projets sont amorcés en fonction des propositions axées sur les besoins. Les groupes suivants sont admissibles au financement si leurs projets bénéficient aux services de santé pour les Premières Nations et les Inuits : collectivités des Premières Nations, organisations claniques et conseils tribaux, communautés inuites et organismes de revendications territoriales, associations et organisations autochtones, ministères de santé provinciaux, territoriaux et régionaux et autorités connexes.

2.4 Harmonisation du programme et ressources

Les données financières du programme pour les exercices 2010-2011 à 2014-2015 sont présentées ci-dessous (tableau 1).

Dans l'ensemble, le budget du programme était de 80 millions de dollars sur une période de cinq ans, soit de 2010-2011 à 2014-2015, bien que le budget ait été réduit à 59,4 millions de dollars à un certain moment⁶. Comme le tableau 1 du budget de 2010-2011 à 2014-2015 le montre, près des trois quarts (74 %) du financement total ont servi à financer des projets par le truchement des programmes de S et C; 12 % du financement a servi à financer les dépenses de fonctionnement et d'entretien (F et E), ce qui explique les dépenses totales. Environ 14 % du budget a servi à payer le salaire des employés et des équivalents temps plein dans l'ensemble du FISS, qui allaient de 31,1 durant la première année à 21,73 en moyenne durant les quatre années suivantes.

⁶ Ne comprend pas le régime d'avantages sociaux des employés, les mesures d'adaptation de TPSGC et le financement réservé à l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique.

Tableau 1 : Ressources du programme – 2010-2011 à 2014-2015 (\$)*

Année	S et C	F et E	Salaires	Totaux
2010-2011	0 \$	2 066 252 \$	2 581 766 \$	4 648 018 \$
2011-2012	7 140 183 \$	1 935 024 \$	1 823 153 \$	10 898 360 \$
2012-2013	11 099 755 \$	1 000 173 \$	1 592 718 \$	13 692 646 \$
2013-2014	12 723 214 \$	988 216 \$	1 111 339 \$	14 822 769 \$
2014-2015	13 290 061 \$	977 124 \$	1 088 405 \$	15 355 590 \$
Totaux	44 253 213 \$	6 966 789 \$	8 197 381 \$	59 417 383 \$

* Source de données : Bureau de l'agent principal des finances

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

L'évaluation portait sur la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015 et examinait les projets présentés dans toutes les provinces, à l'exception de la Colombie-Britannique^{7,8}. Les 68 projets⁹ étaient de nature variée et contribuaient aux différentes étapes du continuum de l'intégration, soit : la planification, le renforcement des capacités, la coordination des services, l'établissement de partenariats pour la prestation de services et le transfert, la fusion et le regroupement des services.

Les questions examinées dans l'évaluation s'harmonisaient avec la *Politique sur l'évaluation* (2009) du Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et prenaient en compte les cinq éléments fondamentaux en lien avec la pertinence (nécessité de maintenir le programme, rôle du gouvernement fédéral, harmonisation avec les priorités du gouvernement) et le rendement (efficacité, économie, efficience), tel qu'ils sont décrits dans l'annexe 5. Pour chacun des éléments fondamentaux, des questions précises ont été formulées suivant les points devant être pris en compte dans le programme; ces questions ont orienté le processus d'évaluation. L'APN et l'ITK ont également été consultés lors de l'élaboration de la méthodologie de l'évaluation, du sondage et des guides d'entrevue avec les principaux informateurs.

Les données ont été recueillies et triangulées à partir de quatre sources de données probantes afin d'accroître la fiabilité et la crédibilité des conclusions de l'évaluation. L'analyse reposait notamment sur les sources ci-après.

⁷ La C.-B. n'a pas été visée dans l'évaluation en raison de l'établissement de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations en octobre 2013.

⁸ Tous les projets du FISS sont compris dans l'évaluation, peu importe leur niveau de mise en œuvre. La section du rendement tient compte de la mise en œuvre.

⁹ Projets par région : Alberta (4), Saskatchewan (13), Manitoba (8), Ontario (13), Québec (11), Terre-Neuve-et-Labrador (5), Nouveau-Brunswick (3), Nouvelle-Écosse (2), Île-du-Prince-Édouard (4), Nunavut (1), Territoires-du-Nord-Ouest (3), Yukon (1)

Examen des documents et des données

L'examen des documents consistait en des propositions propres au projet, ainsi que des rapports d'étape rédigés par les bénéficiaires du Fonds et des évaluations de projet. Les responsables du programme ont également fourni de la documentation afin de faire la lumière sur l'évolution du programme. Les données financières et les feuilles de calcul de suivi des projets ont également été incluses dans l'examen. L'examen des documents a contribué à l'analyse de toutes les questions de l'évaluation.

Examen de la documentation

L'examen de la documentation, exigé par les responsables du programme en 2010, était toujours pertinent dans le cadre des discussions sur les formes d'intégration des services de santé adaptés aux cultures. Par conséquent, l'équipe responsable de la présente évaluation a effectué un examen de la documentation supplémentaire afin de prendre en compte les indicateurs de résultats. Cette analyse a également contribué à la rédaction de la section sur la pertinence. L'examen de la documentation combiné est formé de renseignements provenant de revues dont les articles sont évalués par des pairs et de la littérature grise.

Sondage

Un sondage en ligne a été conçu pour faire participer les responsables des projets mis en œuvre afin de recueillir les leçons tirées de ces projets. Les 37 responsables des projets admissibles ont été invités à participer par l'entremise de courriels, d'appels téléphoniques de rappel, de courriels (envoyés par l'équipe de l'évaluation) et de communications régionales de la DGSPN. Le sondage a été mis en ligne le 12 mai 2015 et a pris fin le 26 mai 2015. En fin de compte, 13 participants admissibles ont répondu au sondage. Par conséquent, les résultats du sondage ont été utilisés de façon anecdotique.

Entrevues avec les principaux informateurs

Un total de 41 entrevues avec les principaux informateurs ont eu lieu pour ces trois principaux groupes : membres du personnel de la DGSPNI à l'échelle nationale (2) et régionale (10), membres des ministères de la Santé des gouvernements provinciaux et territoriaux (12) et coordonnateurs de projets au sein des collectivités et des organisations inuites et des Premières Nations (17)¹⁰. La représentation régionale a été prise en compte dans les trois groupes. La participation était volontaire et les principaux informateurs ont eu la possibilité d'examiner les notes des évaluateurs prises lors de leur entrevue afin de s'assurer que leurs commentaires étaient bien compris. Les entrevues avec les principaux informateurs ont contribué à alimenter presque toutes les sections du rapport d'évaluation.

¹⁰ Un conseiller embauché dans le cadre de projets précis du FISS a été ajouté à la catégorie des coordonnateurs de projets afin que ses réponses restent confidentielles.

3.2 Limites et stratégies d'atténuation

Le tableau suivant décrit les limites auxquelles se sont heurtées les personnes responsables de l'évaluation du FISS. Les mesures d'atténuation mises en place pour assurer la solidité de l'analyse dans le but d'appuyer les conclusions sont décrites ci-dessous.

Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
Échantillon de petite taille.	Incapacité d'obtenir des résultats statistiquement significatifs.	Les résultats du sondage ont été utilisés de façon anecdotique et ont été complétés par des résultats obtenus grâce à d'autres méthodes de collecte de données, le cas échéant.
Différence dans la portée des rapports produits concernant les projets, selon le projet visé et les évaluations alors que les rapports d'évaluation finaux des projets étaient encore en voie d'être soumis.	Limites des données de résultats disponibles aux fins d'examen.	Trente-six des soixante-huit rapports d'évaluation ont été examinés afin d'évaluer le rendement du projet. Dans les cas où le rapport d'évaluation final n'avait toujours pas été soumis, un examen approfondi du rapport semestriel pour toutes les étapes du projet a été réalisé afin d'appuyer les conclusions en matière de rendement. Les résultats des rapports de projet ont également été triangulés avec les données recueillies dans le cadre des entrevues avec les principaux informateurs.
Qualité ou disponibilité limitée de données financières détaillées.	Capacité restreinte à évaluer l'efficacité et l'économie.	D'autres méthodes de collecte de données ont contribué à l'évaluation de l'économie et de l'efficacité.
Dans certains cas, il est trop tôt pour évaluer véritablement l'atteinte des résultats à long terme du programme. Le premier résultat à long terme, en particulier, doit se réaliser au-delà de cycle de vie du projet.	Incapacité d'évaluer pleinement les résultats attendus du programme.	A permis de recueillir des leçons tirées que l'on pourrait intégrer aux discussions sur la durabilité, contrairement aux conclusions sur l'atteinte du premier résultat à long terme.

4.0 Constatations

4.1 Pertinence : Élément 1 – Nécessité de maintenir le programme

La nécessité de maintenir le programme du FISS a été démontrée par les défis auxquels font face les Inuits et les membres des Premières Nations pour accéder à toute la gamme de services de santé. Il arrive souvent que l'absence de services de santé de qualité à proximité des collectivités inuites et des Premières Nations ait une incidence négative sur la continuité et la rapidité des soins reçus. Une meilleure intégration de services de santé pourrait permettre de relever de tels défis en facilitant la coordination des priorités entre les partenaires à tous les niveaux de la planification des soins de santé et de la prestation des services.

Il arrive souvent que les membres des Premières Nations et les Inuits qui cherchent à obtenir des soins au sein de la collectivité n'aient pas accès à toute la gamme de services de santé. Cette considération prend tout son sens au sein des collectivités éloignées ou rurales ayant une faible densité de population qui, conséquemment, ne disposent pas d'une infrastructure bien établie ou n'ont pas la capacité nécessaire pour offrir un éventail de services de santé (notamment le traitement lors de diagnostics complexes). La grande majorité des coordonnateurs de projet interrogés ont indiqué que les Premières Nations et les Inuits n'avaient pas la capacité de fournir ou de coordonner les services. C'est pourquoi les membres des collectivités doivent souvent quitter leur collectivité pour accéder aux services de santé dont ils ont besoin.

La coordination de la prestation des soins de santé à l'extérieur des collectivités nuit à la rapidité des soins reçus. Sans un accès facile aux services, la fréquence d'accès aux services diminue, ce qui a par conséquent une incidence sur le niveau de soins nécessaires et la continuité des soins reçus. Des préoccupations similaires à l'égard de la continuité des soins persistent dans les collectivités en raison du taux de roulement élevé des professionnels de la santé qui se rendent dans les collectivités¹¹.

L'absence de services intégrés a des répercussions néfastes sur la capacité à établir des priorités coordonnées en matière de soins de santé à tous les niveaux de la planification et de la prestation des soins de santé. La majorité des coordonnateurs de projet et près de la moitié du personnel régional de la DGSPNI interrogés a indiqué un manque de coordination des services offerts. Ce manque de coordination découle souvent de la nature plurigouvernementale des soins de santé des Premières Nations et des Inuits, de même que de la confusion que cela engendre chez les organisations gouvernementales quant au responsable de la prestation de services, et de l'application des normes provinciales qui déterminent les critères d'admissibilité pour les populations dans les réserves. Cette confusion, jumelée aux priorités contradictoires d'une province à l'autre, pose des défis de taille pour combler les lacunes en matière de soins de santé des Premières Nations et des Inuits. Une revue de la littérature sur l'intégration commandée par les responsables du programme en 2016 indique que la structure et l'organisation du système fédéral des Premières Nations et des Inuits et celles des régies régionales de la santé dans les provinces semblent aller dans des directions différentes : le système provincial combine ou intègre les fournisseurs de services de santé à des organisations plus vastes afin d'offrir des soins de santé de meilleure qualité et de réduire les coûts inutiles, alors que le système de santé des Premières Nations financé par le gouvernement fédéral décentralise la prestation de services vers de plus petites entités, habituellement à l'échelle des bandes¹².

¹¹ Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*, (2011a) et S. Rohan (2003). *Opportunité pour la fourniture coopérative de soins de santé dans des communautés autochtones rurales, éloignées et nordiques*. Affaires gouvernementales et politiques publiques.

¹² I. Potter, *First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control*, 2010.

En l'absence d'une approche intégrée, le point de vue des Premières Nations et des Inuits n'est pas toujours privilégié dans la conception et la prestation des services de santé. Plusieurs présument que cette situation a une incidence sur le niveau d'adaptation culturelle des services de santé¹³. Environ la moitié du personnel régional et provincial ou territorial de la DGSPNI interrogé a relevé un manque d'adaptation culturelle des services et a indiqué que cette lacune constituait un obstacle à l'intégration des services de santé. La disponibilité des services culturellement significatifs contribue également à assurer la présence de services de qualité et, en fin de compte, à de meilleurs résultats en matière de santé pour les Inuits et les Premières Nations¹⁴.

Il convient de noter qu'une transition vers une approche plus collaborative et consultative à l'égard de la planification des soins de santé des Premières Nations apparaît évidente dans les forums intergouvernementaux de certaines provinces. Voici les ententes qu'il convient de souligner :

- Le Plan tripartite pour la santé des Premières Nations de la Colombie--Britannique (Kelly, 2011);
- La Stratégie en matière de santé dans le Nord de la Saskatchewan (Nilson, Jeffery et Hamilton, 2010);
- Le Comité intergouvernemental de la santé des Premières Nations du Manitoba (gouvernement du Manitoba, 2013).

4.2 Pertinence : Élément 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Le FISS est harmonisé avec les priorités fédérales visant à promouvoir la santé et l'autosuffisance des collectivités des Premières Nations, ainsi qu'avec les priorités stratégiques du Ministère et de la DGSPNI. Les travaux d'intégration du FISS sont conformes à la lettre de mandat de 2015 de la ministre de la Santé qui souligne l'importance d'améliorer les partenariats avec les peuples autochtones et les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les administrations municipales.

Les objectifs du FISS s'harmonisent avec la troisième priorité organisationnelle de Santé Canada qui consiste à renforcer les programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits¹⁵. Le Fonds contribue donc à l'atteinte de l'objectif stratégique¹⁶ du Ministère suivant : *les communautés inuites et les Premières Nations ainsi que les membres de ces communautés reçoivent des services et des prestations de santé répondant à leurs besoins, de manière à*

¹³ Ross Smith et Josee G. Lavoie (2008). Réseaux santé des Premières nations : approche collaborative pour le transfert des services de santé. Health Care Policy, volume 4 (2).

¹⁴ I. Potter, *First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control*, 2010.

¹⁵ Santé Canada. *Rapport ministériel sur le rendement de Santé Canada, 2013-2014*.

¹⁶ Santé Canada. *Rapport ministériel sur le rendement de 2015-2016*, 2015.

améliorer leur état de santé¹⁷. Cette troisième priorité souligne le soutien du Ministère aux programmes destinés aux Premières Nations et aux Inuits, comme l'énonce le rapport ministériel sur le rendement de 2013-2014 :

Améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité

La pertinence du FISS a été mise en évidence dans les récents budgets fédéraux qui ont accordé la priorité à une modification systémique de la prestation des soins de santé à la clientèle de la DGSPNI afin d'accroître l'accès à des services de santé de qualité. Dans le budget de 2012, le gouvernement a alloué un investissement de 134 millions de dollars à l'infrastructure des services de santé des Premières Nations. De plus, dans le budget de 2013 le gouvernement a alloué 48 millions de dollars sur deux ans pour contribuer à l'amélioration de la qualité des services de santé dans les collectivités des Premières Nations. Dans le Discours du Trône de 2013, le gouvernement s'est engagé particulièrement à offrir des services dans le Nord, notamment en œuvrant en faveur de la prospérité des habitants du Nord au moyen d'investissements dans les soins de santé, l'éducation et le logement abordable. Cette priorité s'harmonise également avec le premier objectif stratégique de la DGSPNI qui consiste à assurer un accès à des services de santé de qualité.

Collaborer avec les autorités provinciales et territoriales afin d'offrir des services de santé et d'améliorer leur intégration

Le FISS cherche à intégrer les services de santé financés par les gouvernements fédéral et provinciaux afin de combler les lacunes touchant la prestation des services de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations. Un examen de 68 projets du FISS indique que 60 % (n=41) des projets comptaient des partenaires provinciaux et territoriaux, et 56 % (n=38)¹⁸ des projets comptaient des partenaires issus des régions locales de santé. Cette priorité s'harmonise également avec le deuxième objectif stratégique de la DGSPNI qui consiste à renforcer la planification et les relations concertées.

Renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits

Grâce à la conception du FISS fondée sur des propositions, on cherche à solliciter la participation des Premières Nations et des Inuits dans la planification et l'exécution de projets qui contribuent à l'apport d'un changement systémique durable dans les services de santé. Cela peut comprendre, sans s'y limiter, une meilleure harmonisation des services, un regroupement accru des collectivités et une plus vaste population desservie¹⁹.

¹⁷ Malgré le fait que certaines activités de projet puissent contribuer à l'amélioration de l'état de santé, les résultats visés par le FISS s'articulent autour de l'amélioration de la qualité des services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits et de l'accès à ceux-ci.

¹⁸ Les pourcentages combinés dépassent les 100 % depuis que les projets établissent des partenariats multiples.

¹⁹ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. *HSIF Implementation Guide- A Toolkit for Integration Projects 2010/11-2014/15*, 2010.

Les discussions au sujet des services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits ont mis en lumière l'importance de la collaboration, de l'élaboration d'une priorité conjointe et des services qui améliorent les résultats en matière de santé. De récentes discussions à l'échelle fédérale portant sur cette priorité se trouvent dans les sources suivantes :

- Dans sa lettre de mandat de 2015, la ministre de la Santé s'engage à améliorer les partenariats avec les peuples autochtones et les gouvernements provinciaux et territoriaux de même que les administrations municipales²⁰.
- Dans le budget de 2015, le gouvernement privilégiait un financement ciblé pour soutenir les innovations au sein du système de soins de santé.
- Le discours du Trône de 2014 soulignait l'engagement du gouvernement fédéral à travailler de concert avec les collectivités inuites et des Premières Nations afin de créer des collectivités saines et autosuffisantes.
- Le discours du Trône de 2013 reconnaissait l'importance de travailler en partenariat avec les collectivités autochtones pour assurer des soins de santé adaptés aux besoins des membres des collectivités.
- Dans le budget de 2013, le gouvernement donnait la priorité à la promotion de la santé et de la sécurité au sein des familles et des collectivités autochtones.
- La Rencontre entre la Couronne et les Premières Nations de 2012 a donné lieu à des priorités communes quant à la santé des Premières Nations et des Inuits.
- Dans son Plan stratégique sur la santé des Premières Nations et des Inuits de 2012, Santé Canada énonçait des priorités portant sur des services de santé adaptés aux besoins et sur le renforcement des programmes de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits au moyen de partenariats novateurs afin d'accroître l'accès aux services de santé et leur intégration.

4.3 Pertinence : Élément 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Les travaux dans le domaine de la santé des Premières Nations et des Inuits menés dans le cadre du Programme du FISS sont conformes à la *Politique sur la santé des Indiens (1979)*, à la *Politique sur le transfert des services de santé (1988)*, ainsi qu'au mandat et à la fonction de la DGSPNI.

Bien qu'aucun cadre législatif ne régleme l'exécution des programmes de soins de santé ni la prestation des services de soins de santé offerts par le gouvernement fédéral aux Premières Nations et aux Inuits, les politiques suivantes énoncent les objectifs du gouvernement fédéral en matière de santé autochtone :

²⁰ Lettre de mandat publiée à la suite du changement de gouvernement.

- On souligne dans la *Politique sur la santé des Indiens* (1979) l'importance pour le gouvernement fédéral de favoriser un système de santé plus adapté aux besoins des Premières Nations et des Inuits. Cette politique englobe l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé pour les Premières Nations et les Inuits, considération conforme au résultat à long terme souhaité par le FISS.
- La *Politique sur le transfert des services de santé aux Indiens* (1988) appuie les efforts du gouvernement fédéral visant à solliciter la participation des collectivités inuites et des Premières Nations dans tous les aspects des programmes de services de santé, notamment la planification, la prestation et le contrôle éventuel des services de santé, ainsi que la prise de décisions connexes. Avec cette politique, on cherchait à alimenter la relation entre le gouvernement fédéral et les collectivités inuites et des Premières Nations. La participation des collectivités au processus décisionnel et à la planification des projets de soins de santé s'harmonise avec la conception fondée sur des propositions du FISS, qui a souvent donné lieu à des projets lancés au niveau des collectivités ou des organisations des Premières Nations, avec l'aide du personnel régional de la DGSPNI et d'autres partenaires.

Comme indiqué dans la section précédente, les principes énoncés dans les politiques susmentionnées sont également conformes aux priorités de la Direction générale, qui sont notamment d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, de collaborer avec les autorités provinciales et territoriales afin d'offrir des services de santé et d'améliorer leur intégration, ainsi que de renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits.

4.4 Rendement : Élément 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

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

Résultat immédiat 1 :

Capacité accrue des partenaires et des intervenants clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits

Le FISS a amélioré la capacité des intervenants et des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits grâce à des partenariats, au soutien à la planification et à des activités de renforcement des capacités.

Établissement de partenariats

De toute évidence, les projets financés dans le cadre du FISS ont contribué soit au maintien de partenariats existants, soit à l'établissement de nouveaux partenariats. De 2010 à 2015, le FISS a financé 77 projets dans toutes les régions, et, dans tous les cas sauf trois, les projets comportaient

des ententes avec de multiples partenaires. Dans l'ensemble, les données, incluant les projets de la C.-B., indiquent que les partenariats établis grâce au FISS comprennent la participation de 518 collectivités, de plus de 70 organisations inuites et des Premières Nations, de 47 régions régionales de la santé et de 18 organismes gouvernementaux fédéraux, provinciaux et municipaux d'autres domaines que la santé^{21,22}. Au moins 481 partenariats s'inscrivent dans le champ d'application de la présente évaluation. La majorité des intervenants interrogés estiment que l'un des principaux effets du financement des projets est le soutien et l'établissement de partenariats entre les organisations inuites et des Premières Nations et d'autres autorités fédérales et provinciales de la santé. Les principaux informateurs des provinces, des territoires et des bureaux régionaux de la DGSPNI ont également confirmé que les travaux effectués dans le cadre de ces projets ont mené à une augmentation de la collaboration entre de multiples collectivités. Les données des projets confirment qu'un changement proportionnel dans la collaboration entre les collectivités s'est produit pour l'ensemble des versions du programme d'intégration et que le taux des projets financés réalisés auprès d'une seule collectivité, qui était de 38 % dans le cadre du FTSA, a diminué à 4 % dans le cadre du FISS.

L'accroissement du réseautage attribuable à l'établissement de partenariats a favorisé grandement l'amélioration des relations entre les Premières Nations, les Inuits et les partenaires provinciaux, territoriaux et fédéraux du domaine de la santé. Plus particulièrement, on estime que l'établissement de partenariats a amélioré la communication et la compréhension entre les organisations inuites et des Premières Nations elles-mêmes, ainsi que d'autres organismes fédéraux, provinciaux, territoriaux ou régionaux de la santé. La grande majorité des principaux informateurs ont indiqué que les activités financées par le FISS ont favorisé une intégration accrue des intérêts des collectivités inuites et des Premières Nations dans la planification des services de santé gouvernementaux. Cette affirmation est corroborée par la présence d'intervenants inuits et des Premières Nations au sein de comités provinciaux et territoriaux de la santé, comme l'ont mentionné environ les trois quarts des principaux informateurs provinciaux et territoriaux lors des entrevues. De plus, la nouvelle version du FISS, découlant du renouvellement du programme en juillet 2015, vise particulièrement le soutien des travaux tripartites dans les diverses régions.

Soutien à la planification

La plupart des projets comprennent certains types d'analyses environnementales, dont une évaluation des besoins, dans lesquelles on examine les services déjà offerts et l'on cerne les lacunes possibles dans les services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits. Ces exercices ont contribué grandement à renforcer les partenariats et à éclairer la planification des projets et, dans une certaine mesure, ils ont influé sur la mise en œuvre d'activités de projet à divers niveaux le long du continuum de l'intégration par une meilleure compréhension des principaux besoins et des aspects réalisables de l'intégration en fonction des points d'intersection des services.

²¹ Santé Canada, *Renouvellement des programmes communautaires de promotion de la santé chez les Autochtones*, http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1012699&_ga=1.106126787.1791067306.1452265613.2015.

²² Dans le résumé des données disponibles, les chiffres se rapportant aux projets de la C.-B. n'avaient pas été isolés; par conséquent, les données dépassent le champ d'application de l'évaluation (tel qu'il est mentionné).

Les activités réalisées dans le cadre des analyses environnementales ont permis aux partenaires de vraiment comprendre le rôle de chacun dans la planification et la prestation de services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits. Naturellement, comme l'ont indiqué la majorité des principaux informateurs dans les entrevues de la DGSPNI, cette compréhension est le résultat de l'amélioration des communications et des relations entre les partenaires de multiples administrations qui se sont réunis dans le cadre des projets du FISS. L'amélioration des communications est allée au-delà de l'établissement de relations; en effet, des progrès ont été réalisés : on essaie d'utiliser le langage dans une perspective culturelle au lieu d'adopter une approche gouvernementale à cet égard. En s'attaquant à ces différences, les groupes ont été en mesure d'ouvrir la voie à des possibilités d'intégration puisqu'ils ont pu s'adapter aux obstacles linguistiques et politiques qui nuisaient à la compréhension commune favorisant la prestation sans heurts de soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits, afin de créer un meilleur contexte pour le travail d'intégration.

Les progrès réalisés grâce à la planification des projets et à une meilleure compréhension des rôles respectifs dans la prestation de services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, ainsi que l'harmonisation des priorités, ont eu une incidence plus marquée dans les cas où les protocoles et les processus d'harmonisation et de normalisation des processus (14 sur 18), ainsi que les ententes de service et les protocoles d'entente (5 sur 6) se sont concrétisés. Selon la plupart des coordonnateurs de projet interrogés, des ententes formelles et informelles ont découlé de presque tous les partenariats de projet établis.

La participation des collectivités et des organisations inuites et des Premières Nations à la planification, à l'élaboration ou à la mise en œuvre des projets et, au bout du compte, à la planification des services de santé, a contribué à l'établissement de liens manquants entre les approches gouvernementales de planification existantes et les approches culturelles plus globales de planification et de prestation des services de santé. Les analyses des lacunes et les évaluations des besoins ont éclairé la création de plans communautaires pertinents sur le plan culturel qui mettent l'accent sur les besoins et les désirs des collectivités en matière de prestation des services de santé. Cette approche, ainsi que la nature des projets du FISS fondée sur les propositions, a contribué positivement à la promotion de services de santé adaptés à la culture et aux besoins des Premières Nations et des Inuits.

Renforcement des capacités

Une grande majorité des coordonnateurs de projet interrogés ont indiqué que les collectivités inuites et des Premières Nations n'ont pas les capacités requises pour fournir et coordonner les services, ce qui représente l'un des principaux obstacles à l'intégration. Ce besoin clairement défini en matière de renforcement des capacités dans le cadre des projets d'intégration des Premières Nations et des Inuits a été relevé dans des initiatives précédentes d'intégration des services de santé. Un examen du FTSA a révélé que la vigueur et la qualité des partenariats variaient en fonction de la capacité organisationnelle et qu'un faible niveau de capacité entraînait des répercussions à long terme sur la progression de l'intégration puisqu'il nuit au transfert des connaissances. Selon un examen des rapports des projets, environ la moitié des projets avait comme objectif le renforcement des capacités; c'est à la phase de mise en œuvre des projets qu'un degré plus élevé de renforcement des capacités a eu lieu.

Les intervenants perçoivent le renforcement des capacités comme une condition préalable à une meilleure intégration des services de santé. Un examen des rapports de 68 projets²³ indique que, de manière générale, les contributions des partenaires en matière de renforcement des capacités incluent la planification stratégique (63 %), la mise en commun des connaissances (67 %), laquelle comprend des possibilités de formation, ainsi que l'établissement de liens avec d'autres organisations et réseaux (65 %). L'expertise réunie dans le cadre de partenariats est conforme aux constatations tirées de l'examen de la documentation qui indiquent qu'une meilleure utilisation des ressources des partenaires aidait les organisations à accroître leurs capacités. Ces types de renforcement des capacités internes ont favorisé l'établissement de plans et d'ententes concrets tout en permettant au personnel d'acquérir de nouvelles compétences qui sont profitables au travail d'intégration. Voici des exemples de projets comportant ce type de renforcement des capacités :

- Le projet **Continuing Care** (soins continus) dans le cadre duquel un atelier sur l'analyse des lacunes a été tenu pour aider l'équipe de gestion à élaborer l'analyse. Ainsi, l'équipe de gestion du projet est davantage en mesure de comprendre la façon de cerner les lacunes, les obstacles, les défis et les réussites du projet.
- Le projet **Minobiamadizin**, dans le cadre duquel a été offert un atelier sur l'établissement de partenariats, de protocoles d'entente et d'ententes de service communautaire, à la suite de quoi, des ébauches d'un aperçu d'un protocole d'ententes et d'ententes de service ont été élaborées.
- Le projet **Community Health and Wellness Training and Support** (soutien et formation en matière de santé et de bien-être dans les collectivités) dans le cadre duquel une formation a été offerte aux comités régionaux sur une approche de développement communautaire visant à déterminer les priorités en matière de santé. Ce projet a donné lieu à une amélioration de la capacité de planification des services de santé dans les collectivités visées.

En outre, au moins 36 séances et ressources de formation ont été élaborées et offertes dans le cadre des projets²⁴. Grâce à la prestation de formations techniques, culturelles ou axées sur le contenu, on a pu s'assurer que le personnel possédait les compétences appropriées pour offrir aux Premières Nations et aux Inuits des services de qualité et adaptés à leur culture. Dans le cas du projet *Partenaires pour des soins de santé adaptés aux réalités culturelles*, l'élaboration de séances de formation culturelle a permis l'établissement d'une relation solide entre les communautés algonquines et les services de santé et les services sociaux provinciaux. Le rapport d'évaluation produit à la suite de ce projet financé par le FISS mentionne que ce dernier a favorisé une meilleure compréhension des besoins culturels particuliers des communautés algonquines, ainsi que la situation des services de santé et des services sociaux dans ces communautés²⁵.

²³ Ce nombre n'inclut pas les projets de la C.-B.

²⁴ Ce nombre est probablement une sous-représentation puisque les rapports de projet n'indiquent pas tous le nombre exact de séances de formation offertes.

²⁵ Simon Management Services. Secrétariat des programmes et des services de la Nation algonquine. (2015) *Partners for Culturally Adapted Health Care: Health Services Integration Fund Final Evaluation Report 2014-15*.

Résultat immédiat 2 :**Meilleure connaissance des concepts, des obstacles, et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé destinés aux membres des Premières Nations et aux Inuits.**

La majorité des principaux informateurs ont déclaré que le FISS leur a permis d'acquérir une meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les activités de transfert des connaissances entre les partenaires se sont avérées particulièrement efficaces pour accroître leur compréhension des facteurs influant sur l'intégration des services de santé ainsi que des activités axées sur la recherche.

Les projets du FISS ont joué un rôle déterminant dans l'amélioration de la communication entre les divers intervenants qui participent à la planification et à la prestation des services de santé. Ce résultat s'est étendu aux partenariats établis dans le cadre du projet et aux liens avec des ressources mises au jour par l'entremise d'exercices de mise en correspondance des services et d'analyse environnementale. L'amélioration des relations et de la communication entre les partenaires a créé des possibilités de mise en commun des connaissances. Les principaux informateurs des bureaux régionaux de la DGSPNI ont confirmé à l'unanimité qu'ils avaient échangé des leçons tirées des projets avec d'autres organisations. En revanche, une forte majorité des principaux informateurs des bureaux régionaux de la DGSPNI et des coordonnateurs de projet étaient d'avis qu'un plus grand nombre d'activités de mise en commun des connaissances seraient nécessaires. L'un des coordonnateurs de projet a suggéré qu'un site Web présentant les grandes lignes des projets du FISS ainsi que des liens vers les détails des projets faciliterait les échanges réguliers entre les projets de la région et pourrait constituer un point de départ favorisant l'échange efficace de ressources entre les projets et des possibilités de réseautage.

L'échange de leçons retenues entre les intervenants des projets et les recherches menées dans le cadre des projets au moyen d'analyses documentaires et de diverses formes d'analyses environnementales ont dégagé les facteurs qui facilitent ou entravent l'intégration des services. Ces facteurs sont décrits ci-dessous.

Selon certaines entrevues menées auprès de coordonnateurs de projet, l'une des leçons essentielles tirées des projets était l'importance de l'état de préparation et de la participation des intervenants dès le début du projet. Cette constatation est corroborée dans un examen du travail d'intégration des services de santé que la DGSPNI a réalisé de 2003 à 2013, qui a révélé que l'état de préparation des intervenants, décrit comme la disposition, la volonté et la capacité de l'ensemble des partenaires d'établir une relation ainsi qu'une compréhension mutuelle du point de départ et des résultats, était l'un des principaux facteurs de la réussite des projets d'intégration des services de santé²⁶. Dans le cas de certains projets du FISS, certains intervenants provinciaux et territoriaux ont mentionné que les divers niveaux de préparation des intervenants ont parfois été source de confusion. Par la suite, des activités de renforcement des capacités, comme la mise en commun des connaissances et de l'expertise entre les partenaires, l'établissement de liens

²⁶ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Direction de la politique, de la planification et de l'information stratégiques, *Leçons tirées de dix années d'établissement et de soutien de partenariats pour la santé des Premières Nations et des Inuits*, 2014.

avec d'autres organisations et réseaux et la planification stratégique rigoureuse des ressources, ont été entreprises comme moyen d'améliorer le niveau de préparation.

En outre, une compréhension claire des rôles et responsabilités des partenaires dès le début du projet facilite la progression vers l'achèvement des activités du projet. La grande majorité des membres du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI estime que les intervenants des projets avaient un niveau de compréhension des rôles et des responsabilités allant de faible à élevé, ce qui influe sur l'efficacité de la mise en œuvre (p. ex. une plus grande participation du personnel de première ligne). Certains des représentants provinciaux et territoriaux interrogés ont fait mention d'une légère confusion relativement à quelques projets à l'égard des rôles et des responsabilités qui, de manière générale, s'est manifestée au cours des premières étapes du projet. Parmi les sources de confusion dont le personnel de la DGSPNI et les coordonnateurs de projet ont fait mention figurent les attentes à l'égard du niveau de participation des intervenants, le roulement du personnel qui a parfois été source de confusion sur les rôles et, dans quelques cas, un manque de clarté quant aux rôles et aux responsabilités attribuables à un manque de communication. Les principaux informateurs ont énuméré des pratiques exemplaires qui contribuent à une meilleure compréhension des rôles et des responsabilités des intervenants, dont l'élaboration d'un mandat, la définition des rôles et des responsabilités dans un plan de travail et l'établissement de relations et d'ententes formelles. Selon la grande majorité des coordonnateurs de projets, la tenue de réunions périodiques entre les intervenants, comprenant des discussions approfondies sur les objectifs des projets afin d'établir une vision commune claire, est l'approche la plus efficace pour définir clairement les rôles et les responsabilités. Les représentants des provinces et des territoires ont eux aussi appuyé cette approche. On a désigné l'importance de la planification du cycle de vie du projet dès les premières étapes comme étant une pratique exemplaire favorisant la durabilité du projet.

Parmi les principaux facteurs favorisant l'intégration des services de santé, on a également mentionné la participation des partenaires inuits et des Premières Nations dans le processus décisionnel. L'examen de la documentation révèle que les recherches sur la santé de la population ont démontré que l'amélioration des résultats en matière de santé est associée à un plus grand contrôle par les Premières Nations et par des programmes de santé mieux adaptés à la culture, dotés d'une approche plus globale et intégrée à d'autres programmes sociaux. Tel qu'il est illustré ci-dessus, bien que l'amélioration des résultats en matière de santé ne constitue pas un résultat du programme à long terme, elle est fortement liée à l'amélioration de la qualité des services et de l'accès à ces derniers (un résultat ultime du FISS sur lequel la participation des Premières Nations et des Inuits dans la planification et la mise en œuvre des services de santé peut avoir une incidence positive)²⁷. On a indiqué dans la grande majorité des rapports de projet que le processus décisionnel était axé sur la collaboration.

²⁷ I. Potter, *First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control*, 2010.

Bien que certains services généraux puissent faire l'objet de potentielles initiatives d'intégration, l'un des obstacles à une intégration efficace des services de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits est le manque de services *adaptés à la culture*, ce qui limite les possibilités d'une véritable intégration. La moitié des employés des bureaux régionaux de la DGSPNI et près de la moitié des principaux informateurs provinciaux et territoriaux ont indiqué que le faible niveau d'adaptation et de sensibilité culturelles des services offerts constituait un obstacle à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits.

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

Résultat intermédiaire 1 :

Une plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits

Plusieurs sources de données ont confirmé que les projets du FISS ont favorisé une plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les projets liés à la planification, au renforcement des capacités et à la coordination des services ont connu un grand succès en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs établis, alors que les activités du projet se rapportant aux étapes ultérieures du continuum de l'intégration (établissement de partenariats pour la prestation de services et regroupement des services) ont connu un succès modéré ou élevé²⁸.

L'intégration des services de santé peut être plus facilement comprise comme étant un continuum qui comprend cinq étapes : la planification, le renforcement des capacités, la coordination des services, l'établissement de partenariats pour la prestation de services et le transfert, la fusion et le regroupement des services. Il existe une certaine fluidité entre les différentes étapes; par conséquent, un seul projet peut comprendre des activités qui contribuent à la réalisation de nombreuses étapes ou qui, dans certains cas, ne s'appliquent pas à certaines parties du continuum. Par exemple, un outil d'évaluation de la santé pourrait faciliter la coordination des services, mais il ne mènerait jamais à la création d'une entité de services regroupés. Les projets du FISS, qui étaient de nature et de portée différentes, couvraient toutes les étapes du continuum et allaient de projets fondés sur une théorie à des projets d'élaboration d'outils et des projets de coordination et d'élaboration de nouvelles ententes de services. Tous les membres du personnel de la DGSPNI interrogés ont affirmé que les projets avaient contribué à une intégration accrue, et la majorité du personnel provincial et territorial interrogé en a également convenu. La présente section explore les réalisations et les défis propres à chaque étape afin de fournir une meilleure compréhension des domaines dans lesquels des contributions à l'intégration ont été apportées.

²⁸ Voir l'annexe 4 pour obtenir un tableau de la réalisation des objectifs (extrants) pour chacune des étapes du continuum de l'intégration.

Planification

L'étape de la planification du continuum est importante en ce qui touche à l'harmonisation avec les priorités et les visions des partenaires dans le but de créer une approche unifiée en matière d'intégration. Des activités théoriques, notamment des projets axés sur la recherche telles les analyses environnementales des législations et des services existants et les analyses des écarts, peuvent donner aux partenaires un aperçu de l'état actuel de la prestation des services de santé. En outre, les analyses environnementales facilitent la détermination des points d'intersection où l'intégration est réalisable. Les examens de la documentation et la planification effectués par les parties, composées de membres possédant des domaines d'expertise variés, peuvent également influencer et renforcer la planification de l'intégration. Un bilan des activités de planification qui va au-delà de la planification et de l'établissement des priorités réalisées conjointement était composé de 25 analyses environnementales (dont 19 étaient terminées), de 7 modèles de santé (p. ex. modèles de prestation des services, modèles de santé et de bien-être [dont 5 étaient terminés]), de la mise en œuvre de 7 colloques ou forums et participation à ces événements (dont 6 étaient terminés), de 5 plans stratégiques (dont 4 étaient terminés), de 3 plans d'activités (dont 1 était terminé) et de 2 consultations en matière de politique (les 2 étaient terminées).

Activités axées sur la recherche

Les analyses environnementales, les évaluations des besoins, les analyses des écarts et les examens des pratiques exemplaires sont des méthodes qui ont été utilisées pour mieux comprendre le paysage des services de santé dans lequel étaient mis en place les projets. En effectuant ces examens, les responsables des projets étaient en mesure de cibler la planification en fonction des domaines dans lesquels les besoins étaient manifestes et de trouver des ressources afin de créer des occasions d'aiguillage et de coordination des services, ou simplement de trouver des services dans des secteurs inconnus des employés. Dans le cas du projet *Development of a System of Integrated Mental Health and Addictions Services Between First Nations, Aboriginal and Non-Aboriginal Services* (mise au point d'un système intégré des services de santé mentale et de toxicomanie pour les services à l'intention des Premières Nations, des Autochtones et des non-Autochtones), l'analyse environnementale des services a révélé la présence de 38 fournisseurs de services en santé mentale et en toxicomanie dans les environs de la Iskatewizaagegan Independent First Nation à Kenora, en Ontario, qui étaient financés par l'autorité régionale de la santé et le gouvernement provincial et qui avaient comme mandat d'offrir des services aux clients des Premières Nations, même si seulement trois de ces fournisseurs offraient leurs services dans la réserve²⁹. L'analyse environnementale a servi de point de départ pour corriger l'idée fautive selon laquelle la réserve de la Première Nation était hors de la zone desservie par les fournisseurs de services. Le rapport d'évaluation du projet indique qu'en raison du projet du FISS, au moins 8 services des environs, qui étaient auparavant sous-utilisés, sont maintenant utilisés couramment par les membres de la communauté. La majorité des coordonnateurs de projet interrogés ont affirmé que le principal obstacle à l'accès aux services était le manque de clarté au sujet des responsabilités des fournisseurs de services quant aux services à offrir. Bien que les activités de recherche puissent avoir des répercussions

²⁹ Williams Consulting, *Health Services Integration Fund Final Evaluation Report: Minweyaanigoziwin Mental Health and Addictions Service Integration; A Project with Iskatewizaagegan Independent First Nation*, 2015

vastes, comme l'illustre l'exemple ci-dessus, la majorité des 25 projets étant formés de ces composantes ont profité de cet exercice pour se familiariser avec le paysage des services de santé de leur région et cibler des possibilités d'intégration. Au moment de la production du rapport, les responsables de 19 projets avaient terminé leur recherche, une analyse environnementale était encore à l'état d'ébauche et l'analyse environnementale d'un autre projet était toujours en cours. Les responsables de trois projets n'ont pas été en mesure d'atteindre leurs objectifs dans ce domaine, alors que le responsable d'un autre projet n'a pas produit de rapport sur cette tâche.

Planification conjointe et vision commune

Les résultats attendus des projets visaient souvent la participation des Premières Nations et des Inuits à la conception des projets et à la prestation des services de santé. Des entrevues avec les principaux informateurs ont démontré que cette participation était un facteur important et positif qui était pris en compte par le FISS. En outre, un examen des propositions de projets approuvées indique que 90 % de celles-ci ont été soumises par des collectivités et des organisations des Premières Nations et des Inuits.

Des symposiums et des forums ont contribué à une meilleure compréhension de la vision des partenaires sur les services intégrés et à une compréhension unifiée des besoins existants en matière de santé. Dans le cas du projet de la Société régionale inuvialuit, intitulé *Regional Advocacy/Coordination Program* (programme de promotion et de coordination régionale), un sondage mené auprès des participants dans le cadre d'un atelier visant à élaborer une vision partagée par tous les fournisseurs de services de la région Beaufort Delta a démontré qu'il y avait eu un « changement unanime »; c'est-à-dire que le passé n'est plus au centre des préoccupations, car les efforts visent maintenant à éliminer les obstacles pour créer un avenir sain³⁰. Les responsables de cinq projets prévoyaient l'organisation d'un symposium ou d'un forum pour favoriser la compréhension commune des besoins en matière de services de santé, et quatre de ces projets ont été mis en œuvre. Un de ces projets a mené à un résultat non intentionnel, soit l'élaboration d'une proposition de forum sur le suicide chez les jeunes. Les activités d'un septième projet comprenaient la participation de jeunes de la communauté à des événements d'envergure nationale organisés par la Commission de vérité et réconciliation du Canada afin d'en apprendre davantage sur leur passé et les répercussions considérables de ce passé.

Tous les groupes de principaux informateurs croyaient fermement que l'amélioration des communications et des relations de travail qu'a permis le FISS a contribué à l'harmonisation des programmes, des objectifs et des politiques. Un exemple d'harmonisation des activités réalisée grâce aux projets est la planification conjointe de la santé communautaire à laquelle prenaient souvent part les comités locaux et les partenaires du domaine de la santé à l'échelle provinciale et territoriale. La forte majorité des entrevues avec les principaux informateurs menées auprès des représentants provinciaux et territoriaux de la santé a révélé que des représentants des Premières Nations et des Inuits font partie des comités de direction sur la planification en matière de santé et qu'il y a eu une intégration accrue des intérêts des Premières Nations et des Inuits à la planification de la santé provinciale et territoriale. Dans le cas du projet *Community-Based Recovery from Addictions Programs* (programmes communautaires de rétablissement des

³⁰ Société régionale inuvialuit. 2013-14 HSIF Final Report: RE: Regional Advocacy/ Coordination Program, 2014.

problèmes de dépendance) et *Nunavut Wellness Plan* (plan de bien-être du Nunavut), les objectifs de la planification de la santé enrichissaient les initiatives locales des ministères de la Santé; cela signifiait entre autres de travailler en fonction des stratégies de santé territoriales et de déterminer des domaines d'intérêt communs, et d'élaborer des synergies naturelles en ce qui avait trait à la planification des services de santé. Dans le cas de certains projets, les priorités communes se sont traduites par le renforcement de l'appui des cadres supérieurs, notamment le soutien d'un chef quant aux objectifs et aux résultats attendus des projets, le tout dans le contexte d'une priorité qui se rapporte expressément à la communauté ou d'une orientation fournie par la haute direction à l'échelle provinciale

Élaboration des modèles de santé, des plans d'activités ou des plans de mise en œuvre

Quinze projets comprenaient l'activité qui consiste à élaborer un modèle de santé, un plan stratégique ou un plan d'activités. Deux autres projets étaient axés sur les consultations en matière de politiques et ont été menés à bien.

Le responsable d'un seul des trois projets faisant référence à des activités qui pourraient soutenir un plan d'activités a réussi à mener à bien ses tâches prédéterminées. Dans le cas de la Première Nation d'Onion Lake, le plan d'activités achevé était un document visant à soutenir la discussion sur la relation d'intégration renouvelée avec les autorités locales de santé et à présenter une vision claire de l'entente à long terme en matière de santé pour cette région. Les activités de quatre des cinq projets visant à élaborer des plans stratégiques et des stratégies d'engagement ont été achevées.

En ce qui concerne l'élaboration planifiée de sept modèles de prestation de service ou de santé et de bien-être général, cinq ont été entièrement élaborés et deux étaient en cours d'élaboration au moment de la production du rapport final. Bien que les produits livrables aient été élaborés, on démontre dans le rapport du projet que la solidité des modèles et des détails entourant la mise en œuvre présente des difficultés. Des problèmes de capacité ont eu des répercussions sur l'élaboration et, dans certains cas, sur la capacité de mettre en œuvre les modèles. Un manque de sensibilisation chez les partenaires quant aux détails relatifs au contenu ou au niveau de participation tout au long du cycle de vie du projet était la principale préoccupation au sujet des capacités ayant eu des répercussions sur l'élaboration du modèle. Dans un cas particulier, le retrait des ressources offertes par les partenaires a eu des répercussions sur le rythme auquel pouvait avancer le projet. En ce qui concerne la mise en œuvre, les responsables de la majorité des projets n'ont pas élaboré de plan de mise en œuvre lié à leur modèle; dans le cas d'un projet, le plan exigeait que des modifications considérables soient apportées au modèle, et ce, sans aucun soutien financier ou autre. Comme on le souligne avec justesse dans un des rapports d'évaluation de projet, l'élaboration d'un modèle qui n'est pas accompagnée d'un plan de mise en œuvre n'est finalement qu'un exercice théorique.

Renforcement des capacités

Les initiatives précédentes du FISS en matière d'intégration des services de santé ainsi que l'évolution sur le plan des politiques, qui a favorisé le transfert de la prestation des services aux Premières Nations, ont mis en lumière la nécessité de renforcer les capacités pour soutenir les activités d'intégration et encourager l'innovation. Depuis l'introduction de la *Politique sur le transfert des services de santé*, soit depuis 1989, les bureaux régionaux de Santé Canada étaient plus gros que jamais; auparavant, le transfert du leadership en matière de politique et des services spécialisés aux Premières Nations était entravé par la petite taille des bureaux et le manque de capacités professionnelles au sein des organisations de santé communautaires³¹. La grande majorité des entrevues avec les coordonnateurs de projet du FISS ont fait ressortir le manque de capacité au sein des collectivités des Premières Nations et des Inuits en termes de prestation et de coordination des services de santé en tant qu'obstacle à l'accès aux services de santé. Environ le tiers des membres de ce groupe ont affirmé que ce manque de capacité était l'un des facteurs qui empêchaient les membres des Premières Nations et les Inuits à prendre en charge les services de santé et à les contrôler. Près de la moitié des membres du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI qui ont été interrogés ont indiqué que les activités de renforcement des capacités menées dans le cadre des projets du FISS ont fourni aux membres des collectivités des Premières Nations et des Inuits les compétences dont ils avaient besoin pour diriger leurs propres services de santé. Les leçons tirées de l'IIS et du FTSA ont démontré que des capacités sont requises à tous les niveaux de partenariats pour prendre part à des activités d'intégration. Dans de nombreux cas, la participation active des Premières Nations et des Inuits aux projets d'intégration des services de santé était entravée par un manque de capacité; par conséquent, une partie des fonds du FISS a été réservée au soutien du renforcement des capacités des organisations autochtones représentatives et des organisations provinciales et territoriales (OPT). Le financement réservé aux organisations politiques a été touché par les compressions budgétaires; par conséquent, le financement octroyé par le FISS pour soutenir le renforcement des capacités de ces organisations a finalement été éliminé. L'absence du soutien financier du FISS au renforcement des capacités des OPT est plus manifeste dans la plus récente version du FISS (juillet 2015), qui met l'accent sur l'élaboration d'ententes tripartites.

Les activités de renforcement des capacités menées dans le cadre des projets du FISS ont pris diverses formes, notamment la formation, le mentorat et la mise au point de ressources et d'outils. On indique dans les rapports de projet que les activités de cette catégorie ont, pour la plupart, atteint les objectifs prévus.

Formation

Les sujets de la formation étaient axés sur l'amélioration de la sensibilisation culturelle et le développement des compétences en matière de santé mentale. Comme le démontre la documentation, il s'agit des deux domaines de la prestation des services à l'intention des Premières Nations et des Inuits où les besoins sont manifestes, ce qui démontre bien la pertinence des projets du FISS.

³¹ I. Potter, *First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control*, 2010.

Selon les rapports d'avancement et d'évaluation de projet, dix projets comportaient des objectifs liés à la formation en matière de sensibilisation culturelle. On a mis en œuvre dans le cadre de huit projets les séances de formation prévues; un projet a permis de rédiger une ébauche de module et un autre projet élabore actuellement son programme de formation. Un projet supplémentaire a élaboré et mis en œuvre un module de formation culturelle sans en avoir préalablement fait une de ses priorités. Chaque initiative a contribué de façon positive à la compréhension culturelle des participants³². Les répercussions de ce genre d'initiatives comprenaient le développement des compétences des fournisseurs de services de première ligne, une amélioration des connaissances en ce qui a trait à l'application des principes de la compréhension culturelle dans un contexte de prestation de soins de santé et la reconnaissance des répercussions de la discrimination sur la prestation des services. Les séances ont également permis d'améliorer les connaissances sur les visions du monde des Premières Nations et les diverses pratiques des différents groupes culturels des Premières Nations et des Inuits, notamment en ce qui a trait à la langue et à l'histoire. Dans certains cas, les activités de sensibilisation culturelle ont eu une incidence sur l'engagement des équipes d'administration des services de santé envers les soins adaptés aux cultures et ont engendré des conversations qui avaient le potentiel de provoquer des changements organisationnels. Dans le cas du projet *Braiding First Nations' Culture into Vitalité and Horizon's Health Services* (incorporer la culture des Premières Nations à la vitalité et aux services de santé de Horizon), un niveau plus élevé de sensibilisation culturelle découlant des séances de formation a entraîné une accessibilité accrue aux soins de santé adaptés aux cultures grâce à la mise en œuvre de politiques qui permettaient l'organisation de cérémonie de purification dans certains hôpitaux³³. Certains des responsables de projet ayant répondu au sondage ont mentionné que leur projet avait contribué à l'intégration de pratiques de guérison occidentales et traditionnelles. Les coordonnateurs de projet interrogés ont souligné l'adaptation accrue des services de santé aux cultures, qui a également encouragé les membres des communautés à avoir davantage recours aux services.

La valorisation de la compétence culturelle était évidente dans l'ensemble des projets du FISS. Les responsables de certains projets comportant des initiatives d'intégration dans d'autres domaines se sont vite rendu compte qu'il leur manquait un certain niveau de compétence culturelle. Par conséquent, les projets ont dû être modifiés afin de fournir une formation de sensibilisation culturelle pour asseoir les futurs travaux d'intégration des services de santé au sein du contexte culturel adéquat.

Les activités de formation en santé mentale ont pris plusieurs formes : formation des formateurs, orientation pour l'élaboration des outils d'évaluation de la santé mentale et séances de formation générale axées sur la santé mentale, le suicide et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Le programme de formation de formateurs est une forme supplémentaire de renforcement des capacités; il s'agit en effet de former des formateurs compétents qui peuvent se rendre dans les collectivités et participer à des activités de transfert des connaissances afin d'habiliter les

³² De nombreux responsables de projets réalisaient un sondage à la fin des séances de formation afin de demander aux participants s'ils avaient l'impression que leurs connaissances culturelles avaient augmenté suite à la formation.

³³ Denis LeBlanc, *Braiding First Nations' Culture into Vitalité and Horizon's Health Services Final Project Evaluation Report*, 2015.

collectivités pour qu'elles puissent offrir des solutions communautaires en cas de besoin au lieu de devoir dépendre de la disponibilité des professionnels de la santé, qui exercent souvent à l'extérieur des collectivités³⁴. Selon les participants, les séances de formation et les forums sur la santé mentale et le suicide ont permis d'entamer un dialogue ouvert sur des sujets difficiles à aborder et qui ont parfois nu à l'efficacité des solutions adoptées dans le cadre de crises liées à la santé mentale. Par exemple, dans le cas du projet *People's Strength in Health and Wellness* (la force des gens en matière de santé et de bien-être), le rapport d'évaluation mentionnait que les séances de sensibilisation et de formation en techniques de prévention du suicide ont entraîné une sensibilisation accrue parmi les membres de la collectivité, qui ont appris à réagir au mot « suicide » plutôt qu'à figer sur place³⁵.

Certains projets comprenaient une formation dans les domaines de la gouvernance, de l'élaboration d'ententes de service ou de protocoles d'entente et de l'orientation en termes de planification et de développement des programmes communautaires. C'est uniquement dans le cas de quelques projets que l'on a pu prendre connaissance des résultats tangibles de telles activités, mis à part les gains au chapitre des connaissances; toutefois, l'incidence a été décrite comme favorisant et renforçant les efforts au niveau de la collectivité. Cette incidence a été soutenue par près de la moitié des membres du personnel régional de la DGSPNI interrogés, qui ont l'impression que les activités de renforcement des capacités avaient renforcé les compétences des membres des collectivités inuites et des Premières Nations et les aideraient à diriger leurs propres services de santé.

Mise au point des ressources et des outils

Dans la plupart des cas, les documents sur les ressources ont été préparés pour les séances de formation, et ont pu par la suite être distribués à un plus vaste auditoire; cela contribuait ainsi à un plus grand échange des connaissances et produisait également un résultat tangible, ce qui augmentait la durabilité d'un élément du projet (si les connaissances continuaient d'être échangées) au fur et à mesure que la composition de l'équipe évoluait.

Dans le cadre de 16 projets, on a élaboré un guide ou un manuel de mise en œuvre (p. ex. protocoles, modèle de santé, manuel des procédures d'utilisation normalisées) ou un outil d'évaluation et des formulaires d'évaluation. Trois autres projets n'ont pas été en mesure d'atteindre leurs objectifs en ce sens, tandis qu'un guide était en cours de rédaction dans le cadre d'un autre projet. Dans certains cas, cela contribuait à la normalisation des outils de dépistage et des modèles de rapport. Comme on le souligne dans l'examen de la documentation, l'harmonisation des pratiques des partenaires et des programmes permet souvent la réalisation de l'étape suivante du continuum de l'intégration (coordination des services). On souligne dans un des rapports de projet que les partenaires ont souvent des objectifs et des priorités en matière de soins de santé similaires, mais qu'ils ne possèdent pas de cadre ou de protocoles leur permettant de travailler ensemble.

³⁴ Les renseignements proviennent des présentations faites par les coordonnateurs de projet lors de la réunion régionale de la DGSPNI de l'Ontario (mars 2015).

³⁵ Mariette Sutherland et Marion Maar, *FINAL Evaluation Report for the "People's strength in health and wellness" Mental Wellness Coordination Project*, 2015.

On a effectué dans le cadre de 25 projets (37 %) des analyses environnementales, mais seulement 5 des projets visaient la publication d'un guide de ressources ou d'un outil en ligne décrivant les services offerts aux clients et autres fournisseurs de services. Près d'un quart des coordonnateurs de projet interrogés estimaient que l'augmentation de la sensibilisation aux services chez les membres de la collectivité qu'ont entraînée les projets du FISS a contribué à augmenter leur capacité à avoir recours aux services appropriés. La distribution de guides de ressources en format électronique ou papier accroît la mise en commun des connaissances rendue possible par les analyses environnementales et, par conséquent, représente une occasion d'élargir la portée des projets du FISS à venir. Les répercussions de la distribution d'une liste des services aux autres fournisseurs de services ont été démontrées dans le cadre de deux projets dans lesquels des manuels ont été distribués à la Police provinciale de l'Ontario. Ces guides fournissent aux autorités les ressources appropriées auxquelles aiguiller les membres des collectivités arrêtés sous l'influence de l'alcool, des drogues ou d'autres substances et fournissent également un point d'intersection pour élaborer une approche plus adaptée aux toxicomanes qui entrent en contact avec le système. Un coordonnateur de projet a mentionné qu'il y avait souvent un manque de sensibilisation aux ressources disponibles et appropriées en raison du roulement élevé du personnel parmi les professionnels de la santé des collectivités inuites et des Premières Nations, et qu'un guide est une source inestimable pour aider les nouveaux travailleurs à se familiariser avec la région. Il est toutefois important de noter que le roulement constant du personnel a entraîné des difficultés quant à la durabilité des outils et des manuels de ressources étant donné que le personnel n'était pas tenu informé de l'existence de ces outils.

Quelques projets se sont penchés sur les bases de données ou la collecte de données sur la population et l'utilisation des soins de santé. Les responsables de projets qui ont effectué une collecte intense des données ont souligné qu'il était avantageux de posséder des preuves pour appuyer la planification de soins de santé adaptés aux besoins ou pour soutenir les futures demandes de financement.

Coordination des services

La coordination des services peut contribuer à l'accès sans faille aux services et, par conséquent, à soutenir des niveaux plus élevés d'intégration dans l'ensemble du continuum des soins de santé. Cette étape fait référence à la coordination des services et des interactions entre les personnes et les organisations ou organismes. Cela nécessite de synchroniser les approches ou les transitions entre les façons dont les deux organisations ou systèmes distincts fonctionnent, ce qui peut également faciliter l'utilisation de services de santé complémentaires. Dans bien des cas, cela pourrait entraîner l'établissement d'un moyen de coordination ou de négociation systématique pour les services de santé concernés. Les activités des projets du FISS qui se sont penchés sur des éléments de la coordination des services sont, entre autres : les postes liés à la navigation ou à la promotion (5 réalisés sur 5); l'élaboration de protocoles, l'harmonisation des services et des politiques et la normalisation des processus (14 réalisés sur 18); le renforcement du continuum des soins de santé (4 réalisés sur 4); et l'élaboration d'ententes de services ou de protocoles d'entente (5 réalisés sur 6).

Les cinq projets qui visaient à établir des postes liés à la coordination ou à la promotion de l'accès aux services ont tous été mis en œuvre avec succès. La documentation et les entrevues avec les principaux informateurs soulignaient l'importance de ce type de projet; les entrevues ont d'ailleurs révélé que la confusion quant au partage des compétences nuisait à l'accès des patients au continuum des services de santé. Plus précisément, la moitié des coordonnateurs de projet interrogés ont affirmé que la confusion quant aux administrations était un obstacle à la navigation au sein du système. Le Health Navigator (intervenant-pivot en matière de santé pour les Autochtones) du projet *Development of a System of Integrated Mental Health and Addictions Services Between First Nations, Aboriginal and Non-Aboriginal Services* (mise au point d'un système de services intégrés de santé mentale et de toxicomanie à l'intention des Premières Nations, des Autochtones et des non-Autochtones) a permis à au moins 32 clients d'avoir accès à des services de santé auxquels ils n'avaient pas accès avant le projet du FISS³⁶. Les services étaient culturellement significatifs, sans quoi le coordonnateur de projet travaillait avec les fournisseurs afin d'augmenter leur sensibilisation aux réalités culturelles.

Les rôles des coordonnateurs peuvent souvent contribuer à l'augmentation de l'accès aux services, car ils permettent d'élever le niveau de coordination entre les hôpitaux et les services communautaires et d'améliorer le continuum des soins en prenant en charge les soins et les services appropriés lorsqu'un client sort de l'hôpital. Le coordonnateur de la santé du projet du FISS mené par la nation Naskapi de Kawawachikamach a aidé 20 membres de la collectivité à avoir accès à des établissements de traitement en 2014-2015 en veillant à ce qu'ils soient bien informés du transport subventionné à leur disposition et à ce qu'ils puissent y recourir plus facilement. D'autres rôles joués par les coordonnateurs qui se sont manifestés dans le cadre des projets du FISS comprennent la défense des droits parentaux et de l'accès aux services adéquats, la coordination des services appropriés (p. ex. culturels) et la mise en place du soutien approprié pour bénéficier des rendez-vous médicaux utiles (p. ex. services de traduction).

Dix-huit projets visaient l'établissement de la coordination des services en mettant l'accent sur l'élaboration de protocoles qui favoriseraient la création de liens avec des services complémentaires (p. ex. protocoles d'aiguillage) ou en établissant un certain niveau d'harmonisation des pratiques administratives et opérationnelles (p. ex. échange de renseignements). Six des huit projets qui se sont penchés sur l'élaboration de protocoles ont été en mesure d'atteindre leurs objectifs. Quatre projets se sont également penchés sur l'harmonisation des politiques et des services avec ceux des autorités en matière de santé et des provinces, et ont tous été en mesure de réaliser leurs activités avec succès. Quatre des six projets qui se sont concentrés sur la normalisation des soins (p. ex. établissement de voies pour naviguer au sein du système de santé) ont été en mesure de terminer leurs produits livrables prévus. Le rapport des projets d'harmonisation des politiques et des services indique qu'il y a eu une amélioration de la qualité des services et de leur accessibilité; le continuum des soins a été amélioré, car l'aiguillage et les protocoles des activités et de prestation des services ont facilité la transition entre les services.

³⁶ Williams Consulting. *Health Services Integration Fund Final Evaluation Report: Minweyaanigoziwin Mental Health and Addictions Service Integration; A Project with Iskatewizaagegan Independent First Nation*, 2015.

Les responsables de quatre projets se sont penchés sur les continuums des soins. Les objectifs des projets ont tous été atteints grâce à l'élaboration d'ententes sur les niveaux de service, à la liaison entre les organismes complémentaires, et à l'amélioration des capacités des fournisseurs de services de fournir des services adaptés aux cultures. Les projets de cette nature exigent un niveau de participation des partenaires élevé, et ce, dans tous les services, y compris ceux qui n'appartiennent pas nécessairement au domaine des services de santé. Ces projets en particulier démontrent l'importance de tenir compte des déterminants de la santé et d'autres points d'entrée dans les systèmes qui ont le potentiel d'établir des rapports avec les fournisseurs de soins de santé. Cela était évident dans le cas de quatre projets de partenariat avec des écoles, et de deux projets ayant souligné l'importance d'aborder la question du logement afin d'atteindre leurs résultats à long terme. Un autre projet a élargi sa portée en élaborant constamment des protocoles d'entente et des ententes de service ainsi qu'en renforçant sans cesse ses capacités et sa collaboration afin d'inclure les questions du logement, de l'éducation, de l'aide sociale et des programmes d'emploi à l'intention des Premières Nations. Il faut reconnaître l'interdépendance de ces domaines de service au-delà du domaine de la santé pour soutenir l'intégration de la santé, car cela peut avoir des répercussions importantes sur les résultats en matière de santé. De nombreux principaux informateurs interrogés dans le cadre de l'évaluation du projet *People's Strength in Health and Wellness* (la force des gens en matière de santé et de bien-être) ont en quelque sorte répété ce qu'un membre du personnel avait dit : « Il n'est pas réaliste de se pencher sur l'intégration des services quand ces besoins fondamentaux ne sont pas satisfaits pour de nombreux membres de la collectivité. Composer avec les conséquences négatives de la pauvreté et les injustices au niveau de la collectivité, comme le système de pensionnats, fait en sorte que les travailleurs ne font que s'adapter constamment en fonction des besoins immédiats de la collectivité » [traduction]³⁷.

Partenariats relatifs à la prestation des services

L'établissement de partenariats relatifs à la prestation de services peut accroître la capacité des fournisseurs de service individuels et, dans certains cas, renforcer la gamme des services de santé offerts aux clients. Ce genre d'intégration pourrait comprendre l'adoption conjointe des pratiques et des structures communes afin de faciliter la prestation des services. L'examen de la documentation laisse croire que des organisations pourraient également évaluer le chevauchement pour l'ensemble des services intégrés et redistribuer les rôles ou les pratiques en conséquence afin d'accroître l'efficacité.

La mise en œuvre des trois projets comportant un modèle de prestation des services de grande envergure a été limitée. Dans deux des trois cas, la mise en œuvre a été limitée en raison de circonstances atténuantes, par exemple le fait de réaliser les activités avec moins d'argent que prévu ou de travailler avec des contraintes fondées sur des ententes de services qui n'avaient pas encore été achevées. Le modèle qui n'a pas été mis en œuvre a toutefois permis aux responsables d'être prêts pour une mise en œuvre future; par ailleurs, l'intérêt des partenaires a depuis contribué à l'élargissement de la portée afin d'inclure les services multisectoriels (en dehors des soins de santé) à la planification de l'intégration.

³⁷ Mariette Sutherland et Marion Maar, *FINAL Evaluation Report for the "People's strength in health and wellness" Mental Wellness Coordination Project*, 2015.

Des équipes de services de santé communautaires (quatre) ont été mises en place pour rassembler les ressources de différents domaines afin d'intervenir en cas de crise, améliorer les continuums de soins de santé ou réunir les fournisseurs de services de santé dans le cadre d'initiatives de dépistage. D'autres types de programmes qui établissaient des partenariats avec des écoles, et qui étaient fortement soutenus par les membres du personnel des écoles, ont été mis en œuvre. Dans le cas du projet *First Nation Community-Based Screening to Improve Kidney Health and Prevent Dialysis* (dépistage communautaire des membres des collectivités des Premières Nations pour améliorer la santé des reins et prévenir la dialyse), les responsables de l'initiative de dépistage mobile de grande envergure se sont déplacés dans cinq collectivités éloignées et sept collectivités accessibles par voie terrestre afin d'y réaliser des dépistages de maladies rénales. Le rapport d'évaluation du projet indique que le taux de dépistage moyen était de 21 % pour tous les membres de la collectivité admissibles (âgés de 10 à 80 ans)³⁸. L'incidence de ces évaluations a été considérable, car celles-ci ont permis de cibler les membres des collectivités ayant besoin de soins supplémentaires. Plus de 25 % des personnes s'étant soumises au dépistage étaient atteintes d'une maladie du rein. Les responsables de 6 des 9 projets comprenant une entente de services ont été en mesure de réaliser leurs activités prévues. Les responsables de deux projets dont les frais étaient séparés entre les autorités en matière de santé, les ministères de la Santé et les services de santé locaux ont été en mesure d'accomplir leurs tâches.

Les responsables de trois projets axés sur la télésanté et de deux projets qui visaient à mettre en œuvre des bases de données sur les dossiers médicaux se sont approchés de leurs objectifs. Les bases de données sur les dossiers médicaux ont été élaborées bien que, des deux projets visant à relier les bases de données aux données des autres intervenants, un seul a permis de mettre en place une entente et l'autre était toujours en voie d'élaborer des ententes d'échange de données. La mise en œuvre des ententes en matière de télésanté a progressé à des rythmes différents. Les responsables d'un projet du FISS ont été en mesure de mettre en œuvre les sessions des clients durant le cycle de vie du projet; on a achevé l'élaboration d'une proposition pour le service d'un autre projet, et le troisième projet était prêt à mettre en œuvre les deux tiers de ses sites de télésanté. Les commentaires mentionnés dans un rapport d'évaluation de projet de télésanté laissent croire que le service était efficace et que la qualité n'était pas compromise, car 8 clients sur 9 ont affirmé que le service était de qualité équivalente ou supérieure à celui qu'ils recevaient lors de leurs sessions en personne.

Transfert, fusion et regroupement des services

Cette étape contribue directement à l'atteinte des objectifs à long terme de la politique, soit le transfert des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Les projets de cette partie du continuum appartenaient à deux domaines thématiques clés : les projets de gouvernance et les projets de modèles multiservices.

Les quatre projets de gouvernance ont progressé à des rythmes différents vers l'atteinte de leurs objectifs. Deux projets ont donné lieu à des partenariats entre les Premières Nations et les gouvernements fédéral et provinciaux. Le troisième projet n'a pas reçu le financement dans son intégralité promis à l'origine par les partenaires et, par conséquent, n'a pu réaliser que les aspects

³⁸ Diabetes Integration Project, Manitoba Renal Project et Winnipeg Regional Health Authority. *FINISHED Final report 2015*.

théoriques du projet. Les responsables du quatrième projet n'ont pu être en mesure de mener des négociations significatives aux ordres fédéral et provincial; le projet a donné lieu à une ébauche de cadre qui, selon les principaux informateurs, doit être beaucoup plus précise. Incidemment, certains coordonnateurs de projet ont eu l'impression que les projets du FISS ont contribué de manière positive à la gouvernance des Premières Nations et des Inuits, car ils permettaient aux participants de prendre part aux comités consultatifs sur les plans d'intégration provinciaux et territoriaux. Ces types d'accords tripartites sont perçus comme des mécanismes pour veiller à ce que les Premières Nations et les Inuits jouent un rôle majeur dans la conception et la prestation des services de santé et qu'ils bénéficient également de la coordination des services de santé provinciaux et territoriaux. Les accords tripartites peuvent souvent préparer le terrain pour des discussions plus larges sur la gouvernance qui peuvent, à leur tour, entraîner un niveau plus élevé de transfert des responsabilités des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Il faut du temps avant de pouvoir observer les répercussions des objectifs liés à la gouvernance autres que leur contribution au développement des relations; il est donc trop tôt pour décrire les résultats découlant des projets du FISS qui se sont penchés sur la gouvernance. Étant donné que la version renouvelée du FISS met de nouveau l'accent sur les ententes en matière de transfert des responsabilités des services et les accords tripartites, il faudra bien comprendre l'incidence de ces partenariats afin de cerner l'efficacité des efforts d'intégration des services qui ont été déployés à différents ordres de gouvernement. Ce point sera discuté plus en détail dans la section sur la mesure du rendement du présent rapport.

Deux des quatre projets intentionnels de modèles multiservices ont été mis en œuvre, et un autre projet a donné lieu de façon inattendue à une proposition de clinique communautaire. Les deux modèles qui ont été mis en place ont eu des répercussions directes sur l'amélioration de l'accès aux services des Premières Nations. Dans les deux cas, l'élaboration de nouveaux modèles de services a entraîné une augmentation de l'aptitude à accueillir les clients, et ce, grâce à l'augmentation de la capacité entraînée par l'expansion de la base des services (p. ex. médecin additionnel, autres unités pour accueillir les clients). Un modèle de clinique a été en mesure de doubler le nombre de patients que voit le médecin en une journée tout en contribuant à la qualité des services de santé en offrant les services des médecins dans le cadre des dix services complémentaires offerts par le centre de santé et coordonnés par le projet du FISS. Un projet réalisé au Manitoba a de façon inattendue donné lieu à des efforts pour créer une clinique communautaire, ce qui a entraîné l'achèvement d'un plan d'activités approuvé par les commissaires représentant toutes les Premières Nations de la région. Au moment de la production du rapport, l'autorité locale en matière de santé avait été chargée de mettre le plan en œuvre. On indique dans le rapport du projet que des problèmes de ressources liés aux investissements de capitaux et à l'accès aux effectifs partagés ont nui au succès des deux derniers projets de la dernière étape du continuum.

Défis

Les projets couvrant l'ensemble du continuum de l'intégration ont été aux prises avec des difficultés similaires, dont les suivants :

- **Roulement du personnel** : le roulement du personnel était chose fréquente chez les professionnels des services de santé et chez les représentants des entités partenaires, dans certains cas. Cela a limité le renforcement des capacités dans le domaine du développement

des connaissances (p. ex. services de santé existants, sensibilisation aux réalités culturelles) et a eu des répercussions sur la continuité des discussions au sein des comités directeurs ou sur le rythme de progression des activités au niveau des coordonnateurs de projet.

- **Sollicitation des bons partenaires** : quelques responsables de projet ont souligné l'importance de la présence des décideurs représentant les organisations partenaires lors des réunions de projet. Dans les cas où les décideurs prenaient part aux réunions, leur présence a été ciblée comme un des éléments clés du succès du projet.
- **Participation des Premières Nations** : bien que, dans la plupart des cas, les Premières Nations et les Inuits aient participé activement au projet, certains responsables de projet ont souligné la nécessité de continuer à solliciter la participation des Premières Nations au-delà de l'étape de la consultation. Par ailleurs, les partenaires doivent nouer des relations avec les *collectivités* des Premières Nations au lieu de nouer des relations solides avec des membres des Premières Nations afin de bien représenter les intérêts de la collectivité.

Dans l'ensemble, un niveau plus élevé d'intégration des services pour les Premières Nations et les Inuits a été atteint grâce aux projets du FISS. De plus, la majorité des principaux informateurs parmi les coordonnateurs de projet ont confirmé que les projets se sont déroulés exactement de la façon dont ils avaient été présentés dans les propositions.

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

Résultat à long terme 1 :

Hausse des ententes visant l'intégration de services de santé indépendants pour les membres des Premières Nations et les Inuits

L'élaboration de nouvelles ententes visant l'intégration des services de santé en dehors des paramètres du FISS n'a pu être évaluée. Toutefois, les projets en cours ont mis en évidence les premiers signes de l'élaboration de plans pour conclure de telles ententes, ainsi que certains facteurs clés dans le maintien des ententes en matière d'intégration.

Ce résultat, qui consiste à générer de nouvelles ententes visant l'intégration des services de santé, devrait se produire en dehors du cycle de vie des projets du FISS. Les participants, tout en acquérant de l'expérience par l'entremise des projets du FISS, seront mieux en mesure de collaborer de même que de planifier et de mettre en œuvre des projets d'intégration et, par conséquent pourront le faire de manière indépendante à l'avenir. Dans certains cas, il est probable que ce type d'ententes se concrétisera en fonction des renseignements figurant dans les rapports d'étape finaux :

- Le projet de la **Clinique minowé** comprenait la mise en œuvre du modèle Minowé dans deux centres d'amitié autochtone du Québec. L'évaluation du projet servait de catalyseur en vue d'une collaboration dans d'autres secteurs de programme pour discuter plus en détail de la mise en œuvre du modèle³⁹.
- Une combinaison de services de dépistage mobiles de problèmes rénaux du **Diabetes Integration Project/Kidney Health Project** (projet Intégration diabète/projet sur la santé rénale) est actuellement reproduite dans le cadre du *NorWest Mobile Diabetes Screening and Intervention Project* (projet de services mobiles de dépistage du diabète et d'intervention du Nord-Ouest), lequel bénéficie d'une subvention de 200 000 \$ offerte par une fondation privée⁴⁰.
- Un membre du comité directeur du projet **Expanding Our Circle of Mental Wellness** (élargir notre cercle de bien-être mental) participait également à un projet pilote provincial qui visait à élaborer un modèle intégré de prestation de services de santé pour les jeunes à risque, créant ainsi des occasions de réseautage entre les initiatives et entre les chefs des diverses Premières Nations. On indique dans le rapport d'évaluation que le projet a permis aux partenaires de non seulement mettre l'accent sur les résultats du projet, mais également de réfléchir à la façon dont l'intégration des services pourrait fonctionner dans d'autres secteurs, comme celui des services aux jeunes, et à la façon de solliciter la participation effective des Premières Nations⁴¹.

Ce résultat attendu porte non seulement sur la création d'ententes d'intégration indépendantes, mais souligne également la durabilité de ces nouvelles ententes sans avoir recours à une aide financière supplémentaire de la part du gouvernement fédéral. Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer si les nouvelles ententes d'intégration pourraient se concrétiser en dehors des projets mentionnés qui prenaient fin le 31 mars 2015, l'évaluation a mis en lumière des facteurs clés à l'appui des ententes d'intégration.

Planification claire dès le début d'un projet

La prise en compte de facteurs particuliers (p. ex. la préparation des intervenants, les rôles et responsabilités clairement définis et la planification de la durabilité) au début d'un projet peut présenter des avantages à long terme sur la durabilité des initiatives d'intégration. La préparation des intervenants au début du projet est inestimable. Dans le cadre de la préparation, on peut notamment voir à ce que les ressources disponibles soient en place, à ce que le soutien requis puisse être offert à la collectivité et aux dirigeants à l'égard de l'initiative, et à ce que cette dernière soit comprise, et voir à ce que les partenaires comprennent la portée du projet et des résultats visés. Les entrevues avec les coordonnateurs de projet et les représentants provinciaux et territoriaux ont révélé que dans certains cas, la confusion à l'égard du projet de même que la facilité avec laquelle le projet progressait étaient influencées par la capacité des intervenants à

³⁹ Pierre Picard, Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA). (2015). *Rapport d'évaluation du déploiement du modèle de la clinique minowé pour son implantation dans deux villes du Québec desservies par un centre d'amitié autochtone*.

⁴⁰ Diabetes Integration Project Inc., *2014-15 HSIF Interim Progress Report: First Nation Community Based Screening to Improve Kidney Health and Prevention Dialysis*, 2014.

⁴¹ Lori Ann Roness Consulting, *'Expanding Our Circle of Mental Wellness' Project Final Evaluation Report*, 2015.

entamer le travail prévu. Il en est également ressorti que des rôles et des responsabilités clairement définis dissipaient la confusion des intervenants tout au long du cycle de vie du projet. Parmi les pratiques exemplaires énoncées par les intervenants provinciaux et territoriaux et les coordonnateurs de projet figuraient l'établissement d'un mandat ou la description claire des protocoles et des engagements dans le plan de travail. Une communication continue au moyen de rencontres régulières, une supervision par un comité directeur et la participation des intervenants de la collectivité pourraient également contribuer à mieux comprendre les rôles et les responsabilités. Finalement, la planification de la durabilité au début du projet et l'adaptation des plans à mesure que le projet évolue contribuent à une planification à long terme efficace. Voici des exemples de mesures prévues en matière de durabilité : des ententes formelles comportant des dispositions en matière de durabilité, des sous-comités sur la durabilité mis sur pied pendant la phase de mise en œuvre du projet de même qu'une planification proactive des sources de soutien et des occasions de renforcement des capacités nécessaires à la fin du projet afin d'appuyer les travaux de l'initiative.

Harmonisation des priorités des partenaires

Les partenariats établis dans le cadre du FISS ont permis de mieux connaître les priorités des intervenants. La compréhension des priorités des partenaires a souvent permis de découvrir des domaines d'intérêts semblables et a donné lieu à des liens plus forts entre les partenaires en raison de l'harmonisation de leurs objectifs organisationnels ou communautaires. Cette compatibilité des priorités a permis de relever plus facilement les occasions et les avantages offerts par un partenariat continu dans le cadre d'initiatives d'intégration. Un plan de durabilité en particulier indiquait la possibilité d'accéder à un réseau étendu d'intervenants ayant les mêmes priorités par l'entremise de leurs partenaires, permettant ainsi de poursuivre les progrès réalisés dans le cadre de leur projet du FISS.

Intégration des composantes du projet à des structures déjà établies

Déjà mentionné dans le cadre d'un examen de l'IIS et du FTSA de même que dans l'évaluation en cours du FISS, le renforcement des capacités semble être une préoccupation pour les projets à l'intention des Premières Nations et des Inuits. La capacité d'intégration au sein d'une structure préexistante offre une solide base de connaissances et un système pouvant venir appuyer la mise en œuvre dès le tout début d'un projet. Dans le cas du *Nunavut Community Wellness Plan (NCWP)* [plan de mieux-être communautaire du Nunavut], l'utilisation des travaux déjà existants en matière de développement communautaire par l'entremise de la stratégie de santé publique du Nunavut a facilité l'élaboration des plans en matière de mieux-être communautaire pour trois régions. La mise en commun des connaissances a grandement contribué au renforcement des capacités, et les occasions de formation qui en ont découlé ont mis en lumière des approches efficaces en matière de planification des projets, notamment la gestion de projet, la gouvernance et la participation des collectivités. Dans le cadre du NCWP, la planification a pu être orientée par une plus vaste stratégie territoriale de santé publique, laquelle a servi de point de repère. Le processus de planification a donc été élargi afin de répondre aux besoins régionaux particuliers.

Développement continu des relations et des ressources en matière de renforcement des capacités

De nombreuses sources de données ont confirmé que la mise en œuvre d'initiatives visant l'intégration des services de santé est un processus long et complexe. On a révélé un facteur commun qui favorise la durabilité dans un examen des trois versions des initiatives d'intégration des services de santé de Santé Canada à l'intention des Premières Nations et des Inuits : habilitier les responsables de projet en tant que mentors et ressources précieuses dans le cadre des activités de transfert des connaissances⁴². Certains coordonnateurs de projet ont également souligné que l'appui de la haute direction contribue aussi grandement au soutien continu des initiatives d'intégration. La participation continue de partenaires au moyen d'ententes formelles a favorisé des occasions d'accroître les capacités. En revanche, des ententes moins formelles peuvent compromettre davantage la durabilité des partenariats puisque le niveau d'engagement peut diminuer avec le temps ou en raison du haut taux de roulement du personnel au sein des organisations partenaires. Dans tous les cas, l'intégration du renforcement des capacités et de l'acquisition des compétences et connaissances aux ressources et outils de formation contribue grandement à prolonger la disponibilité et l'application des pratiques exemplaires.

Les coordonnateurs de projet ont évalué la durabilité de leurs projets actuels dans le cadre des rapports d'étape. Parmi les 64 projets pour lesquels les coordonnateurs ont attribué une cote à la durabilité, tous les rapports de projet sauf un indiquaient la probabilité d'un certain niveau de durabilité, et la catégorie « très probable » était la plus souvent sélectionnée (50 %). Bien que le personnel de la DGSPNI s'est dit préoccupé quant à la faisabilité de plans de durabilité sans financement continu, la grande majorité du personnel régional reconnaît que les plans comportaient des éléments qui pourraient être maintenus indépendamment sans nécessiter des fonds supplémentaires du gouvernement fédéral. Les coordonnateurs de projet interrogés ont parfois indiqué la nécessité de bénéficier d'un financement continu afin de recruter du personnel ou d'acquérir des ressources pour poursuivre les travaux dans le cadre de leur projet du FISS. Dans le document *Lessons Learned from Ten Years of Integration*, on constate qu'il est crucial de prévoir une période d'incubation avec les ressources nécessaires; une fois que les partenariats sont établis et que les systèmes intégrés sont institutionnalisés, les niveaux de financement peuvent être réduits ou éliminés⁴³. Les faiblesses courantes dans les plans de durabilité correspondent aux leçons tirées susmentionnées, notamment un manque d'engagement formel des partenaires à maintenir l'élan ou la réussite du projet.

⁴² Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Direction de la politique, de la planification et de l'information stratégiques, *Lessons Learned from Ten Years of Integration: Supporting and Building Partnerships in First Nations and Inuit Health*, 2014

⁴³ Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Direction de la politique, de la planification et de l'information stratégiques, *Lessons Learned from Ten Years of Integration: Supporting and Building Partnerships in First Nations and Inuit Health*, 2014.

Résultat à long terme 2 :

Accès amélioré à des services de santé de qualité pour les membres des Premières Nations et les Inuits

Bien qu'il soit trop tôt pour déterminer toute l'ampleur des incidences du FISS sur l'accès et la qualité des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, cette évaluation a permis de cerner des contributions dans ces deux domaines.

Accès

La confusion entre les différents ordres de gouvernement a souvent été un obstacle aux peuples inuits et des Premières Nations devant accéder à des services de santé. Les projets du FISS ont permis de cultiver la collaboration plurigouvernementale en plus d'accroître le nombre de collectivités travaillant de concert à l'intégration des services de santé. La majorité des principaux informateurs des trois groupes (le personnel de la DGSPNI, les intervenants de la santé des provinces et des territoires et les coordonnateurs de projet) ont indiqué que les projets du FISS avaient contribué à améliorer l'accès des Premières Nations et des Inuits aux services de santé. Les rapports d'étape et d'évaluation des projets ont présenté des exemples d'accès amélioré, lesquels portaient surtout sur les domaines suivants :

Renforcement du continuum de soins

Les projets ayant comme objectif le renforcement du continuum de soins cherchaient habituellement à surmonter les obstacles à la continuité des soins (p. ex. développer ou améliorer le soutien avant et après traitement). Il est souvent arrivé que les projets permettent de faciliter la liaison avec des professionnels de la santé de divers domaines (p. ex. psychiatres, travailleurs sociaux), contribuant ainsi à une expérience plus globale des soins de santé qui donne accès à divers types de professionnels de la santé. Plus particulièrement, les rapports sur le projet *An Interdisciplinary and Integrated Culturally Safe Diabetes Care Clinic Health System for First Nations* (un système de soins de santé cliniques interdisciplinaire, intégré et adapté à la culture destiné aux Premières Nations en matière de diabète) ont révélé que 13 services supplémentaires offerts dans les collectivités des Premières Nations sont le résultat direct des cliniques multiservices d'un jour organisées dans les collectivités⁴⁴.

Meilleure coordination des services

Dans de nombreux cas, une meilleure coordination des services a contribué à améliorer l'accès aux services. Diverses activités de projet ont permis d'améliorer la coordination, notamment la création de postes conçus pour aider les clients à naviguer dans le système de soins de santé et obtenir les services de santé appropriés. Les entrevues avec les coordonnateurs de projet ont révélé que la majorité des projets ont permis d'améliorer l'accès aux services de santé en faisant davantage connaître les services offerts. Des améliorations apportées aux processus d'aiguillage

⁴⁴ Première nation de Nipissing, *2013-14 Interim HSIF Progress Report: An Interdisciplinary and Integrated Culturally Safe Diabetes Care Clinic Health System for First Nations*, 2014

de même qu'une amélioration de l'harmonisation entre les services sont des facteurs qui ont permis d'améliorer l'accès des Premières Nations et des Inuits aux services de santé. Voici des exemples concrets d'accès amélioré :

- **Integrated Service Delivery Model for First Nations receiving Mental Health and Addictions Services in the Battleford Tribal Council Area (modèle intégré de prestations de services pour les Premières Nations qui reçoivent des services en santé mentale et de traitement et toxicomanie dans la région du Battleford Tribal Council)** – Les responsables du projet ont indiqué une augmentation de 40 % du nombre de cas par rapport à l'année précédente en raison d'un accueil amélioré et du travail d'aiguillage réalisés dans le cadre du projet du FISS⁴⁵.
- **Minweyaanigoziwin Health Service Integration Project (projet d'intégration de services de santé Minweyaanigoziwin)** – Les responsables du projet ont indiqué que 70 clients ont accédé aux nouveaux services et que 17 aiguillages étaient toujours en cours à la suite des travaux d'intégration des services de santé mentale et de toxicomanie dans le cadre du FISS, ce qui a permis l'accès à des services financés par le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et le réseau local d'intégration des services de santé⁴⁶.

Amélioration de l'accès

Les projets qui ont créé des services de télésanté ou qui ont lancé des initiatives de dépistage ou des foires cliniques multiservices dans les collectivités ont facilité l'accès aux services à l'échelle locale. Ce résultat est particulièrement évident dans le cas du projet *First Nations Community-Based Screenings to Improve Kidney Health and Dialysis* (dépistage communautaire des membres des collectivités des Premières Nations pour améliorer la santé des reins et prévenir la dialyse), qui a permis de réaliser des dépistages de troubles rénaux chez plus de 1 900 membres issus de 4 collectivités éloignées et 7 collectivités accessibles par voie terrestre. En moyenne, 1 membre de la collectivité sur 5 âgé de 10 à 80 ans a bénéficié d'un dépistage, ce qui a permis de diagnostiquer une maladie rénale chez 25 % des participants. Des processus d'aiguillage étaient en place, ce qui a contribué au continuum de soins, notamment avec les services de soutien disponibles. Les clients présentant un risque modéré à élevé ont été aiguillés directement aux néphrologues du Programme rénal du Manitoba et du Programme de néphrologie pédiatrique pour un traitement de suivi. Tous les clients présentant un faible risque ont été aiguillés vers des services de soins de première ligne accessibles dans leur collectivité ou à proximité⁴⁷.

⁴⁵ Battle River Treaty 6 Health Centre Inc., *2013-14 HSIF Final Progress Report: An Integrated Service Delivery Model for First Nations Receiving Mental Health and Addictions Services in the Battlefords and 6 First Nation Communities*, 2014.

⁴⁶ Williams Consulting, *Health Services Integration Fund Final Evaluation Report: Minweyaanigoziwin Mental Health and Addictions Service Integration; A Project with Iskatewizaagegan Independent First Nation*, 2015.

⁴⁷ Diabetes Integration Project, Manitoba Renal Project, et Winnipeg Regional Health Authority. *FINISHED Final Report 2015*.

Qualité

Pour ce qui est de la plus grande incidence observée sur leurs projets, les coordonnateurs des projets du FISS interrogés ont donné le plus souvent comme réponse l'amélioration de la qualité et des services de coordination. La présente évaluation a permis de déterminer que les facteurs suivants contribuent à la mise en place de services de santé de qualité : la pertinence culturelle, une approche axée sur le client ou les besoins de la collectivité et l'adoption d'une approche globale⁴⁸.

Pertinence culturelle

Les projets ayant des composantes qui avaient une incidence sur la sensibilisation aux réalités culturelles, comme indiqué précédemment, ont pour la plupart atteint leurs objectifs. Ces objectifs portaient souvent sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une formation culturelle destinée aux fournisseurs de services. Les rapports d'évaluation des projets ont confirmé que les participants trouvaient la formation instructive et bénéfique. La moitié des principaux informateurs provinciaux et territoriaux interrogés prenait part à des projets qui favorisaient l'intégration des pratiques culturelles traditionnelles aux services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits ou qui contribuaient à accroître la sensibilisation des fournisseurs de services de santé et leur capacité à offrir des services adaptés à la culture. L'intégration de pratiques culturelles traditionnelles constitue un facteur global qui contribue à la mise en place de services de santé de qualité.

Adoption d'une approche axée sur le client ou les besoins de la collectivité

Les services communautaires favorisent à la fois la qualité et l'accès en offrant un service dans un environnement plus susceptible de prendre en compte les réalités quotidiennes et la culture du client (qualité) et en facilitant l'accès du fait qu'ils n'exigent pas des déplacements longs et souvent coûteux afin de pouvoir rencontrer les fournisseurs de services. Comme il a été mentionné précédemment, les principaux informateurs parmi les coordonnateurs de projet ont indiqué que la pertinence culturelle contribuait à accroître la volonté des membres des collectivités à accéder aux services.

Contexte qui influence l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité

La majorité des responsables de projets ont présenté des propositions qui cherchaient soit à améliorer l'accès aux services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, soit à améliorer la qualité. Toutefois, les projets ne traitaient pas nécessairement des deux composantes du résultat à long terme. Par exemple, plus de la moitié des principaux informateurs des bureaux régionaux de la DGSPNI ont indiqué que l'amélioration de la qualité n'était pas un objectif pour

⁴⁸ Cette liste a été créée à partir des déterminants de la qualité saisis dans le Programme d'agrément des services de santé des Premières Nations et des Inuits de la DGSPNI (2014).

tous les projets de leur région⁴⁹. En ce qui a trait à l'accès, un petit nombre de principaux informateurs parmi les coordonnateurs de projet ont confirmé que leurs projets n'avaient pas été conçus avec cet objectif en vue. En outre, quelques projets n'ont pas été conçus pour améliorer directement l'accès aux services de santé ou la qualité de ceux-ci, ils étaient plutôt axés sur des initiatives relatives à des comportements sains.

Comme indiqué dans la section sur les résultats intermédiaires, tous les stades du continuum d'intégration apportent de la valeur, mais leur lien direct avec les résultats à long terme du programme n'est pas toujours pris en compte. Les projets fondés sur des activités axées sur la recherche peuvent être éducatifs, mais sans l'élaboration et la mise en œuvre de plans visant à créer des liens avec d'autres intervenants, même si l'exercice peut établir les bases pour des activités futures visant à améliorer l'accès ou la qualité, il ne contribue pas en soi directement à l'atteinte du résultat à long terme du programme. Cette constatation s'applique également aux projets qui mettent davantage l'accent sur l'amélioration de la santé. Par exemple, lorsque les activités de promotion de la santé (p. ex. la saine alimentation) sont éducatives, mais qu'elles ne font pas partie d'un service de santé existant ou n'ont pas de lien avec un tel service, il n'est pas possible de cadrer ce service de santé avec l'objectif final du FISS qui consiste à améliorer l'accès à des *services de santé* de qualité. La nécessité de réaliser ces travaux est clairement définie, mais ultimement, la question est de savoir si les projets s'harmonisent avec la raison d'être du programme. En privilégiant certains types de projets, il serait peut-être plus facile de progresser vers l'atteinte de ces résultats, et ainsi avoir, comme effet secondaire des travaux d'intégration du FISS, une possible incidence sur les futurs résultats en matière de santé.

4.5 Rendement : Élément 5 – Démonstration d'économie et d'efficience

Les dépenses de programme des années antérieures ont indiqué qu'il y avait eu un financement excédentaire du FISS, mais on a constaté au cours des dernières années qu'il y avait un meilleur équilibre entre les fonds alloués et les dépenses réelles. Des contributions en nature par les partenaires du projet du FISS ont permis de réaliser des économies dans le cadre du projet. La mise à contribution de la technologie (p. ex. ententes de télésanté, bases de données sur la santé) a permis de réaliser des gains d'efficience à l'égard de l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les responsables du programme ont démontré leur engagement à mesurer le rendement par la mise en place d'une stratégie de mesure du rendement. Cependant, l'élaboration de rapports à l'échelle des projets pourrait être améliorée pour éclairer les résultats des activités des projets du FISS en remplaçant les indicateurs de rendement axés sur les extrants par des indicateurs clairs orientés sur les résultats.

⁴⁹ À la base, le programme ne définissait pas les critères contribuant à la mise en place de services de santé de qualité. Par conséquent, le personnel d'un programme à l'autre pouvait avoir une compréhension différente du type de projet qui appuie un tel objectif.

Observations sur l'efficience

Les projets ont permis de réaliser des gains d'efficacité par une utilisation optimale de la technologie, des outils de planification et des ressources de projet.

Miser sur la technologie

L'utilisation optimale de la technologie dans le cadre des projets du FISS a permis de réaliser des gains d'efficience dans la planification et la prestation des services. Dans quelques projets, on a élaboré des bases de données médicales, comme les registres des clients des Premières Nations, les dossiers de santé intégrés et les données sur la santé de la population, par la transcription ou le codage numérique des dossiers de santé, la création d'une infrastructure électronique ou l'établissement d'ententes d'échange de données. Ces efforts ont contribué à une meilleure compréhension des besoins des Premières Nations et des Inuits en matière de santé. Ainsi, ces données ont guidé la planification des services de santé, permettant ainsi de concentrer les efforts stratégiques sur les services de santé dont la population a le plus besoin.

Le suivi des données sur la santé des Premières Nations et des Inuits a favorisé une intégration accrue des services en facilitant l'échange de données entre les organismes de santé. Pour certains projets, les bases de données élaborées comme produits livrables étaient liées aux bases de données régionales de l'autorité de la santé ou de la province, ainsi qu'à celles des organismes de santé sans but lucratif. Le projet *Kenora Chiefs Advisory First Nation Client Registry* (registre des clients des Premières Nations du Kenora Chiefs Advisory) vise à mettre en correspondance sa base de données sur la santé des Premières Nations avec celle d'Action Cancer Ontario afin de cerner les clients qui sont plus susceptibles d'être atteints d'un cancer. Les clients pourraient alors être aiguillés vers des ressources le plus tôt possible⁵⁰.

Les gains d'efficience générés par les bases de données sur la santé élaborées dans le cadre de projets du FISS ont continué d'influer sur la prestation de services de santé sur place. La capacité d'avoir accès à des bases de données a permis aux membres du personnel médical de travailler plus efficacement lors de visites communautaires puisqu'ils peuvent avoir accès aux données sur la santé des clients immédiatement plutôt que de trier diverses sources pour comprendre les antécédents du patient avant de pouvoir fournir un traitement.

Les gains d'efficience réalisés dans les services de santé réalisés grâce aux projets du FISS ne se limitent pas qu'à la planification systémique; ils influent également sur la prestation des services de santé. Certains projets ont donné lieu à l'établissement d'ententes de télésanté pour la prestation de soins de santé à distance, ce qui permet d'éliminer les délais attribuables aux horaires de déplacement du personnel médical provenant des centres urbains auxquels sont confrontées les collectivités. Ce résultat a été démontré dans le rapport du projet *Developing and Implementing a Telepsychiatry Collaborative Care Protocol for Miawpukek First Nation* (élaboration et mise en œuvre d'un protocole de soins de télépsychiatrie collaboratifs pour la

⁵⁰ Selon le rapport du projet, les ententes d'échange de données ont été conclues et l'architecture de premier niveau est terminée. Des fonds supplémentaires sont sollicités auprès d'Action Cancer Ontario pour l'élaboration de l'infrastructure requise en vue de la mise en correspondance des deux interfaces.

Première Nation de Miawpukek) qui indiquait que les ententes de télépsychiatrie réduiront les déplacements des psychiatres et des patients, ce qui accroît la rapidité de la prestation des soins et améliore la qualité et la continuité des soins de santé mentale. Grâce aux ressources mises sur pied, notamment un service téléphonique de consultation sans frais, des consultations de télésanté avec des psychiatres et des cartes des services en ligne indiquant la disponibilité de ressources à proximité, les clients des collectivités inuites et des Premières Nations ont pu avoir accès à des soins constants en temps opportun. De plus, un accès accru à une gamme de services contribue à renforcer le continuum des soins offerts aux Premières Nations et aux Inuits. L'équipe du projet *Give Us Wings* (donnez-nous des ailes) étudie la possibilité d'utiliser la technologie de la liaison télévisuelle afin de permettre aux patients autochtones hospitalisés dans les centres de désintoxication à l'extérieur des réserves de communiquer avec des travailleurs communautaires afin de faciliter le suivi après leur congé. Les gains d'efficacité dans la planification et la prestation des services de santé contribuent au résultat final du FISS qui est d'améliorer l'accès à des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits. Dans le sondage, les coordonnateurs du projet ont affirmé que les projets ont contribué à l'amélioration de la sécurité, de la rapidité et de l'efficacité de la prestation des services de santé.

Gérer les projets

Au niveau de la gestion de projet, les coordonnateurs de projet et les intervenants provinciaux et territoriaux de la santé ont mentionné dans leurs entrevues que les stratégies suivantes sont efficaces pour garder les projets sur la bonne voie :

- une communication continue entre les partenaires;
- les outils de suivi des projets;
- l'utilisation d'outils Web afin d'échanger des renseignements et d'accroître la sensibilisation;
- l'établissement d'inventaires de travaux de recherche et de services à l'échelle régionale.

Certains membres du personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI ont souligné que les gains d'efficacité étaient moindres pour les projets comportant un plus grand nombre de partenaires à gérer, ce qui, souvent, s'est traduit par des délais plus longs pour produire et mettre au point les produits livrables.

Observations sur l'économie

L'examen financier du programme comprend des données de 2011-2012 à 2014-2015⁵¹. Bien que les projets de la C.-B. ont été exclus du champ d'application de l'évaluation, il n'a malheureusement pas été possible d'exclure également les renseignements financiers correspondants des données sur les dépenses prévues. Étant donné qu'à elles seules les dépenses réelles des projets de la C.-B. s'élèvent à environ 2,5 millions de dollars, un montant de cette nature inclus dans les totaux prévus au budget, mais soustrait des dépenses réelles, entraînerait

⁵¹ Les renseignements financiers suivants n'ont pas été inclus dans l'évaluation : le coût des locaux de TPSGC, les coûts organiques, les coûts non contrôlables et le régime d'avantages sociaux des employés (les données ne sont disponibles ni pour les dépenses prévues ni pour les dépenses réelles).

un certain degré d'inflation de la variance dans les données. Par conséquent, aux fins de la présente analyse, les données financières de la C.-B. ont été incluses dans les dépenses prévues et les dépenses réelles.

Au cours des 4 dernières années du FISS⁵², environ 97 % des fonds prévus au budget pour cette période ont été dépensés. Les pourcentages des dépenses prévues dans le budget étaient de 76 % en 2011-2012 à 94 % en 2012-2013 et à des taux plus élevés de 105 % en 2013-2014 et de 107 % en 2014-2015. La plus grande partie des fonds non dépensés (2,8 millions de dollars) était affectée aux activités de F et E. Selon les responsables du programme, l'excédent du budget de F et E de 2011-2012 était en partie attribuable à une erreur de codage des dépenses du FISS, ainsi qu'au fait que le budget de F et E était plus gros que ce qui était nécessaire. Par conséquent, le budget de F et E a été considérablement réduit dans les années subséquentes du programme. S'il y a des fonds non dépensés dans ce domaine au cours de 2012-2013 et de 2013-2014, cela est attribuable à la directive selon laquelle il faut restreindre les déplacements afin de limiter les coûts, le tout en prévision de la réaffectation des fonds à l'échelle du Ministère. Les fonds de S et C inutilisés en 2011-2012 (1,1 million de dollars) avaient été versés aux régions où le processus d'élaboration et d'approbation des plans trilatéraux d'intégration, qui étaient obligatoires pour recevoir le financement de projet, a été plus lent. Tandis que les dépenses salariales prévues et réelles étaient équivalentes en 2011-2012 et en 2012-2013, les dépenses salariales réelles pour les deux dernières années du programme étaient largement supérieures aux montants prévus (143 % en 2013-2014 et 241 % en 2014-2015). L'instauration de l'affectation proportionnelle des salaires des gestionnaires dans l'ensemble des programmes de la DGSPNI, qui représente 416 848 \$ des dépenses totales dans cette catégorie, a influé sur le rapport des dépenses salariales de 2014-2015 relativement aux coûts organiques⁵³. Les compressions budgétaires ont entraîné une diminution des dépenses salariales prévues à compter de 2012-2013. Au moment où les compressions budgétaires ont été instaurées, les renseignements fournis dans les documents organisationnels signalaient le risque imminent de déficits dans le budget salarial en 2013-2014 (-454 504 \$) et en 2014-2015 (-474 504 \$), comme l'indique le tableau ci-dessous. Tel qu'il est mentionné dans les mêmes documents, ce budget a été révisé à un montant inférieur aux équivalents temps plein requis et utilisés pour administrer le programme à l'AC et dans les régions, ce qui a entraîné des déficits dans le budget salarial.

⁵² L'année à laquelle le FISS est entré en vigueur (2010-2011) a été exclue puisque les rapports étaient souvent codés selon la version précédente du programme en raison de l'année supplémentaire du FTSA durant laquelle ce programme était offert simultanément dans le cadre du FISS et, par conséquent, il n'a pas été possible d'assurer le suivi de ces dépenses réelles.

⁵³ Si les salaires des gestionnaires affectés proportionnellement étaient soustraits des dépenses salariales réelles, les dépenses salariales réelles des programmes représenteraient 183 % des dépenses salariales prévues, plutôt que 241 %. Cette pratique n'était pas en place dans les années précédentes et les dépenses prévues n'en tiennent pas compte.

Tableau 3 : FISS - Écart entre les dépenses prévues et les dépenses réelles*

Année	Dépenses prévues (\$)				Dépenses réelles (\$)				Écart (\$)	Pourcentage des dépenses prévues dans le budget (%)
	S et C	Salaires	F et E	Totaux	S et C	Salaires	F et E	Totaux		
2011-2012	7 140 183 \$	1 592 900 \$	1 700 000 \$	10 433 083 \$	6 076 461 \$	1 429 202 \$	465 711 \$	7 971 374 \$	2 461 709 \$	76 %
2012-2013	11 099 755 \$	1 287 067 \$	708 000 \$	13 094 822 \$	10 960 024 \$	1 234 446 \$	121 497 \$	12 315 967 \$	778 855 \$	94 %
2013-2014	12 723 214 \$	771 367 \$	670 700 \$	14 165 281 \$	13 747 615 \$	1 101 772 \$	87 797 \$	14 937 184 \$	-771 903 \$	105 %
2014-2015	13 290 061 \$	727 835 \$	644 400 \$	14 662 296 \$	13 673 645 \$	1 753 721 \$	233 223 \$	15 660 589 \$	-998 293 \$	107 %
TOTAL	44 253 213 \$	4 379 169 \$	3 723 100 \$	52 355 482 \$	44 457 745 \$	5 519 141 \$	908 228 \$	50 885 114 \$	1 470 368 \$	97 %

* Source des données : Toutes les données financières ont été fournies par le Bureau du dirigeant principal des finances.

Mise en correspondance des services et analyses de l'évaluation des besoins

Les équipes de projet chargées de la mise en correspondance des services et de l'analyse des besoins ont pris davantage conscience des services existants, ce qui leur a permis d'étendre leur réseau de ressources et de prévenir le dédoublement ultérieur des services. Plus du tiers des responsables de projets ont mentionné que ce type d'exercices était une activité de projet. Ce réseau élargi de ressources favorisant la répartition des ressources entre les services fournis par différentes sources de financement a été nommé par le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI parmi les avantages de la participation de multiples administrations dans la prestation des services de santé. La moitié des principaux informateurs provinciaux et territoriaux ont convenu que la participation de multiples administrations dans la prestation des services de santé s'est traduite en une augmentation du financement disponible pour les services. On peut comprendre cette constatation en la mettant en contexte, c'est-à-dire que la majorité des employés de la DGSPNI et des intervenants provinciaux et territoriaux de la santé ont déclaré que les projets du FISS ont favorisé une collaboration accrue entre de multiples collectivités.

Contributions en nature

Les contributions en nature ont grandement favorisé l'efficacité par rapport au coût, générant une valeur estimative totale minimale de 5,7 millions de dollars. Il s'agit fort probablement d'une estimation modeste compte tenu du fait que les rapports de projet n'indiquent pas tous la valeur des ressources en nature acquises. Des 49 projets dans le cadre desquels des contributions en nature ont été reçues, des détails précis ont été donnés pour seulement 29 projets et aucune valeur monétaire relative aux ressources acquises n'avait été indiquée pour 15 projets. Les contributions en nature des projets du FISS équivalaient le plus souvent à 25 à 50 % en financement supplémentaire pour les activités du projet. La forme de contributions en nature la plus fréquemment mentionnée était les heures de travail du personnel des organismes partenaires, de même que des ressources en personnel, de l'espace et des fournitures de bureau et de réunion et ainsi que les services de formation et liés au savoir, dont des services de soutien pour les évaluations, du matériel de communication ainsi que des services de soutien technique et de renforcement général des capacités.

Inducteurs de coûts

Les obstacles à la limitation des coûts des initiatives d'intégration étaient liés à trois domaines principaux : la géographie, l'engagement communautaire et la coordination nécessaire pour établir un plus grand nombre de partenariats dans le cadre des projets du FISS. De manière générale, la dispersion géographique des régions dans lesquelles bon nombre des projets ont été mis en œuvre s'est traduite en la nécessité d'affecter d'importants budgets pour le déplacement afin d'assurer un degré suffisant d'engagement communautaire. Bien que des efforts globaux d'engagement communautaire puissent contribuer à l'augmentation des coûts du projet, la souplesse de la planification du projet dépend de l'inclusion du point de vue des collectivités. En effet, le tiers des intervenants provinciaux et territoriaux de la santé interrogés ont convenu que l'engagement communautaire a permis d'obtenir des résultats de projet adaptés aux besoins des collectivités. On peut supposer qu'un niveau plus élevé de participation des Premières Nations et des Inuits dans la conception et l'exécution du projet pourrait comprendre un certain degré d'engagement communautaire et, comme l'indique la majorité des coordonnateurs de projet dans les entrevues, les projets ont permis aux Premières Nations et aux Inuits de prendre en charge les services de santé et de les contrôler. La coordination d'un plus grand nombre de partenaires et d'administrations participant au projet a mené à un nombre accru des heures de travail requises pour établir et renforcer les relations, ce qui, naturellement, entraîne des coûts, bien que les données de l'évaluation n'aient pas permis de confirmer les valeurs connexes.

Observations sur la pertinence et l'utilisation des données relatives à la mesure du rendement

Les responsables du programme ont démontré leur engagement à mesurer le rendement. Le FISS dispose d'une stratégie de mesure du rendement. Les entrevues avec les principaux informateurs parmi les coordonnateurs de projet ont indiqué que des données relatives à la mesure du rendement des projets ont été utilisées pour soutenir les priorités des projets et produire des rapports sur les progrès réalisés vers l'atteinte des objectifs à cet égard. Le suivi comprenait également l'évaluation de l'exécution et de l'utilisation des initiatives de projet ainsi que la détermination des domaines présentant des défis pour la prestation des services de santé et des améliorations possibles. Enfin, des données ont été utilisées à titre informatif, notamment pour la préparation de rapports et d'évaluations ainsi que pour informer les gestionnaires ou les intervenants de l'état d'avancement des projets.

L'évaluation des données relatives à la mesure de rendement des projets du FISS est fondée sur l'examen des rapports d'étape produits tout au long de la durée des projets à intervalles de six mois, ainsi que du rapport final d'évaluation des projets. Dans le cadre de la mesure du rendement des projets, les constatations au chapitre de la qualité et de la portée se sont révélées distinctes d'un projet à l'autre, ce qui a nui à l'évaluation des répercussions de ceux-ci. À la suite de cet examen des rapports des projets, on a déterminé que les secteurs suivants de la mesure du rendement doivent être améliorés.

Indicateurs axés sur les extrants

Pour un programme tel que le FISS, qui jouit d'une certaine fluidité lui permettant de réaliser diverses formes d'intégration, il est important de bénéficier d'indicateurs axés sur les extrants puisqu'il n'est pas nécessairement possible de créer pour l'ensemble des rapports de projet des indicateurs normalisés qui refléteraient réellement l'historique du changement et l'élaboration de la planification et de la prestation des services de santé. Jusqu'à maintenant, les indicateurs axés sur les extrants les plus fréquemment utilisés dans le cadre des projets pour saisir les idées concernant la solidité des relations comprennent le nombre de courriels envoyés, d'appels téléphoniques faits et de réunions organisées, sans aucune indication de la contribution que ces communications ont apportée aux activités d'intégration. Les entrevues menées avec les coordonnateurs de projet ont révélé que plus de la moitié des coordonnateurs de projet soutenaient qu'il n'y avait aucune lacune dans les données sur le rendement. Fondé sur un examen des rapports d'étape, le renforcement de la capacité en ce qui concerne la mesure du rendement des coordonnateurs de projet pourrait inclure la valeur et les méthodes de collecte de données significatives qui donneraient des renseignements sur les efforts entourant le projet et qui pourraient guider la planification et la mise en œuvre des projets et l'évaluation des résultats.

Manque de précision

Quelques indicateurs comportent un certain degré de subjectivité dans les rapports. Par exemple, les indicateurs comprenant des qualificatifs tels qu'« un solide appui » sont utilisés sans indication des divers degrés de soutien aux fins de la production de rapports. Ce manque de précision nuit à l'uniformité des rapports, et sans une compréhension normalisée de la façon de rendre compte des indicateurs, au fil du temps, cette souplesse au sein de cet indicateur ne permettra pas nécessairement de saisir les progrès réalisés tout au long de la vie des projets.

Données de référence requises

Il arrive souvent que les indicateurs visant une amélioration de la situation dans un secteur en particulier ne soient pas accompagnés de données de référence. Par conséquent, on ne peut mesurer le véritable degré de réussite. Cela témoigne de l'importance de se préparer en vue des activités de mesure dès le début du projet, au cas où il serait possible d'établir des données de référence en lien avec les travaux du projet.

Indicateurs propres au programme et au projet

Dans bien des cas, la production de rapports au niveau des projets permet d'établir des liens entre les résultats des projets et le modèle logique du FISS. Cette approche favorise la production éclairée de rapports sur le programme. Les responsables de certains projets qui établissent des liens avec les résultats globaux du programme continuent de créer d'autres indicateurs pour préciser leur projet, donnant ainsi un aperçu plus détaillé des activités réalisées grâce au financement du FISS et, s'il y a lieu, des données sur les résultats. Cette approche devrait être encouragée pour l'ensemble des projets.

Étant donné le changement prévu dans le FISS en vue d'éliminer la section sur les résultats dans les rapports d'étape et de ne plus effectuer des rapports d'évaluation propres aux projets, il est impératif que les responsables de projets élaborent des indicateurs de rendement significatifs et communicables afin de présenter un aperçu de leurs résultats. Naturellement, l'élaboration d'indicateurs de rendement est limitée par la disponibilité de l'information, mais puisque le modèle de rapport du programme est en cours de révision, il est possible de façonner la collecte de données de façon à ce qu'elle mette l'accent sur l'incidence des extraits du projet (p. ex. décrire le travail accompli dans le cadre des ententes tripartites plutôt que de se contenter de documenter l'existence de ces ententes). L'absence de données axées sur les résultats entravera les travaux sur l'incidence future du programme et l'évaluation de l'ensemble des résultats de ce dernier.

5.0 Conclusion

5.1 Conclusions – Pertinence

Il est clair que le gouvernement fédéral doit participer de manière continue aux travaux visant à établir et à maintenir un système de soins de santé qui est culturellement adapté aux Premières Nations et aux Inuits et qui correspond à leurs besoins, car ils permettent de combler les lacunes en matière de services rencontrés dans l'ensemble des administrations. Les activités d'intégration du FISS peuvent favoriser une plus grande collaboration entre les intervenants, en offrant la possibilité de réduire la fragmentation actuelle des services de santé qui entraîne souvent une planification incohérente des soins de santé et des priorités en matière de prestation entre des intervenants cherchant pourtant à servir la même population. Les travaux dans le domaine de la santé des Premières Nations et des Inuits menés dans le cadre du Programme du FISS sont conformes à la *Politique sur la santé des Indiens* (1979), à la *Politique sur le transfert des services de santé* (1998), ainsi qu'au mandat et à la fonction de la DGSPNI. La conception du FISS démontre un effort concerté pour réunir un grand nombre d'intervenants issus de diverses administrations, ainsi que pour obtenir la participation active des organisations et des collectivités inuites et des Premières Nations dans l'intégration des soins de santé, en vue d'établir un environnement plus cohérent et souple à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Par conséquent, le FISS répond aux priorités stratégiques du Ministère et de la DGSPNI, qui sont notamment d'améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, de collaborer avec les autorités provinciales et territoriales afin d'offrir des services de santé et d'améliorer leur intégration et de renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits.

5.2 Conclusions – Rendement

5.2.1 Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

Les activités du projet ont permis d'améliorer la compréhension des facteurs favorables et défavorables ayant une incidence sur l'intégration des services de santé. La nature intergouvernementale des projets a favorisé une meilleure collaboration entre les diverses collectivités, laquelle a été appuyée par une capacité accrue des intervenants et des partenaires clés à collaborer à l'intégration des services de santé grâce à l'établissement de partenariats, au soutien à la planification et à la réalisation d'activités de renforcement des capacités. Ces facteurs, abordés précédemment, sont cohérents avec les facteurs qui facilitent l'intégration des services de santé.

Dans l'ensemble, les objectifs des projets du FISS ont été atteints, ce qui a contribué à une meilleure intégration des services de santé pour les Premières Nations et les Inuits. Les activités de projet relatives à la planification, au renforcement des capacités et à la coordination des services de santé ont connu un succès considérable dans l'atteinte de leurs objectifs. Les activités de projet contribuant aux partenariats dans le domaine de la prestation des services de santé ont connu un taux d'atteinte des objectifs allant de moyen à élevé. Les activités qui appuient l'étape de l'intégration ultime du transfert, de la fusion et du regroupement des services de santé ont atteint dans une certaine mesure leurs objectifs. Il y a également eu quelques projets dont les activités ont été bénéfiques pour l'amélioration des résultats sur la santé, mais dans certains cas, ces projets ne faisaient pas partie d'un service de santé existant ou n'avaient pas de lien avec un tel service, ce qui signifie qu'en fin de compte le travail accompli dans le cadre de ces projets n'a pas toujours pu influencer directement sur le résultat final du FISS qui consiste à améliorer l'accès à des *services de santé* de qualité.

Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer réellement l'importance de l'incidence des projets du FISS sur les résultats à long terme escomptés, des changements positifs ont été observés au niveau des deux résultats à long terme (y compris l'accès et la qualité). Plus particulièrement, il a été démontré que certains projets ont eu une incidence sur l'amélioration de la qualité des services de santé de même que sur l'accès à ces services dans la région visée par les projets. Avec le temps, on pourrait envisager de mieux comprendre les modifications systémiques qui sont peut-être favorisées par ces projets d'intégration.

5.2.2 Démonstration d'économie et d'efficience

Les dépenses des années antérieures ont indiqué qu'il y avait eu un financement excédentaire du FISS, mais quelques années plus tard on a constaté qu'il y avait un meilleur équilibre entre les fonds alloués et les dépenses réelles. La mise à profit de la technologie a eu une incidence positive sur l'efficience des travaux réalisés dans le cadre des projets sur l'intégration des services de santé, notamment en favorisant les ententes de télésanté et en créant des bases de données sur les dossiers de santé qui facilitent l'accès aux renseignements sur les clients. Les questions relatives à la gestion du projet (p. ex. le manque de clarté entourant les rôles et responsabilités) ont, dans certains cas, eu des répercussions négatives sur l'efficacité avec laquelle les activités du projet étaient effectuées. L'économie, à l'échelle des projets, a grandement tiré profit des contributions en nature.

Le programme était assorti d'une stratégie de mesure du rendement. Des rapports concernant le projet sont en cours d'élaboration et il est possible de renforcer les indicateurs individuels du projet en mettant l'accent sur des indicateurs davantage axés sur les résultats, en s'assurant que les indicateurs servant à mesurer les améliorations sont accompagnés des données de base et en maintenant un certain niveau de précision pour les indicateurs afin de garantir l'exactitude des rapports. Les indicateurs de mesure du rendement des projets devraient continuer à appuyer les indicateurs au niveau du programme tout en établissant un ensemble distinct d'indicateurs servant à mesurer le rendement propre aux projets.

6.0 Recommandations

Recommandation 1

Évaluer les propositions dans le but de sélectionner les projets qui contribuent directement aux résultats à long terme du FISS visant l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité.

Les propositions de projets éventuelles devraient être examinées en vue de cerner les travaux ayant une incidence directe sur l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité. Bien que cela puisse exclure certains projets axés spécifiquement sur l'amélioration de la santé et dont les résultats ne font pas partie des résultats escomptés du FISS, les améliorations apportées à l'accès et à la qualité des services de santé sont susceptibles d'avoir des répercussions dans ces domaines en tant que sous-produit du travail d'intégration réalisé.

Recommandation 2

Planifier le cycle de vie du projet à l'étape du plan de travail et envisager activement de prendre des mesures visant à assurer sa durabilité au fur et à mesure que le projet progresse.

La compréhension commune et l'engagement des partenaires dès le début du projet sont essentiels à la réussite du travail du FISS. Lorsque les rôles et les responsabilités de chaque membre participant ne sont pas clairs, cela peut engendrer de la confusion et entraver la progression opportune des projets. Par conséquent, il est recommandé que les responsables de tous les projets définissent les rôles et responsabilités de chaque partenaire à l'étape du plan de travail, et qu'ils établissent un calendrier indiquant les étapes clés réalisables pour chaque projet. Avant de commencer à réaliser les travaux, il faudrait également tenir une discussion sur le suivi de la réussite du projet en déterminant les réalisations attendues et sur la régularité avec laquelle on recueille des données qui peuvent faire partie de la mesure du rendement. En outre, des moyens de favoriser la durabilité du travail accompli doivent être envisagés à toutes les phases du projet et être inclus en tant que champ distinct sur les modèles de rapports du projet.

Recommandation 3

Améliorer les efforts de mesure du rendement au niveau du projet en mettant l'accent sur des indicateurs ayant une plus grande clarté et qui sont axés sur les résultats. Faire en sorte que le modèle logique du programme soit compatible avec l'orientation récemment mise à jour du FISS.

Les indicateurs de projet devraient être principalement axés sur les répercussions des travaux réalisés. Cela est rendu possible grâce à l'utilisation d'indicateurs qui sont moins axés sur les extrants et qui portent davantage sur les résultats des processus, des outils et des autres activités mises en œuvre au moyen des projets du FISS. La reconnaissance d'indicateurs valables peut poser un défi, et il peut être avantageux de tenir des séances d'établissement de la capacité en matière de mesure du rendement avec les coordonnateurs de projet et le personnel régional dès le début du projet afin de s'assurer que les meilleures données possible soient recueillies tout au long de la durée de vie du projet. À la lumière de l'évolution récente vers des projets à plus grande délégation des responsabilités, le modèle logique du programme devrait être réexaminé pour tenir compte des résultats à long terme qui sont conformes à cette nouvelle approche, afin de faire en sorte que les activités de programme continuent de contribuer à l'atteinte des objectifs généraux, et que les futures évaluations portent sur le respect des critères appropriés.

Annexe 1 – Bibliographie

- Battle River Treaty 6 Health Centre Inc. (2014). *2013-14 HSIF Final Progress Report: An Integrated Service Delivery Model for First Nations Receiving Mental Health and Addictions Services in the Battlefords and 6 First Nation Communities*.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011). Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011). *À la recherche des autochtones dans la législation et les politiques sur la santé de 1970 à 2008 : Projet de synthèse des politiques*
- Diabetes Integration Project Inc. (2014). *2014-15 HSIF Interim Progress Report: First Nation Community Based Screening to Improve Kidney Health and Prevention Dialysis*.
- Diabetes Integration Project, Manitoba Renal Project, et Office régional de la santé de Winnipeg. (2015). *FINISHED Final Report 2015*.
- Fonds d'intégration des services de santé. Réunion de la région de l'Ontario. 11 mars 2015. Ottawa, Canada.
- Gouvernement du Canada. (1985). *Loi canadienne sur la santé*. <http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/C-6.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2013). *Discours du Trône*. <https://www.gg.ca/gallery.aspx?id=11026&lan=fra>
- Gouvernement du Canada. (2013). *Plan d'action économique de 2013*. <http://www.budget.gc.ca/2013/doc/plan/budget2013-fra.pdf>
- Gouvernement du Canada. (2014). *Le Budget 2015*. <http://www.budget.gc.ca/2015/home-accueil-fra.html>
- Gouvernement du Canada. Cabinet du Premier ministre. (2015). *Lettre de mandat de la ministre de la Santé*. <http://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>
- Gouvernement du Manitoba. (2013). *Aboriginal and Northern Affairs: Annual Report, 2012-2013*. Winnipeg, Manitoba
- Inuvialuit Regional Corporation. (2014). *2013-14 HSIF Final Report: RE: Regional Advocacy/Coordination Program*.
- Kelly, M.D. (2011). The International Indigenous Policy Journal, volume 2. *Toward a New Era of Policy: Health Care Service Delivery to First Nations*
- LeBlanc, Denis. (2015). *Braiding First Nations' Culture into Vitalité and Horizon's Health Services Final Project Evaluation Report*.
- Lori Ann Roness Consulting. (2015). *'Expanding Our Circle of Mental Wellness' Project Final Evaluation Report*.
- Nilson, C., Jeffery, N., & Hamilton, C. (2010). Prince Albert, Sask. : Saskatchewan Population Health Evaluation Research Unit. *Understanding Cross-Jurisdictional Partnerships and Decision-Making in Northern Saskatchewan – Final Evaluation Report*.
- Picard, Pierre. Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA). (2015). *Rapport d'évaluation du déploiement du modèle de la clinique minowé pour son implantation dans deux villes du Québec desservies par un centre d'amitié autochtone*.
- Potter, I. (2010). *First Nations Health: Governance and Organization Effectiveness, Integration and First Nation Control*.
- Première Nation de Nipissing. (2014). *2013-14 Interim HSIF Progress Report: An Interdisciplinary and Integrated Culturally Safe Diabetes Care Clinic Health System for First Nations*.
- Rohan, S. (2003). *Opportunité pour la fourniture coopérative de soins de santé dans les communautés autochtones rurales, éloignées et nordiques*. Affaires gouvernementales et politiques publiques.

- Santé Canada (2014). *2014-2015 Rapport ministériel sur le rendement*. http://canadiensensante.gc.ca/publications/departement-ministere/hc-performance-report-2014-15-rapport-rendement-sc/index-fra.php?_ga=1.133745934.1865640827.1449084325
- Santé Canada. (2010). Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. *HSIF Implementation Guide- A toolkit for Integration Projects 2010/11-2014/15*.
- Santé Canada. (2011). *First Nations and Inuit Health Branch (FNIHB) Systems Integration- Health Services Integration Fund (HSIF) Evaluation Framework*.
- Santé Canada. (2013). *Rapport ministériel sur le rendement Santé Canada, 2013-2014*. <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/performance/estim-previs/dpr-rmr/2013-2014/report-rapport-fra.php> .
- Santé Canada. (2014). Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Direction de la politique, de la planification et de l'information stratégiques. *Lessons Learned from Ten Years of Integration: Supporting and Building Partnerships in First Nations and Inuit Health*.
- Santé Canada. (2015). *Renouvellement des programmes communautaires de promotion de la santé chez les Autochtones*. http://nouvelles.gc.ca/web/article-fr.do?nid=1012699&_ga=1.41536034.1865640827.1449084325
- Simon Management Services. Secrétariat des programmes et des services de la Nation algonquine. (2015). *Partners for Culturally Adapted Health Care: Health Services Integration Fund Final Evaluation Report 2014-15*.
- Smith, Ross et Josee G. Lavoie. (2008). Health Care Policy, volume 4 (2). *Réseaux santé des Premières nations : approche collaborative pour le transfert des services de santé*.
- Sutherland, Mariette et Marion Maar. (2015). *FINAL Evaluation Report for the "People's strength in health and wellness" Mental Wellness Coordination Project*.
- Williams Consulting. (2015). *Health Services Integration Fund Final Evaluation Report: Minweyaanigoziwin Mental Health and Addictions Service Integration; A Project with Iskatewizaagegan Independent First Nation*.

Annexe 2 – Modèle logique du Fonds d'intégration des services de santé

Activités	Gouvernance du FISS	Planification de l'intégration	Renforcement des capacités d'intégration	Mise en œuvre du plan d'intégration	Surveillance et évaluation de la mise en œuvre	Élaboration de politiques et mise en commun des connaissances
Extrants	Comité consultatif national Comités consultatifs provinciaux et territoriaux Comptes rendus des réunions	Priorités d'intégration provinciales et territoriales Plans d'intégration Processus de sollicitation de projets d'intégration	Accords de contribution avec des organisations autochtones à l'appui de la capacité à participer à l'intégration des services de santé	Projets d'intégration Comités de supervision de projet Ententes sur les services de santé intégrés, protocoles et protocoles d'entente Nouvelles organisations/institutions	Rapports d'activités et financiers Données sur le rendement Conclusions de l'évaluation et recommandations Rapports de recherche	Cadre stratégique d'intégration Commentaires sur le plan stratégique de la DGSPNI Événements et produits relatifs à l'application des connaissances
Résultats immédiats	Capacité accrue des intervenants et des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits					
	Meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits					
Résultats intermédiaires	Plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits					
Résultats finaux	Augmentation du nombre d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits (c.-à-d. amorcés ou soutenus sans financement temporaire par des projets fédéraux)					
	Accès amélioré à des services de santé de qualité à l'intention des Premières Nations et des Inuits					

Annexe 3 – Résumé des résultats

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 dans le tableau 1 ci-dessous. Une description des symboles de cotation de la pertinence et de sa signification figure dans la légende.

Tableau 1 : Symboles de cotation de la pertinence et signification

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
1. Nécessité de maintenir le programme			
Le FISS répond-il à un besoin manifeste?	<ul style="list-style-type: none"> Lacunes dans la prestation de services Obstacles à l'accès Niveau de clarté quant à savoir quel est le fournisseur responsable des services 	Élevé	La nature plurigouvernementale des services de santé pour les Inuits et les Premières Nations peut donner lieu à un manque de coordination entre les intervenants, entraînant ainsi des lacunes dans la prestation de services et des priorités divergentes en matière de santé à tous les niveaux de la planification et de la prestation des soins de santé. De plus, il est nécessaire d'offrir des services de santé culturellement adaptés aux Inuits et aux Premières Nations.
2. Harmonisation avec les priorités du gouvernement			
Le FISS est-il harmonisé avec les priorités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Éléments probants démontrant que les objectifs du programme correspondent aux nouvelles priorités ou aux priorités actuelles du gouvernement fédéral. 	Élevé	Le FISS est harmonisé avec les priorités fédérales visant à promouvoir la santé et l'autosuffisance des collectivités des Premières Nations, ainsi qu'avec les priorités stratégiques du Ministère et de la DGSPNI. Ces priorités du Ministère propres aux Inuits et aux Premières Nations consistent notamment à améliorer l'accès aux soins de santé et leur qualité, à collaborer avec les autorités provinciales et territoriales afin d'offrir des services de santé et d'améliorer leur intégration, ainsi qu'à renforcer le contrôle de l'élaboration et de la prestation des services de santé par les membres des Premières Nations et les Inuits.
Le FISS est-il harmonisé avec les résultats stratégiques ministériels?	<ul style="list-style-type: none"> Éléments probants démontrant que les objectifs du programme sont harmonisés avec les résultats stratégiques du Ministère et contribuent à leur atteinte. Harmonisation des objectifs et des activités du programme avec l'architecture d'alignement de programmes et les priorités du Ministère. 		
3. Harmonisation avec les rôles et les responsabilités			
Le FISS est-il harmonisé avec les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral?	<ul style="list-style-type: none"> Conformité des objectifs du programme avec la sphère de compétence fédérale 	Élevé	Le rôle du gouvernement fédéral à l'égard des services de santé aux Premières Nations et aux Inuits est énoncé dans les lois et les politiques suivantes : la <i>Loi sur les Indiens</i> (1876), la <i>Politique sur la santé des Indiens</i> (1979) et la <i>Politique</i>

Légende - Symboles de cotation de la pertinence et signification :

- Élevé** Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel** Les activités du programme sont en partie nécessaires; il existe un lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont en partie clairs.
- Faible** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
Le programme et ses services reproduisent-ils ou chevauchent-ils d'autres programmes?	<ul style="list-style-type: none"> • Présence ou absence d'autres programmes qui complètent ou reproduisent les objectifs du programme • Opinions sur les programmes qui complètent, chevauchent ou reproduisent la participation de Santé Canada 		<p><i>du transfert de la santé</i> (1988), qui établit des engagements visant à favoriser un système de santé mieux adapté aux Inuits et aux Premières Nations et la participation des collectivités dans le processus décisionnel relatif à la planification et à la prestation des soins de santé.</p> <p>À l'heure actuelle, peu de fonds provenant des provinces appuient les initiatives conçues pour favoriser l'intégration des services de santé.</p>

Légende - Symboles de cotation de la pertinence et signification :

- Élevé** Il y a un besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il y a un lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme sont clairs.
- Partiel** Les activités du programme sont en partie nécessaires; il existe un lien direct ou indirect entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral dans la prestation du programme sont en partie clairs.
- Faible** Il n'y a pas de besoin manifeste à l'égard des activités du programme; il n'y a pas de lien manifeste entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral et (ii) les résultats stratégiques ministériels; le rôle et les responsabilités du gouvernement fédéral quant à la prestation du programme n'ont pas été clairement définis.

Symboles de cotation du rendement et signification :

Un résumé des cotations du rendement est présenté dans le tableau 2 ci-dessous. Une description des symboles de cotation du rendement et de sa signification figure dans la légende.

Tableau 2 : Symboles de cotation du rendement et signification

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
4. Atteinte des résultats escomptés (efficacité)			
Résultats immédiats			
La capacité des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est-elle accrue?	<ul style="list-style-type: none"> % de comités consultatifs provinciaux et territoriaux dans lesquels sont représentés des intervenants clés de l'intégration des services de santé % de projets en partenariat qui ont progressé comme prévu. Nombre de partenariats établis dans le cadre des projets. % des projets du FISS qui comportent une composante de planification plurigouvernementale. Perceptions quant à la capacité accrue Détermination des facteurs de réussite des projets. Détermination des types et des caractéristiques des projets d'intégration regroupés qui ont eu une incidence sur l'intégration, notamment leur durabilité 	Atteint	<p>Le FISS a amélioré la capacité des principaux partenaires et intervenants à collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits grâce à des partenariats, au soutien à la planification et à des activités de renforcement des capacités.</p> <p>Les activités du projet ont contribué à une meilleure compréhension des facteurs favorables et défavorables ayant une incidence sur l'intégration des services de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Outils habilitants : Encourager la communication, l'échange de connaissances, la coordination et définir les rôles et responsabilités parmi les partenaires; faire connaître les ressources et services de santé disponibles; et faire participer les partenaires des Premières Nations et les Inuits aux processus décisionnels. Obstacles : La confusion à l'égard des rôles attribuable au roulement de personnel au sein des organismes partenaires et le manque de services adaptés aux particularités culturelles restreint les possibilités d'intégration fructueuses.
Y a-t-il une meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et type de produits de connaissance élaborés. Perceptions quant à l'amélioration de la connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants. 	Atteint	
Résultat intermédiaire			
Y a-t-il une plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'intégration (d'après les aspects clés définis dans le tableau de concordance du renouvellement en amont du FISS : prise en charge et contrôle par les Premières Nations, consolidation des diverses entités qui desservent diverses collectivités, les intérêts des collectivités intégrés à la planification et à la prestation de services de santé du gouvernement, les pratiques médicales occidentales intégrées aux pratiques traditionnelles, les méthodes de guérison holistiques et les pratiques culturelles des Premières Nations. Nombre et type de protocole d'entente, de protocoles, d'ententes ou de cadres nouveaux visant l'intégration des 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	<p>Les projets du FISS ont pour la plupart atteint leurs objectifs et ont ainsi contribué à une plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les activités de projet relatives à la planification, au renforcement des capacités et à la coordination des services de santé ont connu des taux élevés d'atteinte des objectifs. Les activités de projet qui contribuent à l'établissement de partenariats dans le domaine de la prestation des services de santé ont connu un taux d'atteinte des objectifs allant de moyen à élevé. Les activités qui renforcent l'étape de l'intégration ultime pour le transfert, la fusion et le regroupement des services de santé ont également atteint dans une certaine mesure leurs objectifs.</p>

Légende – Symbole de notation du rendement et signification

- Atteint** Les buts et les résultats visés n'ont pas été atteints.
- Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié** De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
- Peu de progrès; attention prioritaire** Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et la priorité doit être accordée à cette question.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
	<p>services de santé à l'intention des Inuits et des Premières Nations.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type de nouveaux programmes, activités, normes, pratiques ou règlements harmonisés ou intégrés pour les Inuits et les Premières Nations. • Perceptions à l'égard de l'intégration (client, programme, province ou territoire) • % de provinces et de territoires ayant conclu des ententes plurigouvernementales pour planifier, offrir et financer conjointement des services de soins de santé intégrés aux Autochtones. • Nombre et type de politiques élaborées. • Nombre et type de politiques adoptées, et personnes qui les ont adoptées. • Partage des locaux entre divers services. 		
Résultats à long terme			
Y a-t-il une augmentation du nombre d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre et type d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé (amorcés ou soutenus sans financement par des projets fédéraux). 	Impossible à évaluer	L'élaboration de nouvelles ententes visant l'intégration des services de santé en dehors des paramètres du FISS n'a pu être évaluée. Toutefois, les projets ont permis de relever des facteurs clés à l'appui des ententes d'intégration, notamment : une planification claire dès le début du projet, une harmonisation des priorités des partenaires, l'intégration des composantes du projet à des structures déjà établies, le développement continu des relations et des ressources en matière de renforcement des capacités.
Y a-t-il une amélioration de l'accès à des services de santé de qualité à l'intention des Premières Nations et des Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de collectivités inuites et des Premières Nations où l'accès aux services de santé s'est manifestement amélioré à la suite des activités au titre du FISS. • Nombre de collectivités inuites et des Premières Nations où la qualité des services de santé s'est manifestement améliorée à la suite des activités au titre du FISS. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Bien qu'il soit trop tôt pour évaluer réellement l'importance de l'incidence des projets du FISS sur l'amélioration de l'accès à des services de santé de qualité, les évaluations préliminaires dans le cadre de la présente évaluation ont révélé des changements positifs à cet égard. Les projets du FISS portent sur l'amélioration de la qualité des services de santé en sensibilisant les fournisseurs de services aux réalités culturelles, en contribuant à un continuum de soins plus grand et en appliquant une approche centrée sur les clients et les besoins des collectivités. L'accès aux services de santé a été facilité par l'amélioration de la connaissance de ces services, la capacité d'offrir ceux-ci, la présence de ressources dédiées pour faciliter l'accès des patients aux services de santé pertinents, une meilleure coordination des services et l'accent mis sur l'établissement de continums de soins.

Légende – Symbole de notation du rendement et signification

- Atteint Les buts et les résultats visés n'ont pas été atteints.
- Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
- Peu de progrès; attention prioritaire Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et la priorité doit être accordée à cette question.

Question d'évaluation	Indicateurs	Cote globale	Résumé
5. Démonstration d'économie et d'efficience			
Le FISS a-t-il entrepris ses activités (p. ex. financement des projets d'intégration) de la façon la plus économique qui soit?	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de l'utilisation des ressources au fil des années visées (S et C, F et E, salaires, inducteurs de coûts, économies d'échelle et obtention de fonds). Opinions et données probantes sur d'autres modèles de programme qui permettraient d'atteindre les résultats à moindre coût ou donneraient des leçons sur la façon d'améliorer l'efficience et l'économie. 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Les dépenses des années antérieures ont indiqué qu'il y avait eu un financement excédentaire du FISS, mais quelques années plus tard on a constaté qu'il y avait un meilleur équilibre entre les fonds alloués et les dépenses réelles. Les contributions en nature des partenaires de projet ont permis de réaliser des économies. Les équipes de projet chargées de mettre en correspondance les services et d'analyser les besoins ont pris davantage conscience des services existants, ce qui leur a permis d'étendre leur réseau de ressources et de prévenir le dédoublement ultérieur des services. En outre, plusieurs projets ont produit des résultats qui ont permis de fournir des soins de santé de manière plus efficiente en raison de l'intégration de la technologie.
Le FISS a-t-il entrepris ses activités (p. ex. financement des projets d'intégration) de la façon la plus efficiente qui soit?	<ul style="list-style-type: none"> Quelles mesures la direction a-t-elle prises pour veiller à ce que les ressources de Santé Canada soient utilisées de manière efficiente dans la mise en œuvre du FISS? Quelles sont les autres options pour configurer le FISS afin qu'il produise les extrants du programme? 		
Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place?	<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un cadre ou d'une stratégie de mesure du rendement Collecte adéquate de données sur le rendement (données sur le rendement disponibles, fiables et complètes). Utilisation de données sur le rendement dans la prise de décisions 	Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié	Le programme était assorti d'une stratégie de mesure du rendement. Des rapports concernant le projet sont en cours d'élaboration et il est possible de renforcer les indicateurs individuels du projet en mettant l'accent sur des indicateurs davantage axés sur les résultats, en s'assurant que les indicateurs servant à mesurer les améliorations sont accompagnés des données de base et en maintenant un certain niveau de précision pour les indicateurs afin de garantir l'exactitude des rapports. Les indicateurs de mesure du rendement des projets devraient continuer à appuyer les indicateurs au niveau du programme tout en établissant un ensemble distinct d'indicateurs servant à mesurer le rendement propre aux projets.

Légende – Symbole de notation du rendement et signification

- Atteint Les buts et les résultats visés n'ont pas été atteints.
- Progrès réalisé; travail supplémentaire justifié De grands progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, mais une attention est encore nécessaire.
- Peu de progrès; attention prioritaire Peu de progrès ont été faits pour atteindre les résultats et les buts, et la priorité doit être accordée à cette question.

Annexe 4 – Sommaire des objectifs atteints par étape du continuum

Étape d'intégration du continuum	Exemples d'activités	Taux d'achèvement
Planification	<ul style="list-style-type: none"> Analyses de l'environnement Élaboration d'un modèle de la santé Organisation de forums ou de symposiums ou participation à ces derniers Élaboration du plan stratégique Élaboration du plan d'activités Consultations sur les politiques 	<p>Environ les trois quarts des responsables de projets ont atteint leurs objectifs qui comportaient des produits livrables en matière de planification.</p> <p><i>*Ces données ne tiennent pas compte de l'évaluation des approches conjointes en matière de planification.</i></p>
Renforcement des capacités	<ul style="list-style-type: none"> Formation (p. ex. sensibilisation aux cultures, formation des formateurs [premiers soins en santé mentale]) Élaboration de ressources et d'outils 	<p>Plus des trois quarts des responsables de projets qui cherchaient à élaborer ou à mettre en œuvre des séances de formation, des ressources et des outils ont été en mesure de le faire.</p>
Coordination des services	<ul style="list-style-type: none"> Dotation des postes liés à la navigation ou à la promotion Élaboration de protocoles Harmonisation des services et des politiques Normalisation des processus Renforcement des continuums de soins Élaboration d'ententes de services et de protocoles d'entente 	<p>Tous les responsables de projets qui cherchaient à mettre sur pied des postes liés à la navigation ou à la promotion ont été en mesure de le faire.</p> <p>Environ les deux tiers des responsables de projets qui avaient comme objectif l'harmonisation des services, des politiques et des processus de normalisation ont réussi à atteindre leurs objectifs.</p> <p>Environ les trois quarts des responsables de projets ayant comme objectif d'élaborer des protocoles et des protocoles d'entente ont réussi à réaliser les tâches connexes.</p>
Partenariats relatifs à la prestation des services	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre du modèle de prestation de services Équipes communautaires de services de santé Ententes de télésanté Base de données électronique sur les dossiers médicaux 	<p>Tous les responsables de projets qui avaient comme objectif de mettre en œuvre des équipes communautaires de services de santé ont réussi à atteindre leurs objectifs.</p> <p>Peu de modèles de prestation de services ont été mis en œuvre à plus grande échelle.</p> <p>Des progrès ont été réalisés quant à l'optimisation de l'utilisation des services de télésanté et des dossiers médicaux électroniques. Environ la moitié des responsables de projets ont pleinement atteint leurs objectifs à cet égard.</p>
Transfert, fusion ou regroupement des services	<ul style="list-style-type: none"> Gouvernance Projets fondés sur un modèle multiservice 	<p>Environ la moitié des projets de gouvernance ont donné lieu à des partenariats entre les Premières Nations et les intervenants provinciaux ou fédéraux.</p> <p>La moitié des projets fondés sur un modèle multiservice ont été mis en œuvre.</p>

Annexe 5 – Description de l'évaluation

Portée de l'évaluation

La portée de l'évaluation comprend un examen de la pertinence et du rendement du FISS de la DGSPNI du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2015. Soixante-huit des soixante-dix-sept activités de projets ont été examinées pour déterminer leur contribution à l'atteinte des résultats immédiats, intermédiaires et à long terme du programme. Les projets de la C.-B. ont été exclus en raison de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations (1^{er} octobre 2013), lequel sera évalué dans le cadre d'une initiative distincte.

Questions d'évaluation

Les questions posées dans le cadre de l'évaluation étaient fondées sur les cinq éléments fondamentaux énoncés dans la *Politique sur l'évaluation* du Conseil du Trésor (2009). Ces questions se trouvent dans le tableau qui suit. Pour chaque élément fondamental, les questions d'évaluation ont été adaptées au programme et ont orienté le processus d'évaluation.

Tableau 1 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation

Question d'évaluation	Question d'évaluation
Question 1 : Évaluation de la mesure dans laquelle ce programme répond à un besoin manifeste	1.1 Le FISS répond-il à un besoin manifeste?
Question 2 : Évaluation des liens entre les objectifs du programme et (i) les priorités du gouvernement fédéral ainsi que (ii) les résultats stratégiques ministériels	2.1 Le FISS est-il harmonisé avec les priorités du gouvernement fédéral?
	2.2 Le FISS est-il harmonisé avec les résultats stratégiques ministériels?
Question 3 : Évaluation des rôles et des responsabilités du gouvernement fédéral dans la prestation du programme	3.1 Le FISS est-il harmonisé avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral?
	3.2 Le programme et ses services reproduisent-ils ou chevauchent-ils d'autres programmes?
Question 4 : Évaluation des progrès accomplis vers les résultats attendus et référence aux objectifs de rendement et à la portée du programme, à la conception de programme, y compris le lien et la contribution des extrants et des résultats	4.1 Le FISS atteint-il les résultats escomptés?
Résultat immédiat 1 : Capacité accrue des intervenants et des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	4.1.1 La capacité des partenaires clés de collaborer à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est-elle accrue?
	4.1.2 Y a-t-il une meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits?
Résultat immédiat 2 : Meilleure connaissance des concepts, des obstacles et des facteurs habilitants liés à l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	
Résultat intermédiaire 1 : Plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	4.1.3 Y a-t-il une plus grande intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits?

Question d'évaluation		Question d'évaluation	
Résultat à long terme 1 :	Augmentation du nombre d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	4.1.4	Y a-t-il une augmentation du nombre d'ententes indépendantes visant l'intégration des services de santé?
	Résultat à long terme 2 :	4.1.5	Y a-t-il une amélioration de l'accès à des services de santé de qualité à l'intention des Premières Nations et des Inuits?
Question 5 :	Démonstration d'économie et d'efficience	5.1	Le FISS a-t-il entrepris ses activités (p. ex. financement des projets d'intégration) de la façon la plus économique qui soit?
		5.2	Le FISS a-t-il entrepris ses activités (p. ex. financement des projets d'intégration) de la façon la plus efficiente qui soit?
		5.4	Des mesures du rendement appropriées ont-elles été mises en place?