



Évaluation du Fonds d'investissement-santé pour les territoires de 2014-2015 à 2016-2017

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

Version traduite. En cas de divergence entre le présent texte et le texte anglais, la version anglaise a préséance.

Juin 2018



Table des matières

Sommaire	iv
1.0 Objectif de l'évaluation.....	1
2.0 Contexte du programme	1
2.1 Harmonisation et ressources du programme	2
3.0 Description de l'évaluation	3
3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation	3
3.2 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation.....	2
4.0 Constatations – Pertinence.....	2
4.1 Besoin continu du programme	2
4.2 Harmonisation avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement.....	6
4.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral.....	7
5.0 Atteinte des résultats escomptés.....	8
5.1 Capacité accrue à offrir des soins de santé dans le territoire	8
5.2 Capacité accrue de combler les principales lacunes en matière de santé dans les territoires.....	11
5.3 Efficacité et rentabilité	12
6.0 Conclusions	14
6.1 Pertinence.....	14
6.2 Rendement	15

Liste des tableaux

Tableau 1 : Ressources du Fonds d'investissement-santé pour les territoires (\$)	2
Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation	2
Tableau 3 : Médecins de soins primaires et médecins spécialistes par 100 000 résidents, 2013-2015	3
Tableau 4 : Dépenses des territoires en transport médical et contribution au transport médical par l'entremise du FIST, de 2014-2015 à 2016-2017	10

Liste d'acronymes

DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
FFT	Formule de financement des territoires
FIST	Fonds d'investissement-santé pour les territoires
IVSST	Initiative de viabilité du système de santé des territoires
LCS	<i>Loi canadienne sur la santé</i>
PSSNA	Programme des services de santé non assurés

Sommaire

Cette évaluation porte sur le Fonds d'investissement-santé pour les territoires (FIST) pour la période allant de 2014-2015 à 2016-2017, et est exigée conformément à l'article 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

Objectif et portée de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est d'analyser la pertinence et le rendement de l'accord de contribution du FIST. La portée de l'évaluation comprend les activités financées pendant la période de trois ans (de 2014-2015 à 2016-2017), ainsi que les activités qui se sont déroulées de 2017-2018 en raison du report de fonds.

Bien que les évaluations des programmes fédéraux couvrent généralement une période de cinq ans, cette évaluation couvre uniquement une période de trois ans en raison de la durée limitée de l'accord de contribution. Par conséquent, l'évaluation n'a pas porté sur le prédécesseur du FIST, soit l'Initiative de viabilité du système de santé des territoires (IVSST), ni sur les activités menées dans le cadre de la subvention renouvelée du FIST, qui ont commencé en 2017-2018. Toutefois, l'évaluation fait référence à la conception de la subvention, au besoin.

L'accord de subvention a compris des modifications importantes à la conception et à la prestation du FIST, se fondant sur les résultats d'un examen externe du programme réalisé en 2017.. Compte tenu des modifications déjà apportées au programme de financement, aucune recommandation n'est comprise dans la présente évaluation. Cette dernière visait plutôt à souligner les résultats obtenus jusqu'à présent, ainsi que les réussites et les défis associés à la gestion du FIST dans les trois territoires.

Description du programme

Le gouvernement du Canada a annoncé le FIST en 2014 pour remplacer l'IVSST, qui visait à renforcer les capacités en investissant dans les systèmes territoriaux de soins de santé, en appuyant la tenue d'activités de promotion de la santé et en améliorant l'accès aux services de santé. Le FIST visait à appuyer les efforts des gouvernements territoriaux en matière d'innovation et de transformation des systèmes de santé et ultimement à offrir aux habitants du Nord un meilleur accès aux soins de santé dont ils ont besoin.¹ Pour réaliser cet objectif, le FIST a versé une contribution de 70 millions de dollars sur trois ans aux trois territoires canadiens afin d'appuyer la prestation de soins de santé de qualité.² Les projets du FIST ont reçu leur financement par l'entremise des trois volets suivants : (i) le bien-être mental; (ii) la gestion des maladies chroniques; (iii) la santé buccodentaire des enfants. Le FIST a également financé des initiatives panterritoriales et appuyé la prestation de services de transport médical par l'entremise d'une subvention en décroissance versée sur une période de trois ans.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGPSNI) de Santé Canada gère l'accord de contribution du FIST pendant la période visée par la présente évaluation. Toutefois, après le transfert de la DGSPNI à Services aux Autochtones Canada, la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada a assumé la responsabilité du FIST en décembre 2017.

Conclusions – Pertinence

Il existe toujours un besoin de financement pour appuyer les initiatives territoriales traitant de la question des coûts de soins de santé élevés et des résultats inférieurs en matière de santé. Le FIST cadre avec les précédentes priorités gouvernementales, soit l'augmentation des services dans les domaines clés de la santé et la réduction de la dépendance à l'égard des services de transport médical et les systèmes de santé externes. L'accord de contribution reflétait une initiative ciblée et limitée visant à combler les lacunes en matière de santé cernées par le gouvernement du Canada et les gouvernements territoriaux. Les priorités fédérales ayant changé avec le temps, la nouvelle subvention du FIST devrait permettre aux gouvernements territoriaux une plus grande flexibilité dans l'allocation des ressources à un plus grand éventail d'initiatives.

Bien que les provinces et les territoires soient responsables de la prestation des soins de santé pour la majorité des résidents de leur juridiction, une subvention fédérale versée pour les coûts médicaux accrus associés à la prestation de soins de santé dans le Nord cadre avec le rôle du gouvernement du Canada aux termes du principe « d'accessibilité » défini dans la *Loi canadienne sur la santé (LCA)*.

Conclusions – Rendement

Le FIST a permis la réalisation de certains changements systémiques qui devraient renforcer la capacité des gouvernements territoriaux à gérer leurs services de santé au moyen des ressources existantes, bien qu'il soit trop tôt pour déterminer l'incidence de ces changements. L'évaluation a conclu que le résultat prévu, soit la réduction du taux de transport médical, ne pouvait pas, de façon réaliste, être réalisé pendant la période de trois ans du FIST.

Le FIST a contribué à la prestation de services améliorés liés aux lacunes clés en matière de santé en facilitant la réalisation d'activités de perfectionnement professionnel et l'embauche de coordonnateurs de services, ainsi qu'en mettant en œuvre des projets pilotes ciblant les technologies novatrices. Il est trop tôt pour évaluer l'incidence des activités financées par le FIST sur les résultats généraux en santé dans les territoires.

La conception de l'accord de contribution du FIST a introduit des exigences supplémentaires en matière de déclaration qui ont imposé un fardeau administratif additionnel pour Santé Canada et les gouvernements territoriaux. La conception de la nouvelle subvention du FIST devrait accroître l'efficacité en éliminant certaines exigences de déclaration pour offrir une plus grande flexibilité aux bénéficiaires du financement. Les technologies de prestation de services à distance pourraient

permettre aux fournisseurs de santé du Nord d'accéder à un niveau similaire d'options de diagnostic et de dépistage qu'ailleurs au Canada. Bien qu'il soit impossible d'éliminer les besoins en transport médical, d'autres investissements dans les méthodes et technologies novatrices de prestation de services pourraient permettre aux territoires de diriger les clients plus efficacement vers les options de soins nécessaires.

De plus, des investissements supplémentaires dans les technologies de prestation de services à distance et de télésanté devraient accroître la disponibilité des services de santé habituels dans les communautés, comme les services de dépistage, de diagnostic et de traitement. À mesure que les options de dépistage et de diagnostic s'améliorent, la demande d'accès en services médicaux pourrait augmenter autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du territoire, mais ceux-ci pourraient aussi diminuer le besoin en transport pour accéder à certains de ces services.

1.0 Objectif de l'évaluation

L'objectif de cette évaluation est d'analyser la pertinence et le rendement du FIST pour la période de 2014-2015 à 2016-2017. Cette évaluation est exigée conformément à l'article 42.1 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*.

2.0 Contexte du programme

En 2005, le gouvernement fédéral a annoncé l'IVSST afin d'appuyer la gestion durable des systèmes de santé dans les trois territoires nordiques du Canada. L'IVSST avait pour principaux objectifs de renforcer les capacités en investissant dans les systèmes de santé des territoires, d'appuyer les activités de promotion de la santé et d'améliorer l'accès aux services de santé. Des subventions ont été accordées pour la mise sur pied d'un secrétariat opérationnel, les déplacements à des fins médicales et le *Fonds d'accès aux soins de santé dans les territoires*, qui alloue des fonds pour appuyer une réforme des soins de santé afin de renforcer les services communautaires et promouvoir la capacité de fournir des services dans les territoires. La durée du programme était limitée à cinq ans, mais a été prolongée par deux ans en 2010, puis une seconde fois en 2012.³

Dans le budget de 2014, il a été annoncé que le FIST remplacerait l'IVSST. L'objectif de l'accord de contribution du FIST était d'appuyer les efforts des gouvernements territoriaux en matière d'innovation et de transformation des systèmes de santé et, ultimement, d'offrir aux habitants du Nord un meilleur accès aux soins de santé dont ils ont besoin.⁴ Pour réaliser cet objectif, le FIST a fourni un transfert de 70 millions de dollars aux trois territoires canadiens pour appuyer la prestation de soins de santé de qualité de 2014-2015 à 2016-2017.⁵ Les modalités du FIST ont été prolongées d'une année sans fonds supplémentaire jusqu'à mars 2018, afin que les territoires puissent terminer les projets déjà en cours.⁶

Le FIST a fourni un financement axé sur des propositions au Yukon, au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest pour combler les lacunes des programmes de santé offerts à leurs résidents dans trois domaines ciblés :

- les maladies chroniques;
- la santé buccodentaire des enfants;
- le bien-être mental.

Pendant la période visée par cette évaluation, Santé Canada a offert du financement au moyen de trois volets :

- le *volet de financement territorial*, qui alloue 4,33 millions de dollars par territoire chaque exercice financier pour financer les projets visant à renforcer les services de santé dans les territoires pour les domaines ciblés;
- le *volet de financement panterritorial*, qui alloue deux millions de dollars par exercice financier pour les projets collaboratifs visant à trouver des solutions novatrices pour relever les défis associés aux systèmes de santé; et

- le volet pour transport médical, qui fournit une subvention couvrant les coûts liés au transport médical. Cette subvention a diminué au cours de la période de trois ans, pour passer de 12 millions de dollars en 2014-2015 à cinq millions de dollars en 2016-2017. La subvention était conçue pour inciter les territoires à diminuer leur dépendance à l'égard des services de transports et à accroître leurs capacités dans le territoire.⁷

Bien que le FIST ait initialement été conçu comme un programme à durée limitée, le gouvernement du Canada a proposé dans le budget de 2017 un investissement supplémentaire de 108 millions de dollars sur quatre ans, à compter de 2017-2018, pour renouveler et élargir la portée du FIST, mais sous la forme cette fois-ci d'une subvention.⁸

2.1 Harmonisation et ressources du programme

Le FIST cadre avec l'architecture d'alignement des programmes de Santé Canada, soit avec le programme 1.1 « Politique du système de santé canadien » et le sous-programme 1.1.1 « Priorités du système de santé ». Le FIST appuie le résultat stratégique général du Ministère, c'est-à-dire « un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ».⁹ Pendant la période visée par l'évaluation, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a géré le programme de contribution du FIST. Après le transfert de la DGSPNI à Services aux autochtones Canada, la Direction générale de la politique stratégique de Santé Canada a assumé la responsabilité du FIST renouvelé en décembre 2017.

Les données financières du FIST pour 2014-2015 à 2016-2017 sont présentées ci-après (tableau 1). En général, le FIST avait un budget d'environ 70 millions de dollars sur trois ans.

Tableau 1 : Ressources du Fonds d'investissement-santé pour les territoires (\$) ^a

Année	Prévues		Réelles			Écart	
	Subventions et contributions (S et C)	Fonctionnement et entretien (F et E)	Total	S et C	F et E		Total
2014-2015	26 190 000	0	26 190 000	26 190 000	0	26 190 000	0
2015-2016	23 000 000	0	23 000 000	22 990 300	0	22 990 300	9 700
2016-2017	20 000 000	0	20 000 000	20 000 000	0	20 000 000	0
Total	69 190 000	0	69 190 000	69 180 300	0	69 180 300	9 700

^a Source de données : Direction générale du dirigeant principal des finances

3.0 Description de l'évaluation

3.1 Portée, approche et conception de l'évaluation

La portée de l'évaluation couvre la période allant d'avril 2014 à septembre 2017. L'évaluation a examiné les activités menées et les projets livrés dans le cadre du FIST pendant cette période. Les activités ou les projets livrés dans le cadre de IVSST n'étaient pas dans la portée de cette évaluation.¹⁰

L'évaluation a analysé la pertinence, le rendement, l'efficacité et la rentabilité des activités du FIST pendant la période de sa portée. L'accord de contribution du TIFF a pris fin en 2017-2018 et a été remplacé par un accord de subvention. Ce nouvel accord a introduit d'importantes modifications à la conception et à la prestation du FIST basés sur des recommandations formulées lors d'un examen externe. Compte tenu de ces récentes modifications, aucune recommandation n'a été incluse à la présente évaluation, qui visait plutôt à souligner les résultats réalisés à ce jour, ainsi que les succès et les défis associés à la gestion du FIST dans les trois territoires.

Les questions d'évaluation ont été établies en tenant compte des enjeux fondamentaux cernés dans la *Politique sur les résultats* (2016) du Conseil du Trésor du Canada.

^a L'équipe d'évaluation a recueilli des données probantes au moyen de méthodes de recherche complémentaires, y compris ce qui suit :

- **Examen documentaire** : Les évaluateurs ont révisé un total de 54 documents internes. La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a fourni de la documentation interne du programme, que les évaluateurs ont complétés avec de la littérature grise publique. La documentation comprenait les propositions de financement du FIST, les rapports annuels des bénéficiaires du FIST, les plans budgétaires fédéraux, les lettres de mandat fédéraux et les rapports sur le rendement de Santé Canada, y compris les rapports ministériels sur le rendement (RMR) et les rapports sur les plans et les priorités des ministères (RPPM). Lorsque pertinent, les évaluateurs ont également consulté des publications examinées par les pairs pour compléter les renseignements fournis dans les documents internes.
- **Examen des données financières** : Les évaluateurs ont examiné les renseignements financiers fournis par la Direction générale du dirigeant principal des finances du Ministère. Ils ont également tenu compte des renseignements financiers fondés sur les activités fournis par les bénéficiaires du financement dans leurs rapports annuels.

^a Une description des questions de l'évaluation et des sources de données probantes utilisées pour y répondre est présentée à l'annexe 1.

- **Entrevues avec les répondants clés** : Les évaluateurs ont mené un petit nombre d'entrevues avec les hauts dirigeants responsables des programmes financés par le FIST au Nunavut, au Yukon et aux Territoires du Nord-Ouest. Les répondants clés ont été choisis en fonction de leurs perspectives uniques sur les réussites et les défis liés à la gestion du FIST au sein des trois territoires.

Au moyen de plusieurs sources de données probantes, les évaluateurs ont été en mesure de trianguler les constatations pour en accroître la fiabilité.

3.2 Limites de l'évaluation et stratégies d'atténuation

La plupart des évaluations font face à des limites pouvant avoir des répercussions sur la validité et la fiabilité des constatations et des conclusions. Le tableau ci-après décrit les limites observées pendant la mise en œuvre des méthodes choisies pour cette évaluation. Les stratégies d'atténuation mises en œuvre pour s'assurer que les constatations de l'évaluation puissent être utilisées avec confiance pour guider la planification et le processus décisionnel du programme sont également présentées ci-après.

Tableau 2 : Limites et stratégies d'atténuation

Limites	Répercussions	Stratégies d'atténuation
En raison des délais associés à la collecte et à l'analyse des données sur les résultats de santé, les dernières statistiques démontrant les modifications des résultats de santé dans le Nord du Canada n'étaient pas disponibles.	L'évaluation n'est pas en mesure de tirer des conclusions sur les modifications des résultats de santé associés aux activités financées par le FIST.	L'évaluation évalue la pertinence et le rendement du FIST en fonction des résultats de niveau intermédiaire et fait référence aux données sur la santé les plus récentes disponibles, le cas échéant.
Dans leurs rapports annuels sur le FIST, chaque territoire appliquait des mesures du rendement différentes chaque année.	Des données quantitatives limitées sur le rendement étaient disponibles en fonction des activités et des rapports financiers territoriaux existants.	Les évaluateurs ont triangulé les renseignements dans les rapports annuels avec les commentaires des répondants clés et les données tirées de la documentation, des documents internes et des dossiers financiers.

4.0 Constatations – Pertinence

4.1 Besoin continu du programme

Constatation : Des besoins existent toujours en matière de financement pour appuyer les initiatives territoriales traitant des coûts de soins de santé élevés et des résultats inférieurs en matière de santé au Nunavut, au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest.

Comme dans d'autres régions circumpolaires, il existe d'importantes différences entre les coûts et les résultats de santé dans le Nord et ceux dans les régions plus au sud.¹¹ Les caractéristiques démographiques et géographiques uniques des territoires, ainsi que les ressources limitées en ressources humaines dans le Nord, contribuent à ces différences.

Les caractéristiques démographiques et géographiques des territoires varient grandement de celles du reste du Canada. Les trois territoires du Nord occupent une large superficie, mais ont des populations relativement petites. En plus d'une faible densité de population, plusieurs communautés, particulièrement en Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest, se trouvent en régions rurales et isolées. Plusieurs d'entre elles n'ont qu'un accès limité ou saisonnier, ou aucun accès routier, aux centres urbains.¹² De plus, une proportion élevée de la population totale de ces trois territoires est autochtone. Au Yukon, 23 % de la population totale est autochtone tandis qu'aux Territoires du Nord-Ouest, cette proportion s'élève à 51 %. Au Nunavut, 85 % de la population est inuite, ce qui contraste avec l'ensemble du Canada, où les Autochtones représentent environ 5 % de la population et les Inuits, moins de 1 %.¹³

Les systèmes de santé territoriaux doivent également faire face à un accès plus bas aux médecins de soins primaires et aux spécialistes. Le ratio médecin/patient (tableau 3) pour les fournisseurs de soins primaires et spécialisés est considérablement moins élevé dans les territoires que la moyenne canadienne. Par exemple, en 2015, le nombre moyen de médecins de soins primaires par 100 000 résidents au Canada était de 228, tandis qu'au Nunavut, ce nombre était 27 médecins par 100 000 résidents. Le ratio de spécialiste à résident dans les trois territoires est considérablement moins élevé que dans le reste du Canada.

Tableau 3 : Médecins de soins primaires et médecins spécialistes par 100 000 résidents, 2013-2015

	Ratio de médecins de soins primaires ^a			Ratio de médecins spécialistes ^b		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Canada	220	224	228	108	110	113
Yukon	183	197	212	27	27	30
Territoires du Nord-Ouest	99	101	84	25	23	16
Nunavut	30	33	27	3	3	3

^a Le ratio exprime le nombre de médecins de soins primaires par 100 000 résidents, selon les données de l'Association médicale canadienne (AMC) tirées de : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/12-Phys_per_pop.pdf.

^b Le ratio exprime le nombre de médecins spécialistes par 100 000 résidents, selon les données de l'Association médicale canadienne (AMC) tirées de : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/en/advocacy/15-Spec_per_pop.pdf.

Il est important de noter que les services de santé dans le Nord utilisent un système d'infirmières pour la prestation de soins primaires à l'extérieur des centres régionaux et qui est composé de réseaux de centres de santé dotés d'infirmières et de représentants de la santé communautaires, et appuyés par des médecins itinérants.¹⁴ Il est donc raisonnable de

conclure que l'utilisation des services de médecins est moins grande dans le cadre de ce modèle comparativement à la moyenne canadienne. En tenant compte de ce fait, l'écart entre l'accès aux soins est un peu moins grand, mais l'accès est quand même nettement plus bas qu'ailleurs au Canada. Par exemple, la proportion d'Inuits vivant au Nunavut qui avait vu un médecin ou une infirmière au cours de l'année précédente était de 65 %, comparativement à 44 % qui avaient uniquement vu un médecin. Ce nombre est considérablement moins élevé que la moyenne pour les non-Autochtones vivant dans ce territoire (76 %) et la moyenne nationale de 80 %.¹⁵

Les données empiriques recueillies auprès des répondants clés suggèrent que les gouvernements territoriaux font également face à des taux élevés de postes vacants et de roulement de personnel au sein des ressources humaines en santé, ce qui représente au fil du temps d'autres défis en termes de prestation de soins et de promotion de la santé. En raison de ces facteurs, les systèmes de santé territoriaux ont tendance à utiliser les services de transport médical, soit au sein du territoire vers un centre urbain, ou à l'extérieur du territoire vers une province voisine, pour offrir aux clients des options de soins convenables.

Le FIST répond à un besoin continu pour répondre aux coûts élevés de santé dans les territoires, tout en comblant les lacunes persistantes en matière de résultats de santé pour les résidents. Les coûts de santé dans les territoires sont significativement plus élevés que la moyenne canadienne. En 2014, les coûts par habitant des soins de santé au Yukon s'élevaient à 10 000 \$ (1,7 fois de plus que la moyenne), à 13 000 \$ (2,1 fois de plus que la moyenne) dans les Territoires du Nord-Ouest et à 14 000 \$ (2,3 fois de plus que la moyenne) au Nunavut.¹⁶ Les services de transport médical peuvent avoir une grande incidence sur les coûts de soins de santé des territoires, particulièrement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest. Au Nunavut, les services de transport médical représentaient 1 500 \$ des coûts de soins de santé par habitant, un montant qui devrait continuer d'augmenter au cours des prochaines années.¹⁷

En plus de faire face à des coûts de soins de santé plus élevés, les territoires doivent également gérer de persistantes lacunes en santé et des défis pour atteindre des résultats de santé comparables aux autres provinces canadiennes. Les résidents des territoires ont généralement de moins bons résultats de santé en ce qui a trait au bien-être mental, aux maladies chroniques et à la santé buccodentaire des enfants.

a) Maladies mentales

Des besoins pressants existent toujours dans le domaine de la maladie mentale dans le nord du Canada, particulièrement chez les peuples autochtones. Bien que les taux de troubles de l'humeur diagnostiqués dans les territoires soient similaires à ceux observés ailleurs au Canada, les taux de suicide et d'hospitalisation pour blessures auto-infligées sont significativement plus élevés.^b Les jeunes inuits sont particulièrement à risque : les

^b En 2014, la proportion de résidents déclarant un trouble de l'humeur était de 7,7 % dans les Territoires du Nord-Ouest et de 8,7 % au Yukon, comparativement à un taux de 7,8 % au Canada. Les taux pour le Nunavut n'étaient pas disponibles. Les données ont été tirées de :

https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310009618&request_locale=fr.

taux de suicide chez les jeunes autochtones vivant dans le Nord sont presque six fois plus élevés qu'ailleurs au Canada. Chez les Inuits âgés de 10 à 19 ans vivant dans l'Inuit Nunangat,^c les taux d'hospitalisation pour soins actifs en raison de blessures auto-infligées s'élèvent à 101 pour 100 000 personnes et la proportion de jeunes inuits qui se suicident est presque 11 fois plus élevée que la moyenne nationale. Au Nunavut, le suicide est la cause d'environ 64 décès sur 100 000. Si le Nunavut était un pays, il aurait le taux de suicide le plus élevé au monde.¹⁸ Ensemble, ces statistiques soulignent le besoin d'un accès amélioré à des options de prévention et de traitement pour promouvoir le bien-être mental chez les résidents des territoires et aborder les disparités socioéconomiques fondamentaux qui contribuent à ces résultats.

b) Maladies chroniques

Comme pour d'autres domaines au Canada, les maladies chroniques sont une cause importante de décès dans les territoires. Toutefois, les taux de mortalité associés aux maladies chroniques, y compris le diabète, les maladies du cœur et le cancer, ont tendance à être plus élevés dans les territoires s'ils sont comparés aux taux du reste du Canada. Au Nunavut, le taux de mortalité du cancer était deux fois plus élevé^d que le taux national.¹⁹ Les maladies chroniques représentent sept décès sur dix dans les Territoires du Nord-Ouest.²⁰ Au Yukon, les taux d'hospitalisation pour les maladies chroniques ont tendance à être plus élevés qu'ailleurs au Canada. En 2014, le taux d'hospitalisation associé aux maladies chroniques s'élevait à 414 pour 100 000 hospitalisations comparativement à la moyenne canadienne de 283.²¹ Ces statistiques soulignent un besoin continu pour de meilleurs services de dépistage et de gestion des maladies chroniques dans les territoires.

c) Santé buccodentaire des enfants

La santé buccodentaire des enfants demeure un important domaine de préoccupation dans les territoires, particulièrement au Nunavut. À chaque année entre 2010-2011 et 2013-2014, environ 111 enfants sur 1 000 âgés de moins de quatre ans au Nunavut avaient subi une chirurgie pour traiter des caries, suivi de 47,6 par année dans les Territoires du Nord-Ouest et de 24,3 au Yukon.²² Au Nunavut, ce taux était presque 10 fois plus élevé que la moyenne nationale d'environ 12,1 pour 1 000 chaque année. Les taux de caries dentaires étaient significativement plus élevés chez les enfants inuits.^e Selon les données les plus récentes disponibles, 85 % des enfants inuits d'âge scolaire présentaient des caries dentaires et plusieurs n'avaient pas encore été traités à l'adolescence.²³ Les Inuits sont également moins susceptibles que les autres Canadiens d'avoir accès à des soins dentaires.²⁴

^c L'Inuit Nunangat désigne le territoire inuit traditionnel dans le nord circumpolaire. Il comprend le Nunavut et certaines des régions du nord des Territoires du Nord-Ouest, du Québec et du Labrador.

^d Ce nombre représente la moyenne de 2009 à 2011, soit les données disponibles les plus récentes.

^e Le terme médical « carie dentaire » est utilisé pour décrire la carie, qui peut entraîner la formation d'une cavité. Les termes « carie » et « cavité » sont souvent interchangeables, mais la carie dentaire peut s'aggraver si les cavités ne sont pas traitées et peut entraîner d'autres complications pour les couches intérieures de la dent.

Au Nunavut, les résultats de santé buccodentaire sont influencés par le fait que plusieurs résidents n'ont pas un accès régulier à des soins dentaires, en plus d'une mauvaise nutrition et d'activités de prévention limitées dans plusieurs communautés.²⁵ Lorsque le FIST a été mis sur pied en 2014, plus de 600 enfants étaient en attente d'une chirurgie dentaire au Nunavut et dans la plupart de ces cas, un transport médical était nécessaire.²⁶

Le FIST répond à ces défis en offrant un financement pour la mise en œuvre d'améliorations stratégiques des systèmes de santé territoriaux conçues pour offrir un meilleur accès aux services. De plus, le *volet pour transport médical* répond à un besoin continu d'offrir aux résidents les soins dont ils ont besoin, autant à l'intérieur qu'à l'extérieur du territoire.

4.2 Harmonisation avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement

L'accord de contribution du FIST cadrerait avec les précédentes priorités du gouvernement consistant à accroître l'accès aux services dans les domaines clés de la santé et à réduire la dépendance à l'égard des services de transport médical et des systèmes de santé externes. Les priorités fédérales ayant changé, la subvention versée par le FIST offrira une plus grande flexibilité.

Le programme du FIST était bien harmonisé avec les priorités et les résultats stratégiques du gouvernement du Canada lorsqu'il a été lancé en 2014. Dans le budget de 2014, le gouvernement du Canada avait annoncé du financement pour appuyer les activités réalisées dans le domaine prioritaire « Investir dans le Nord pour renforcer la souveraineté du Canada ». Le budget proposait un programme de contributions qui fournirait 70 millions de dollars sur trois ans en fonds ciblés et à durée limitée pour accroître le nombre de services de santé dans trois domaines prioritaires au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon. Le FIST a été conçu pour réaliser cette priorité.

Au fil du temps, le FIST est demeuré harmonisé avec les objectifs et les priorités du gouvernement du Canada. Dans son *rapport sur les plans et les priorités* de 2017, Santé Canada inclut le FIST en tant que composant du sous-programme 1.1. « Politique du système de santé canadien ». Par l'entremise d'accords de subvention et de contribution avec les partenaires de santé clés, le sous-programme « Politique du système de santé canadien » vise à appuyer des améliorations dans les systèmes de soins de santé pour aider les Canadiens à maintenir et à améliorer leur santé.²⁷ En offrant un soutien financier et une orientation aux partenaires, ce programme contribue au résultat stratégique de Santé Canada de mettre sur pied « un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens ».²⁸ De plus, un examen indépendant sur le rendement du FIST réalisé en 2017 a permis de conclure qu'il continue d'être bien harmonisé avec les priorités des gouvernements territoriaux et les ont permis d'attribuer des ressources limitées pour réaliser des changements dans l'ensemble du système qui auraient autrement été éclipsés par d'autres priorités urgentes.²⁹

Selon la documentation interne, le FIST a été créé pour renforcer la capacité des gouvernements territoriaux à offrir les services de santé nécessaires en utilisant les ressources existantes. Un *volet pour transport médical* de moins en moins important entre 2014 et 2017 indique également la volonté du gouvernement du Canada à diminuer le niveau de dépendance des territoires à l'égard des services de transport médical.

En 2017-2018, le financement du FIST est passé d'un accord de contribution à une subvention. Pour refléter les priorités fédérales changeantes plus axées sur l'innovation, ainsi que les leçons tirées des trois premières années du FIST, la subvention devrait distribuer les fonds par l'entremise du *volet innovation* et fournir un financement stable pour le transport médical sur une période de quatre ans par l'entremise du *volet pour transport médical*. De plus, même si la subvention continuera d'attribuer des fonds par projet, elle ne précisera plus dans quels domaines de la santé les fonds doivent être dépensés. Ce modèle devrait permettre aux gouvernements territoriaux une plus grande flexibilité à répondre aux enjeux liés aux déterminants sociaux de la santé, à la prestation complexe des soins de santé et aux besoins locaux uniques. Le volet de financement panterritorial a également été éliminé.

4.3 Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral

Bien que les provinces et les territoires soient responsables de la prestation des soins de santé pour la majorité des résidents de leur juridiction, une subvention fédérale versée pour les coûts médicaux accrus associés à la prestation de soins de santé dans le Nord cadre avec le rôle du gouvernement du Canada aux termes du principe « d'accessibilité » défini dans la LCS.

Le gouvernement du Canada ne fournit pas directement des soins de santé dans les provinces et les territoires. Toutefois, il a pour mandat de favoriser l'accès aux soins en vertu de la LCS. De plus, Santé Canada en particulier a pour mandat d'assurer la disponibilité des services de santé dans les communautés autochtones et l'accès à ceux-ci.³⁰

Aux termes de la LCS, les provinces et les territoires sont responsables de la gestion et prestation des services de santé au sein de leur juridiction. Le gouvernement du Canada appuie ces activités au moyen de transferts et de programmes financiers.

- Le **Transfert canadien en matière de santé** (TCS) offre un financement prévisible à long terme pour les soins de santé à l'appui des principes de la LCS. La valeur du TCS pour chaque province est calculée selon un montant égal par habitant.³¹
- Le transfert au titre de la **formule de financement des territoires** (FFT) offre un transfert supplémentaire inconditionnel pour le financement des services publics essentiels dans les trois territoires canadiens en reconnaissance des coûts plus élevés pour la prestation de services dans le Nord. Le montant du transfert pour chaque territoire est calculé selon les différences entre la capacité financière du territoire à générer un revenu et un indicateur de ses dépenses.³²
- Le **Programme de services de santé non assurés** (PSSNA) est un programme national qui offre une couverture d'assurance aux membres des Premières Nations

inscrits et aux Inuits reconnus pour les services médicaux nécessaires qui ne sont pas couverts par d'autres régimes et programmes. Les SSNA comprennent un soutien financier pour le transport médical en vue de recevoir des services médicalement nécessaires.³³

La LCS précise également que la prestation des soins de santé dans les provinces et territoires doit respecter cinq principes, y compris « l'accessibilité ». Le terme « accessibilité » signifie que tous les résidents ont accès à des services médicalement nécessaires. Les provinces et les territoires doivent fournir ces services en fonction du besoin médical et non de la capacité de payer.³⁴³⁵

Bien que les transferts TCS et FFT offrent du financement afin d'assurer que les territoires soient en mesure d'offrir des soins médicaux à leurs résidents, ils n'incluent pas de financement dédié pour combler les lacunes connues en matière de santé ni pour répondre aux besoins en matière de transport médical. Bien que le programme des SSNA fournisse de fonds dédiés au transport médical des bénéficiaires admissibles, ces services sont offerts au cas par cas et ne sont pas offerts à tous les résidents des territoires.³⁶ Les répondants clés ont décrit le programme du FIST comme un complément important des programmes de transfert existants entre le gouvernement du Canada et les gouvernements territoriaux.

Ces répondants ont indiqué que le FIST leur permettait « d'uniformiser les règles du jeu » en ce qui trait à l'accès aux soins, peu importe quel organisme gouvernemental fournissait du financement pour la prestation de soins de santé aux résidents. En tenant compte de ces facteurs, le FIST complète les accords de financement existants conçus pour atteindre des objectifs similaires et aider le Canada à respecter le principe « d'accessibilité » pour tous les Canadiens vivant dans les territoires.

5.0 Atteinte des résultats escomptés

5.1 Capacité accrue à offrir des soins de santé dans le territoire

Le FIST a permis d'apporter certains changements systémiques et stratégiques, qui devraient renforcer la capacité des gouvernements territoriaux à gérer leurs services de santé au moyen de leurs ressources existantes, bien qu'il soit trop tôt pour déterminer l'incidence de ces changements. L'évaluation a permis de conclure que le résultat escompté, soit la réduction du taux d'utilisation des services de transport médical, n'était pas réaliste à court terme.

Un des principaux objectifs du FIST pendant cette période était de permettre aux gouvernements territoriaux d'apporter des modifications stratégiques qui pourraient améliorer leur capacité à offrir des services de santé au moyen des ressources existantes. Les propositions territoriales de financement du FIST ont cerné un éventail d'activités pour répondre à cet objectif. Les répondants clés ont indiqué que le financement du FIST était incroyablement précieux et permettait aux gouvernements d'investir dans des changements stratégiques et systémiques sans avoir à utiliser les ressources d'autres domaines clés, comme la prestation de service.

Par exemple, le Yukon a utilisé le financement du FIST pour mettre sur pied des groupes de travail appuyant la stratégie sur le bien-être mental *Forward Together*, ainsi que des groupes de travail visant à faciliter l'accès aux services de spirométrie, de soins des plaies et de surveillance de la santé à la maison.³⁷ Au Nunavut, des coordonnateurs des traitements résidentiels ont été embauchés afin de diriger les résidents vers des services de santé mentale et de traitement des dépendances à l'extérieur du territoire et le gouvernement territorial a établi une base de données sur les clients pour améliorer la planification des congés hospitaliers et la surveillance des clients. Dans les Territoires du Nord-Ouest, le financement du FIST a été utilisé pour concevoir et mettre en œuvre des modifications à la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, qui consistaient à consolider six systèmes distincts de soins de santé en un seul. Ceci devrait réduire la fragmentation des services de santé dans l'ensemble du territoire.³⁸

Cela dit, les commentaires formulés par les répondants clés et les renseignements figurant dans les rapports d'activité annuels des territoires indiquent que la mise en œuvre de certaines des activités proposées du FIST était lente en raison de trois facteurs. D'abord, les territoires ont eu de la difficulté à recruter et à maintenir en poste du personnel qualifié pour mettre en œuvre ces programmes. Ceci était particulièrement problématique au Nunavut, où le taux de postes vacants s'élève habituellement à environ 30 % au sein de l'administration publique et le taux de dépendance à l'égard des contrats temporaires conclus avec des employés du sud et d'autres pays est élevé. Le Nunavut a également eu de la difficulté à recruter et à maintenir en poste des fournisseurs de soins dentaires, ce qui contribue à des lacunes en matière d'accès aux services.³⁹ Au Canada, il y a en moyenne 60 dentistes autorisés pour 100 000 résidents tandis qu'au Nunavut, ce taux est de 34 pour 100 000.^f

Ensuite, le financement de la première année du FIST (2014-2015) n'a pas été attribué avant janvier 2015, en raison des territoires et du gouvernement du Canada ayant signé les contributions vers la fin de l'exercice financier. Les territoires ont donc eu très peu de temps pour commencer les activités prévues, telles que décrites dans les propositions au FIST. Par conséquent, les fonds ont été reportés à l'exercice suivant, ce qui a entraîné des reports de fonds pendant les années subséquentes.

Finalement, certaines des activités prévues ont été repoussées ou annulées en raison des priorités changeantes des gouvernements territoriaux et de leurs principaux partenaires. Les administrateurs territoriaux ont répondu en redistribuant les fonds à des activités qui cadrent généralement avec les trois grandes lacunes en matière de santé.

Bien que les territoires aient fait face à des délais pour la mise en œuvre de certaines des activités proposées dans les domaines stratégiques clés, ils ont été en mesure de dépenser la totalité des fonds alloués pour le transport médical pendant les trois exercices financiers sans avoir besoin de reporter des fonds. Tel qu'il est indiqué dans le tableau ci-après (tableau 4), les dépenses en transport médical dans chaque territoire ont continué

^f Les calculs se fondent sur les dernières données disponibles de l'Association dentaire canadienne (2013) et les estimations de la population proviennent de Statistique Canada. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir https://www.cda-adc.ca/en/services/fact_sheets/dentistincanada.asp.

d'augmenter chaque année, tandis que la valeur du financement fourni par le FIST pour subventionner les dépenses en transport médical a diminué selon les délais établis. L'objectif de la réduction des dépenses pour le transport médical dans les territoires n'a pas été atteint et ne le sera probablement pas au cours des prochaines années.

Tableau 4 : Dépenses des territoires en transport médical et contribution au transport médical par l'entremise du FIST, de 2014-2015 à 2016-2017^a

Territoire	Année 1 2014-2015			Année 2 2015-2016			Année 3 2016-2017		
	Total ^b	FIST ^c	%Total ^d	Total	FISTF	% Total	Total	FIST	% Total
Nvt	77,8 M\$	8,2 M\$	10,5 %	86,1 M\$	5,5 M\$	6,3 %	91,9 M\$	3,4 M\$	3,7 %
T. N.-O.	32,5 M\$	2,6 M\$	8 %	34 M\$	1,7 M\$	5 %	50 M\$	1 M\$	2 %
Yk	12,2 M\$	1,2 M\$	9,8 %	12,5 M\$	0,8 M\$	6,4 %	12,4 M\$	0,6 M\$	5 %

^a Données sur les dépenses tirées des rapports d'activités annuels et des rapports financiers des territoires, volet pour transport médical du FIST.

^b Les colonnes « Total » indiquent la valeur totale des dépenses des territoires en transport médical.

^c Les colonnes « FIST » indiquent la valeur du financement versé par l'entremise du volet pour transport médical du FIST.

^d Les colonnes « % Total » indiquent la proportion des dépenses totales des territoires en transport médical couvertes par le volet pour transport médical du FIST.

L'augmentation continue des coûts pour le transport médical à court terme est attribuable à deux grands facteurs. Premièrement, la sensibilisation accrue des communautés desservies dans le Nord peut entraîner une augmentation du besoin en transport médical, puisque ces clients sont dirigés plus rapidement vers des options de soins. Deuxièmement, la base de population dans les territoires est trop petite pour appuyer un accès à l'éventail complet des services de soins de santé, particulièrement à l'extérieur des centres régionaux dans les territoires. L'infrastructure limitée est particulièrement problématique pour le Nunavut, dont les dépenses en transport médical ont augmenté de près de 10 % de la première à la troisième année du FIST. Selon les rapports d'activité annuels du Nunavut, « la population, le vaste territoire, l'absence d'accès par route ou rail, l'infrastructure de santé limitée et l'absence d'accès aux services médicaux spécialisés contribuent au besoin croissant en services de transport médical. Au niveau de service actuel, les coûts pour transport médical continueront probablement d'augmenter. »⁴⁰ Pour avoir accès à des soins équitables, un certain niveau de transport médical sera nécessaire jusqu'à ce que des options de prestation de services à distance deviennent plus facilement accessibles.⁴¹

Il est important de souligner que si le FIST prenait fin, et plus particulièrement le volet pour transport médical, il est possible que les coûts pour transport médical des SSNA augmentent pour les Premières Nations et les Inuits des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Dans ces territoires, les gouvernements assument la majorité des coûts de transport aérien pour tous les résidents, y compris les Autochtones, et imposent une quote-part équivalente de 250 \$ aux personnes devant être transportées par avion, peu importe le coût total associé au déplacement de ces personnes. Pour les résidents autochtones admissibles, cette quote-part est remboursable par les SSNA. Sans financement du gouvernement du Canada destiné au transport médical, ces deux territoires pourraient traiter les Premières Nations et les Inuits différemment en ce qui a trait aux coûts pour transport médical et demander à ce que le Canada assume la totalité des coûts de transport aérien, plutôt que la quote-part assumée par le programme des SSNA. Dans ce cas, les estimations du programme indiquent que les

coûts des SSNA pour le transport médical dans les Territoires du Nord-Ouest pourraient augmenter, pour passer de 7,5 M\$ à 16,4 M\$ par année et de 27,4 M\$ à 83,8 M\$ au Nunavut.⁴²

5.2 Capacité accrue de combler les principales lacunes en matière de santé dans les territoires

Le FIST a contribué à la prestation de services améliorés liés aux principales lacunes en matière de santé en facilitant la réalisation d'activités de perfectionnement professionnel et l'embauche de coordonnateurs de services, ainsi qu'en mettant en œuvre des projets pilotes ciblant les technologies novatrices. Il est trop tôt pour évaluer l'incidence des activités financées par le FIST sur les résultats généraux en santé dans les territoires.

Un autre des objectifs clés du FIST était d'améliorer les résultats en santé des résidents des territoires dans les domaines du bien-être mental, de la gestion des maladies chroniques et de la santé buccodentaire des enfants. Dans leurs propositions de financement, chaque territoire a identifié les activités cadrant avec ces grandes lacunes en santé. Ils ont également mis en œuvre des initiatives panterritoriales au moyen d'approches novatrices pour répondre ensemble aux besoins en matière de bien-être mental. En raison des délais relativement à la distribution des fonds pendant la première année du FIST, la plupart des projets sont demeurés aux étapes de la planification, de la mobilisation et de la mise en œuvre. Pour cette raison, il existe peu de données probantes permettant d'évaluer les progrès de chaque territoire en ce qui a trait aux objectifs établis.

Les rapports annuels indiquent que tous les territoires ont utilisé une partie du financement du FIST pour le perfectionnement professionnel afin d'améliorer les compétences des fournisseurs de première ligne et le personnel de soutien déjà en poste. De la formation était offerte sur divers sujets liés aux soins des patients atteints de maladies chroniques et de maladies mentales, ainsi qu'à la prestation de soins axés sur la culture. Par exemple, le Nunavut a offert deux séances de formation de quatre semaines sur les interventions en situation de crise sans violence au personnel des services de santé mentale de première ligne en 2015-2016 et a offert à 12 employés une formation d'une journée sur le même sujet en 2016-2017. Les rapports annuels indiquent qu'en raison du haut taux de roulement du personnel, une formation continue sur les interventions en situation de crise sans violence est importante pour maintenir le niveau de compétence des employés.⁴³ De même, afin d'appuyer son initiative en matière de santé buccodentaire chez les enfants, le Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest a utilisé le financement du FIST pour créer des protocoles et du matériel de formation provisoires appuyant la prestation d'une thérapie au fluorure et a mis à l'essai ces protocoles auprès des représentants de la santé communautaire pour s'assurer qu'ils étaient efficaces.⁴⁴ Pendant cette période de trois ans, le Yukon a offert au total 48 séances de formation à plus de 850 participants, dont plus de 100 ont participé dans des communautés à l'extérieur de Whitehorse. La formation portait sur divers enjeux liés au bien-être mental, y compris les compétences cliniques des fournisseurs de première ligne.⁴⁵

Le financement du FIST a également été utilisé pour la réalisation d'activités visant à améliorer l'accès aux services existants. Par exemple, le Nunavut a embauché des coordonnateurs communautaires de la santé buccodentaire desservant 17 communautés afin de fournir des services de santé buccodentaire préventifs, comme des vernis au fluorure.⁴⁶ Ces coordonnateurs ont également offert des services de promotion de la santé buccodentaire en inuktitut. En offrant des traitements préventifs, le gouvernement du Nunavut s'attend à observer au fil du temps une diminution du nombre de chirurgies buccales avec anesthésies générales nécessaires pour les enfants vivant dans le territoire.

Dans le cadre du *volet panterritorial*, les territoires ont lancé plusieurs projets pilotes au moyen de technologies novatrices, comme des plateformes de télésanté et de santé électroniques, pour améliorer l'accès aux services de bien-être mental. Ces projets pilotes comprenaient des interventions fondées sur des applications, comme « SPARX » et « Breathing Room », qui visent à offrir des stratégies de thérapies cognitivo-comportementales pour les jeunes du Nord atteints de maladies mentales, et le lancement de services de télésanté au Yukon et au Nunavut. Le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest ont tous deux des lignes d'aide offrant un accès à des conseillers 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Ces lignes sont financées au moyen des fonds panterritoriaux du FIST.^{47,48}

Alors que les gouvernements territoriaux continuent de gérer les problèmes structuraux au moyen d'approches novatrices en matière de prestation de soins de santé, les rapports annuels soulignent certaines des réussites déjà observées grâce au financement à court terme des projets. Par exemple, lorsque le Nunavut a lancé le projet sur la santé buccodentaire des enfants en 2014-2015, près de 600 enfants étaient en attente d'une chirurgie buccale avec anesthésie générale. Après la première année en 2015-2016, ce nombre a diminué à 400. Les données empiriques des répondants clés suggèrent que ce nombre a encore plus diminué en 2016-2017. Ces résultats précoces indiquent que le financement du FIST a mené à des améliorations dans l'accès par les résidents aux services nécessaires.

5.3 Efficacité et rentabilité

La conception de la nouvelle subvention du FIST devrait accroître l'efficacité en éliminant certaines exigences de déclaration pour offrir une plus grande flexibilité aux bénéficiaires du financement. Les technologies de prestation de services à distance pourraient permettre aux fournisseurs de santé du Nord d'accéder à un niveau similaire d'options de diagnostic et de dépistage qu'ailleurs au Canada. Bien qu'il soit impossible d'éliminer les besoins en transport médical, d'autres investissements dans les méthodes et technologies novatrices de prestation de services pourraient permettre aux territoires de diriger les clients plus efficacement vers les options de soins nécessaires.

L'accord de contribution du FIST a introduit plusieurs éléments de conception visant à améliorer l'efficacité du programme relativement au précédent programme de subventions de VSST. La contribution du FIST permettait au gouvernement du Canada d'avoir une plus grande influence sur la conception et les résultats des projets et a permis de mettre en œuvre plusieurs méthodes pour limiter les coûts administratifs associés aux projets. Par exemple, le FIST prévoyait des limites pour les fonds administratifs des bénéficiaires, y

compris un plafond de 10 % pour les déplacements et un plafond de 10 % pour les coûts d'évaluation. Ces plafonds administratifs visaient à s'assurer qu'une proportion importante de la contribution serait directement attribuée aux projets présentés dans les propositions.⁴⁹ Le FIST a également établi un budget minimal d'un million de dollars pour les propositions de projet. Aux termes de la subvention de l'IVSST, aucun budget minimal n'était imposé aux propositions et par conséquent, une valeur plus grande était accordée aux coûts administratifs parmi de nombreux projets de moins grande envergure. Même si ces éléments de conception de programme devraient améliorer l'efficacité, un examen du rendement sur trois ans a révélé que des améliorations pouvaient encore être apportées. Plusieurs d'entre elles avaient déjà été intégrées à la nouvelle subvention du FIST.

Les partenaires des territoires ont souligné que les exigences en matière de rapports annuels établis dans l'accord de contribution imposaient un fardeau supplémentaire qui éclipseait tout gain potentiel en matière de transparence et de responsabilisation. Les commentaires des répondants clés indiquaient que les administrations territoriales des services de santé et des services sociaux devaient réaffecter des ressources humaines responsables de la prestation de services pour pouvoir présenter leurs rapports d'activité annuels. Ce sentiment faisait écho à celui des employés de Santé Canada, qui ont indiqué que l'examen et l'approbation des rapports entraînaient également un fardeau accru. Pour cette raison, les partenaires du FIST appuyaient le retour vers un modèle de subventions et ont décrit ce changement comme un pas dans la bonne direction.

Les constatations de l'examen indépendant sur le rendement du FIST réalisé en 2017 suggèrent que les partenaires territoriaux considéraient le plafond de financement pour les déplacements comme étant « non réaliste » compte tenu du contexte dans le Nord.⁵⁰ Un examen des rapports d'activité territoriaux indique que le Nunavut peine à respecter le plafond de 10 %, dépassant le budget de déplacement pour le volet sur le bien-être mental de près de 150 000 \$ en 2016-2017, soit environ 18 % du budget territorial annuel du FIST.⁵¹ Le nouveau programme de subventions du FIST a éliminé les plafonds administratifs, y compris ceux pour les déplacements.

Les répondants clés ont également indiqué que le modèle de financement à court terme contribuait aussi à la difficulté d'attirer et de maintenir des ressources humaines. Lorsque les postes sont liés à des accords de financement à court terme, les organismes doivent doter ces postes au moyen de contrats temporaires, sans garantie d'emploi à plus long terme pour le titulaire. Il est donc difficile d'attirer des candidats qualifiés et cette réalité entraîne également des taux élevés de roulement et une dépendance à l'égard d'un effectif transitoire. Les répondants clés appuyaient généralement le retour vers un programme de subventions, mais ont indiqué qu'un financement à plus long terme serait avantageux pour permettre aux partenaires d'entreprendre des activités de planification à long terme, y compris le recrutement et le maintien en poste d'employés qualifiés.

Finalement, les répondants clés des trois territoires ont indiqué que le transport médical continue d'être une dépense nécessaire pour leur gouvernement, mais ont souligné la possibilité d'utiliser à l'avenir le transport médical plus efficacement. Plus particulièrement, il a été suggéré d'utiliser des technologies de santé novatrices, y compris des outils de diagnostic à distance et des services de triage de télésanté. Les technologies de prestation

de services à distance pourraient permettre aux fournisseurs de soins de santé dans le Nord d'avoir accès aux mêmes options de diagnostic et de dépistage que les fournisseurs d'ailleurs au Canada. Ces services pourraient aider les fournisseurs à prendre des décisions quant aux traitements des clients, y compris d'éviter de coûteux déplacements d'urgence (comme des évacuations médicales) pour privilégier des options de traitement précoce.

Sans un accès adéquat à un service de triage pour déterminer la gravité de l'état et le niveau de risque d'un patient, les fournisseurs de soins de santé communautaires doivent se montrer prudents s'ils ne sont pas certains de pouvoir traiter un patient localement. Les technologies de santé novatrices pourraient également accroître la capacité à fournir des services de routine dans la communauté, ce qui pourrait entraîner une augmentation de la demande en transport médical pour accéder à des traitements pour des conditions qui n'auraient pas été dépistées autrement. Il n'est donc pas raisonnable de s'attendre à ce que le besoin en transport médical diminue à court terme.

6.0 Conclusions

6.1 Pertinence

Comme dans d'autres régions circumpolaires, les trois territoires du Canada doivent assumer des coûts de santé plus élevés que la moyenne, mais les résidents de ces territoires ont des résultats plus mauvais dans les indicateurs de la santé. Les coûts accrus sont attribuables à la vaste géographie et aux populations relativement petites des territoires, en plus de la rareté des médecins de soins primaires et de spécialistes. Il faut améliorer l'accès aux services pour la population vivant dans les territoires, particulièrement dans les domaines du bien-être mental, de la gestion des maladies chroniques et de la santé buccodentaire des enfants. Pour relever ce défi, il faut mettre en œuvre des stratégies novatrices qui permettent aux clients d'accéder aux services dont ils ont besoin sur le plan médical.

Le programme du FIST cadre toujours avec les priorités du gouvernement du Canada et contribue au résultat stratégique de Santé Canada consistant à offrir un système de santé qui répond aux besoins des Canadiens. Selon les partenaires des territoires, le programme répond à leurs besoins et ils ont aussi souligné qu'une flexibilité accrue aux termes d'un modèle de subventions leur permettra de mieux cibler le financement aux domaines en ayant le plus besoin.

Bien que les provinces et les territoires soient responsables de la prestation des soins de santé au sein de leur administration, le gouvernement fédéral appuie l'accès équitable et la qualité des soins par l'entremise de transferts de fonds. Le programme du FIST cadre avec ce rôle et complète les autres transferts de fonds versés pour faciliter la prestation de soins dans les territoires. Le FIST cadre également avec le mandat de Santé Canada, qui consiste à assurer la disponibilité de services de santé pour les communautés autochtones et à l'accès à ceux-ci, ainsi qu'avec les responsabilités du Canada aux termes de la LCS.

6.2 Rendement

Le financement du FIST a permis aux gouvernements territoriaux de mettre en œuvre des modifications stratégiques et systémiques qui favorisent une meilleure prestation des services. De plus, les territoires ont été en mesure d'utiliser le financement du FIST pour améliorer les services existants en investissant dans le perfectionnement professionnel et des initiatives liées au bien-être mental, à la gestion des maladies chroniques et à la santé buccodentaire.

Toutefois, les données probantes suggèrent que certaines des activités du FIST progressent lentement en raison des délais de l'attribution des fonds pendant la première année, des difficultés à recruter et à maintenir en poste les employés dans tous les territoires et des priorités changeantes des gouvernements territoriaux et de leurs partenaires clés. Bien que les documents sur le FIST indiquent vouloir diminuer le transport médical sur une période de trois ans, l'évaluation a conclu qu'il ne s'agissait pas d'un objectif réaliste puisque les coûts de transport médical dans les territoires continueront d'augmenter jusqu'à ce que plus d'options de prestation de services à distance soient disponibles.

Bien qu'il soit trop tôt pour mesurer l'incidence sur les résultats de santé des patients, le financement du FIST a contribué à l'amélioration des services liés à des lacunes clés en santé en favorisant la tenue d'activités de perfectionnement professionnel, l'embauche de coordonnateurs de services et la mise en œuvre de projets pilotes utilisant des technologies novatrices.

La récente refonte du FIST pour adopter un modèle de subventions a permis d'accroître le degré d'efficacité et de rentabilité puisque les exigences en matière de rapports établis dans le mécanisme d'accord de contributions du FIST imposaient un fardeau administratif supplémentaire à Santé Canada et aux partenaires territoriaux. Les répondants clés considèrent que les domaines ciblés du bien-être mental, de la gestion des maladies chroniques et de la santé buccodentaire des enfants sont pertinents, mais que le modèle de financement axé sur les maladies limite la capacité des gouvernements territoriaux à attribuer des fonds aux domaines en ayant le plus besoin et de répondre aux priorités changeantes.

En ayant à l'esprit ces leçons tirées, le FIST n'exige plus que les propositions cadrent avec les principales lacunes en santé pour chaque maladie et finance plutôt les projets faisant la promotion d'approches novatrices en matière de ressources humaines de santé et de technologies de la santé. De plus, le *volet pour transport médical* établi dans l'actuel programme de subventions de quatre ans du FIST sera stable afin de prendre en compte le fait que la diminution du degré de dépendance à l'égard du transport médical est un objectif à long terme. À mesure que le FIST continuera d'évoluer, des accords de financement à plus long terme seront considérés pour traiter des taux élevés de roulement de personnel liés aux projets à court terme et pour favoriser une planification stratégique à plus long terme.

Notes de bas de page

- ¹ Santé Canada. (2018), *Performance Information Profile: The Territorial Health Investment Fund*, [document interne : SGDDI #599567].
- ² Gouvernement du Canada. (2013), *Plan d'action économique 2014*. Sur Internet : <https://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf>.
- ³ Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].
- ⁴ Santé Canada. (2018), *Performance Information Profile: The Territorial Health Investment Fund*, [document interne : SGDDI #599567].
- ⁵ Gouvernement du Canada. (2013), *Plan d'action économique 2014*. Sur Internet : <https://www.budget.gc.ca/2014/docs/plan/pdf/budget2014-fra.pdf>.
- ⁶ Santé Canada. (2017), « Détails sur les programmes de paiement de transferts de cinq millions de dollars et plus : Fonds d'investissement-santé pour les territoires (dollars de contribution votés) », *Tableaux de renseignements supplémentaires : Rapport sur les résultats ministériels 2016-2017*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires/page-3-2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires.html#a4>.
- ⁷ Santé Canada. (2017), « Détails sur les programmes de paiement de transferts de cinq millions de dollars et plus : Fonds d'investissement-santé pour les territoires (dollars de contribution votés) », *Tableaux de renseignements supplémentaires : Rapport sur les résultats ministériels 2016-2017*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapports-ministeriels-rendement/2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires/page-3-2016-17-tableaux-renseignements-supplementaires.html#a4>.
- ⁸ Gouvernement du Canada. (2017), « Chapitre 3 – Un Canada fort à l'échelle nationale et internationale », *Bâtir une classe moyenne forte - #Budget2017*, (Ottawa, Ontario : Bibliothèque du Parlement) p. 175. Sur Internet : <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/budget-2017-fr.pdf>.
- ⁹ Santé Canada. (2017), *Santé Canada 2016-2017 Rapport sur les plans et les priorités*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2016-2017-rapport-plans-priorites.html>.
- ¹⁰ Santé Canada. (4 décembre 2016), *Evaluation of the Territorial Health Investment Fund initiative: Scoping Discussion*. [présentation : SGDDI # 601515].
- ¹¹ Young, T. K. et Chatwood, S. (2011), *Healthcare in the North: what Canada can learn from its circumpolar neighbours*, *CMAJ* 183(2), p. 209-214. <https://pdfs.semanticscholar.org/2ea1/db166371ef81b1118a9b07074bb5dcd1a9b8.pdf>.
- ¹² Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].
- ¹³ Statistique Canada. (2017), N° de catalogue de Statistique Canada 98-402-X2016009, Ottawa, publié le 25 octobre 2017. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/abo-aut/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=101&SR=1&S=99&O=A&RPP=25&PR=0&D1=1&D2=1&D3=1&TABID=2>.

- ¹⁴ Young, T. K., Chatwood, S., et Marchildon, G. P. (2016), Healthcare in Canada's North: Are We Getting Value for Money? *Healthcare Policy*, 12(1), 59-70.
- ¹⁵ Young, T. K., Chatwood, S., et Marchildon, G. P. (2016), Healthcare in Canada's North: Are We Getting Value for Money? *Healthcare Policy*, 12(1), 59-70.
- ¹⁶ Young, T. K., Chatwood, S., et Marchildon, G. P. (2016), Healthcare in Canada's North: Are We Getting Value for Money? *Healthcare Policy*, 12(1), 59-70.
- ¹⁷ Young, T. K., Chatwood, S., et Marchildon, G. P. (2016), Healthcare in Canada's North: Are We Getting Value for Money? *Healthcare Policy*, 12(1), 59-70.
- ¹⁸ Conference Board of Canada. (2018), *Les performances du Canada – Suicides*. Sur Internet : <https://www.conferenceboard.ca/hcp/provincial-fr/health-fr/suicide-fr.aspx>.
- ¹⁹ Gouvernement du Nunavut. (2014), *Cancer au Nunavut : 1999-2011*. Sur Internet : https://www.gov.nu.ca/sites/default/files/cancer_report_2013_final.pdf.
- ²⁰ Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (pas de date), *Maladies chroniques*. Sur Internet : <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/services/maladies-chroniques>.
- ²¹ Gouvernement du Yukon. (2015). *Rapport sur la santé au Yukon*. Sur Internet : http://www.yukoncmoh.ca/files/health_status_report_2015.pdf.
- ²² Schroth, R.J., Quinonez, C., Shwart, L. et Wagar, B. (2016), Treating Early Childhood Caries Under General Anesthesia: a National Review of Canadian Data, *J Can Dent Assoc* 82(20), pp. 1-8. http://www.jcda.ca/sites/default/files/g20_0.pdf.
- ²³ Santé Canada, Nunavut Tunngavik Inc., gouvernement du Nunatsiavut, Inuvialuit Regional Corporation et Inuit Tapiriit Kanatami. (2011), *Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits, 2008-2009*. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/promotion/_oral-bucco/oral-inuit-buccal-fra.pdf.
- ²⁴ Santé Canada. (2011), *Rapport de l'Enquête sur la santé buccodentaire des Inuits, 2008-2009*. Sur Internet : http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/promotion/_oral-bucco/oral-inuit-buccal-fra.pdf.
- ²⁵ Inuit Tapiriit Kanatami. (2013), Inuit Oral Health Action Plan 2013. Sur Internet : https://itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_OralHealth_English.pdf.
- ²⁶ Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest – Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015), *Road map to improved oral health*, [document interne].
- ²⁷ Santé Canada. (2017), *Santé Canada 2016-2017 Rapport sur les plans et les priorités*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2016-2017-rapport-plans-priorites.html>.
- ²⁸ Santé Canada. (2017), *Santé Canada 2016-2017 Rapport sur les plans et les priorités*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/transparence/rapports-gestion/rapport-plans-priorites/2016-2017-rapport-plans-priorites.html>.
- ²⁹ Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].

- ³⁰ Gouvernement du Canada. (2012), Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : Mandat, plans et priorités. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/organisation/direction-generale-sante-premieres-nations-inuits/mandat-plans-priorites.html>.
- ³¹ Ministère des Finances. (2011), *Qu'est-ce que le Transfert canadien en matière de santé?* Sur Internet : <https://www.fin.gc.ca/fedprov/cht-fra.asp>.
- ³² Ministère des Finances. (2012), *La formule de financement des territoires*. Sur Internet : <https://www.fin.gc.ca/fedprov/tff-fra.asp>.
- ³³ Gouvernement du Canada. (2018), *Programme des services de santé non assurés (SSNA) – Questions et réponses*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-sante-non-assures/information-prestations/programme-services-sante-non-assures-ssna-questions-reponses-sante-premieres-nations-inuits-sante-canada.html>.
- ³⁴ Gouvernement du Canada. (2016). *Système de soins de santé du Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante-du-canada.html>
- ³⁶ Gouvernement du Canada. (2017), *Renseignements sur le transport pour raison médicale*. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/sante-premieres-nations-inuits/services-sante-non-assures/information-prestations/renseignements-transport-raison-medicale-sante-nations-inuits.html>.
- ³⁷ Gouvernement du Yukon. (2017), *Territorial Stream Annual Activity and Financial Report 2016-17 – Chronic Disease Management (CDM) Project*, juillet 2017, document interne.
- ³⁸ Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2017), *THIF Annual Report 2016-2017 Health Investment Fund Financial and Activity Report*, document interne.
- ³⁹ Inuit Tapiriit Kanatami. (2013), *Inuit Oral Health Action Plan 2013*. Sur Internet : https://itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_OralHealth_English.pdf.
- ⁴⁰ Gouvernement du Nunavut. (2016), *Medical Travel Expenses Annual Activity Report 2015-16*, [document interne, SGDDI 603075].
- ⁴¹ Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].
- ⁴² Santé Canada. (2016), *Presentation to EC: territorial Health Investment Fund – Overview and Options Moving Forward*, 12 septembre 2016, (document interne).
- ⁴³ Gouvernement du Nunavut. (2017), *Territorial Health Investment Funds Annual Activity Report - Nunavut Mental Health Service Capacity Development Project*, document interne.
- ⁴⁴ Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2016), *THIF NWT Annual Activity & Financial Reports 1516*, (rapport annuel : 603111).
- ⁴⁵ Gouvernement du Yukon. (2017), *Territorial Stream Annual Activity and Financial Report 2016-17 – Chronic Disease Management (CDM) Project*, juillet 2017, document interne.
- ⁴⁶ Gouvernement du Nunavut. (2017), *Territorial Health Investment Fund Oral Health Project Annual Activity Report for 2016/17*, document interne.

- ⁴⁷ Gouvernement du Yukon. (2016), *Territorial Health Investment Fund (THIF) - Pan-territorial stream - Yukon Government pilot project*.
- ⁴⁸ Gouvernement du Nunavut – Ministère de la Santé. (2015), *Appendix A: Pan-Territorial Stream Proposal Application - E-Mental Health and Other Innovative Strategies for the Delivery of Mental Health Services In Remote Northern Communities*.
- ⁴⁹ Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].
- ⁵⁰ Hanson & Associates. (2016), *DRAFT: Territorial Health Investment Fund (THIF) Performance Story Highlights*, [document interne : SGDDI #603259].
- ⁵¹ Gouvernement du Nunavut. (2016), *THIF Annual Activity Report - Nunavut Mental Health Service Capacity Development Project - April 1, 2015 to March 30, 2016*, document interne.