



Évaluation du programme de développement des enfants en santé

Projet de rapport final

Mars 2024



Indigenous Services
Canada

Services aux
Autochtones Canada

Canada

Table des matières

Liste des sigles	iv
Résumé.....	v
Contexte.....	v
Portée et méthodologie de l'évaluation	vi
Principales constatations	vi
Recommandations	xii
Réponse et plan d'action de la direction.....	xiii
Réponse de la direction	xiii
Matrice du plan d'action	xv
1.0 Introduction	1
2.0 Vue d'ensemble du programme de développement des enfants en santé	1
2.1 Description des programmes	1
2.2 Objectifs et résultats attendus du programme	3
2.3 Gestion du programme et partenaires clés	3
3.0 Méthodologie d'évaluation	4
3.1 Portée et questions d'évaluation	4
3.2 Conception et méthodes d'évaluation	5
3.3 Limites.....	5
3.4 Mobilisation des Autochtones	7
3.5 Organisation des constatations	7
4.0 Principales constatations : Pertinence.....	8
4.1 Pertinence du programme	8
4.2 Besoins sanitaires et sociaux des Premières Nations.....	9
4.3 Duplication ou chevauchement	12
5.0 Principales constatations : Efficacité	14
5.1 Atteinte des résultats	14
5.2 Lacunes dans les services.....	21
5.4 Interconnectivité des programmes et collaboration	22
5.5 Différences régionales	24
6.0 Principales constatations : Efficience	26
6.1 État d'avancement en ce qui concerne les recommandations de l'évaluation précédente.....	26
6.2 Démonstration d'efficience et d'économie	28

6.3 Capacité à atteindre les objectifs fixés	29
6.4 Mesure du rendement.....	31
7.0 Principales constatations : Sous-programmes.....	33
7.1 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves	33
7.2 Programme de soins de santé maternelle et infantile	35
7.3 Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale.....	36
7.4 Programme canadien de nutrition prénatale	38
8.0 Résumé des pratiques judicieuses et des leçons apprises	39
9.0 Thèmes transversaux	41
9.1 Changements climatiques	41
9.2 Transfert de services	42
9.3 Premières répercussions de la pandémie de COVID-19	43
10.0 Conclusions	45
11.0 Recommandations	47
Annexe A : Enjeux et questions d'évaluation	49
Appendix B: Modèle logique	51
Appendix C: References.....	52

Liste des sigles

CGIPN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
CT	Conseil du Trésor
DES	Développement des enfants en santé
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit
EREEEPN	Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations
ERS	Enquête régionale sur la santé
MRC	Modèle de rapport communautaire
NRF	Nouvelle relation financière (subvention)
PAPAR	Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves
PCNP	Programme canadien de nutrition prénatale
PSSMI	Programme de soins de santé maternelle et infantile
SAC	Services aux Autochtones Canada
TSAF	Troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Résumé

Contexte

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) au sein de SAC finance un ensemble de programmes et de services de DES, qui sont mis en œuvre par les communautés et visent à améliorer les résultats en matière de santé des Premières Nations dans les réserves et des Inuit en ce qui concerne la santé des mères, des nourrissons, des enfants et des familles. Les principales activités dans le cadre des programmes comprennent l'amélioration de la nutrition, la promotion de l'alphabétisation et de l'apprentissage précoces, l'encouragement des activités physiques, la promotion des relations saines ainsi que de la santé émotionnelle et mentale, la prévention des blessures, la réduction des dommages et la promotion de la culture et des langues des Premières Nations et des Inuit. Les secteurs des sous-programmes de DES sont brièvement décrits ci-dessous :

- Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) : l'objectif principal du PSSMI est de promouvoir des grossesses saines et de soutenir les familles comptant des nourrissons et des enfants. Le programme comprend des éléments liés à la gestion de cas, au dépistage, à l'évaluation et à l'aiguillage, ainsi qu'à des stratégies de promotion de la santé visant à améliorer la santé maternelle et infantile et à déterminer les facteurs de risque du diabète gestationnel, de la toxicomanie, des problèmes de santé mentale maternelle et infantile, des retards de développement et de la violence familiale. Les communautés déterminent les aspects du programme qu'elles mettront en œuvre en fonction de leurs besoins spécifiques et des ressources disponibles.
- Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF) : le programme sur les TSAF allie le mentorat, le soutien de coordinateurs communautaires et les activités de renforcement des capacités. Le mentorat par l'intermédiaire de visites à domicile apporte un soutien et permet d'établir des relations de confiance avec les femmes qui présentent un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse; les coordinateurs communautaires travaillent comme gestionnaires de cas pour les enfants atteints de TSAF (par exemple, accès à divers services, notamment de diagnostic), et les activités de renforcement des capacités peuvent comprendre l'éducation, la sensibilisation, la formation et l'inventaire des atouts.
- Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) : le PCNP vise à améliorer l'accès des femmes des communautés des Premières Nations et des Inuit aux conseils, à l'information, aux services et aux ressources en matière de nutrition et de mode de vie. Les activités peuvent inclure l'éducation et le soutien en matière d'allaitement, des possibilités de renforcement des connaissances et des compétences, et l'aiguillage vers d'autres services.
- Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR) : le PAPAR finance des activités qui soutiennent les besoins d'apprentissage et de développement des jeunes enfants, de la naissance jusqu'à l'âge de 6 ans, et de leurs familles vivant dans les communautés des Premières Nations, en se concentrant sur six éléments fondamentaux. L'objectif est de soutenir les stratégies de développement de la petite enfance conçues et contrôlées par les communautés des Premières Nations.

Portée et méthodologie de l'évaluation

L'objectif général de l'évaluation est d'examiner le groupe de programmes de développement des enfants en santé (DES), comme ce qu'indique le plan d'évaluation quinquennal de Services aux Autochtones Canada et conformément à la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor. L'évaluation porte sur la période allant de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2018-2019 afin d'assurer un examen neutre et fondé sur des données probantes concernant la pertinence, l'efficacité et l'efficience des programmes de DES. En outre, dans le cadre de l'évaluation, les facteurs suivants ont été examinés pour déterminer dans quelle mesure ils influencent les programmes de DES offerts, à savoir la pandémie de COVID-19, les changements climatiques et le transfert de services. L'évaluation a porté uniquement sur les communautés des Premières Nations, conformément à la demande de l'Inuit Tapiriit Kanatami, qui souhaitait une évaluation à part fondée sur les distinctions, laquelle sera réalisée à une date ultérieure. Toutes les provinces et tous les territoires ont été inclus dans l'évaluation, à l'exception de la Colombie-Britannique.

L'évaluation s'est appuyée sur une approche méthodologique mixte : une analyse des documents et de la littérature, 23 entrevues avec des informateurs clés du personnel du bureau national et régional de la DGSPNI de SAC, 11 visites en personne dans des communautés mettant en œuvre des programmes financés dans le cadre du programme de DES et 8 groupes de discussion correspondants ou discussions individuelles avec des représentants de la communauté¹, 2 soumissions écrites de représentants des Premières Nations, et une enquête en ligne auprès de 153 personnes travaillant au sein des communautés des Premières Nations ou avec les communautés des Premières Nations.

Principales constatations

Pertinence

L'évaluation a montré que le programme de DES reste pertinent, car il existe un besoin permanent de fournir du soutien en matière de bien-être des enfants et des familles des communautés des Premières Nations et d'investir à cet égard, par l'entremise de programmes pour la petite enfance permettant de combler l'écart dans les résultats en matière de santé et de soutenir une base solide pour le bien-être tout au long de la vie. Les communautés des Premières Nations et la littérature font état d'expériences continues d'inégalités sociales et de santé chez les enfants et les familles, notamment des taux plus élevés de problèmes de nutrition et d'insécurité alimentaire, de maladies chroniques et d'issues plus défavorables de la grossesse. La quasi-totalité (89 %) des représentants des communautés interrogés a déclaré que les programmes étaient constamment nécessaires et que les besoins semblaient avoir augmenté en acuité et en complexité (par exemple, dans le contexte de la pandémie de COVID-19, des pressions inflationnistes, des urgences liées à la drogue, des retards de développement plus fréquents, ainsi que des deuils et des traumatismes).

Le programme se conforme également aux mandats ministériels plus larges visant à favoriser la santé des personnes et des communautés, à améliorer l'accès à des services de haute qualité, à réduire les inégalités en matière de résultats pour ce qui est de la santé et à renforcer le contrôle sur la prestation des programmes et des services. Le programme de DES soutient

¹ Les visites sur le terrain ont été planifiées, dans la mesure du possible, de manière à tenir compte d'un éventail de contextes de mise en œuvre (région, géographie, éloignement, taille de la population, installations et programmes offerts, par exemple).

aussi directement les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (appels à l'action n^{os} 5, 12, 19 et 33).

En outre, l'évaluation a montré que les programmes de DES ne font pas double emploi avec d'autres programmes et services dans les réserves, car ils soutiennent de manière unique la mise en œuvre de programmes communautaires axés sur la grossesse, la santé maternelle et le développement de la petite enfance (c'est-à-dire en relation avec d'autres possibilités de financement). Pour pallier les limites du financement lié au programme de DES, les communautés peuvent faire appel à d'autres sources de financement complémentaires, fédérales et provinciales, pour soutenir des domaines précis (par exemple, infrastructure et activités culturelles) lorsque c'est possible. En outre, les communautés ont indiqué que le programme de DES fonctionne également en collaboration avec d'autres programmes tels que le principe de Jordan et l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuit afin de répondre de manière holistique aux besoins.

Efficacité

Les programmes de développement des enfants en santé contribuent à l'obtention de résultats positifs pour les enfants, les femmes et les familles. Sur le plan individuel, les programmes améliorent les connaissances et les possibilités de renforcement des compétences pour les nouveaux parents et ceux qui attendent un enfant (par exemple, préparation d'aliments pour bébés, aptitudes culinaires, sécurité et développement des nourrissons, compétences parentales), améliorent l'accès en ce qui concerne les besoins essentiels (par exemple, bons d'épicerie, paniers alimentaires, aide au transport, fournitures pour nourrissons), renforcent la résilience et une identité culturelle positive, et revitalisent les familles et les aident à renouer avec les pratiques et les traditions culturelles. De manière plus générale, les programmes contribuent également au développement de relations et de réseaux entre les enfants, les dispensateurs de soins, les familles, le personnel et les organisations. L'augmentation des investissements dans certains secteurs de programme par l'entremise du budget de 2017 a favorisé l'amélioration de l'accès aux programmes et de leur qualité, mais comme cette situation s'est produite vers la fin de la période d'évaluation, on n'en connaît pas encore complètement les retombées.

Les personnes interrogées, que ce soit au sein de SAC ou des communautés, ont parlé de la complémentarité et de la collaboration qui existent à l'échelle des programmes de DES et au-delà. Ainsi le personnel dans la communauté peut jouer plusieurs rôles dans le cadre des programmes (par exemple, un membre du personnel peut effectuer des visites à domicile à la fois dans le cadre du PSSMI et dans le cadre du programme sur les TSAF) et collaborer avec d'autres membres du personnel pour mener des activités conjointement. En particulier, le PCNP, le programme sur les TSAF et le PSSMI ont souvent été présentés comme un programme combiné en raison de leur étroite harmonisation sur les plans de la portée et du mandat. Les efforts de collaboration entre les différents secteurs de programme présentent plusieurs avantages, notamment celui de permettre une prestation de services plus holistique et de créer un cercle de soins permettant l'intégration des enfants et des familles dans un réseau de soutien plus large. En ce qui concerne la communication et la collaboration entre SAC et les communautés, plusieurs représentants des communautés ont fait part d'un intérêt pour une communication et un engagement plus directs avec le personnel régional de SAC, notamment par le partage d'informations et de ressources, l'offre d'un soutien technique et la rencontre avec les représentants lors de visites en personne dans les communautés.

Bien que les communautés ayant participé à l'évaluation aient présenté des activités et des services communautaires novateurs, l'évaluation a révélé un défi global limitant les retombées des programmes, à savoir le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé et du bien-être que subissent de nombreux enfants, familles et communautés des Premières Nations, notamment les aliments et la nutrition, des logements et des infrastructures communautaires adéquats, ainsi que l'emploi. Par conséquent, le financement des programmes pourrait être principalement destiné à répondre aux besoins fondamentaux et immédiats des enfants et des familles. Parmi les autres obstacles aux retombées signalés par les représentants des communautés, on peut citer l'augmentation des coûts et des pressions démographiques alors que les financements stagnent, l'incapacité à recruter et à conserver une main-d'œuvre qualifiée, le manque de capacité à répondre aux besoins plus spécialisés ou plus aigus des enfants et des familles, et l'absence d'installations adéquates pour la mise en œuvre des programmes. Entre autres occasions d'accroître les retombées du programme, toutes les communautés ont fait part du souhait d'un plus grand partage des connaissances (compte rendu et communication des pratiques prometteuses et des leçons apprises, par exemple).

L'évaluation a permis de relever deux principales lacunes dans les services, à savoir le manque d'accès universel aux programmes et les lacunes dans les services destinés aux jeunes. Les informateurs clés et les rapports des partenaires ont relevé le manque d'accès universel aux programmes de DES dans toutes les communautés des Premières Nations comme étant une lacune majeure dans la prestation des services. Par conséquent, les enfants et les familles des Premières Nations n'ont pas tous le même accès aux services qui sont généralement considérés comme étant essentiels pour promouvoir un développement sain, prévenir les mauvais résultats et assurer une intervention pendant les années déterminantes pour favoriser une trajectoire positive. En outre, l'accès aux programmes de prévention pour les enfants de plus de 6 ans a été jugé insuffisant, ce qui peut être imputable à une combinaison de facteurs, notamment une utilisation ancrée de vieux paramètres du programme (selon lesquels les services n'étaient offerts que jusqu'à l'âge de 6 ans) et le manque de connaissances concernant les mises à jour des modalités et conditions du programme, ainsi qu'un financement insuffisant, qui limitent la capacité des communautés à offrir des programmes élargis.

Efficience

À la suite des recommandations formulées dans le cadre de l'évaluation précédente, la DGSPNI de SAC a pris diverses mesures pour améliorer le rendement du programme, notamment la mise en place de structures de partenariat dans toutes les régions, l'élaboration de cadres de programme, l'élaboration d'un modèle de calcul des coûts actualisé, la mise à jour des normes relatives aux programmes et la révision des mesures de rendement des programmes. Toutefois, des lacunes subsistent. En particulier, le manque d'accès universel aux programmes et les lacunes actuelles en matière de financement demeurent problématiques. En outre, les informateurs clés ont noté que la stratégie de mesure du rendement dans le cadre du programme continue de se heurter à des difficultés en ce qui concerne la démonstration des retombées. Comme l'autodétermination en matière de prestation de services et la rationalisation des rapports demeurent une priorité, il est nécessaire de continuer à envisager une approche de la production de rapports qui informe sur l'efficacité du programme et correspond aux priorités des Premières Nations en matière de collecte de données et d'indicateurs.

Sur le plan interne, les structures de gestion, les ressources humaines et les systèmes financiers sont adaptés à l'obtention de résultats. Grâce à l'accent mis par la DGSPNI sur la régionalisation, les bureaux régionaux de SAC disposent d'un large éventail de structures de gestion et d'approches opérationnelles correspondant aux priorités et aux fonctions locales.

Citant fréquemment le mandat ministériel pour le transfert des services, le personnel de SAC n'a généralement pas perçu de besoin de ressources humaines supplémentaires pour soutenir les opérations. Toutefois, comme les communautés concluent des ententes plus souples et exercent un contrôle accru sur les services, certaines questions ont été soulevées concernant la capacité du personnel régional à fournir un soutien technique et administratif aux communautés (par exemple, la planification de la transition et l'élaboration de programmes).

Par-dessus tout, le défi le plus souvent signalé par les représentants des communautés et le personnel national et régional de SAC est l'insuffisance du financement, qui a des répercussions sur la capacité des communautés à fournir des programmes efficaces, à faire parvenir l'aide nécessaire à tous les groupes visés, à recruter et à conserver un personnel qualifié, et à élaborer une planification à long terme. Par exemple, moins de 30 % des répondants à l'enquête sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le financement lié au programme de DES est suffisant, flexible et opportun. Bien que les communautés déploient tous les efforts possibles pour veiller à maximiser le financement dans le cadre des programmes, il a été noté de manière constante que des fonds supplémentaires sont nécessaires pour concrétiser les retombées de ces programmes.

Constatations liées aux sous-programmes

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves

L'évaluation a montré que le PAPAR fonctionne selon une approche holistique pour soutenir le développement de l'enfant, ce qui comprend l'intégration d'activités axées sur la culture et la langue des Nations, l'apprentissage par le jeu, la promotion de la santé, l'accès à des aliments nutritifs et la mise à contribution des parents et des Aînés. Parmi les principales réalisations dans le cadre du PAPAR décrites par les représentants des communautés, citons le renforcement du lien avec la culture et d'une identité positive, l'amélioration de la maturité scolaire, le développement de relations de confiance avec les enfants et les familles, et l'atteinte des étapes émotionnelles et développementales. Les retombées positives du PAPAR ont également été signalées dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) et l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEPN).

Bien que le PAPAR ait manifestement contribué à des résultats positifs pour les enfants et les familles, plusieurs défis ont également été relevés en ce qui concerne la mise en œuvre efficace du programme. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête et au sein de la communauté ont souvent fait part de problèmes d'infrastructures et d'installations en raison d'un manque d'espace, d'un accès extérieur inadéquat ou dangereux, d'installations vétustes, et de réparations et rénovations qui tardent. En outre, le financement n'a pas augmenté ou n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique et de l'évolution des besoins et des priorités.

Programme de soins de santé maternelle et infantile

Le PSSMI constitue un lien important entre les femmes, les familles et le réseau plus large de soutien et de services. Les travailleurs dans le cadre du PSSMI collaborent souvent avec d'autres programmes et membres du personnel (par exemple, le programme sur les TSAF, le PCNP, des diététistes, du personnel infirmier en santé communautaire et d'autres services) pour soutenir les familles et les enfants par l'entremise d'un cercle de soins. Cependant, les besoins croissants et plus complexes au sein de la communauté, associés à la croissance démographique et à un financement limité, semblent dépasser la capacité du programme. Avec des ressources supplémentaires, les représentants des communautés ont fait part d'un intérêt pour l'accès à une formation adaptée à la culture afin d'assurer une éducation et une

sensibilisation aux pratiques traditionnelles d'accouchement et d'éducation des enfants. En outre, certaines personnes ont indiqué qu'une mise à jour de la formation à la sécurité pour les visites à domicile était nécessaire pour aider les clients présentant une consommation complexe de substances.

Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)

En raison d'un financement limité, les communautés ont souvent indiqué qu'elles mettaient en œuvre le programme sur les TSAF par l'intermédiaire d'événements ponctuels (par exemple, une journée de sensibilisation et une foire de la santé), en mettant principalement l'accent sur l'éducation et la sensibilisation. D'après l'enquête et les visites sur le terrain dans les communautés, le programme sur les TSAF semble avoir le plus de succès dans l'établissement de relations de confiance avec les personnes qui présentent un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse; les représentants étaient moins d'accord sur le fait que le programme renforce les capacités de gestion, de traitement et de prévention des TSAF, ou qu'il soutient la gestion de cas. En particulier, la gestion des cas et l'accès limité aux services de diagnostic ont été signalés comme des obstacles empêchant de répondre efficacement aux besoins des personnes atteintes de TSAF et des personnes présentant un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse. Un autre facteur nuisant à la prestation du programme, comme l'ont noté le personnel de SAC et les représentants des communautés, est la stigmatisation persistante associée aux TSAF et au fait de révéler la consommation d'alcool. En particulier, un parent pourrait éviter d'accéder aux services et au soutien par crainte de l'intervention des services de protection de l'enfance. En conséquence, les communautés ont déclaré avoir eu recours à diverses stratégies, notamment la modification du nom du programme pour qu'il soit davantage axé sur les points forts (par exemple, programme de « bien-être »), ainsi que l'insistance sur la résilience et l'établissement d'objectifs.

Programme canadien de nutrition prénatale

Le personnel chargé de la prestation du PCNP a fait état d'activités telles que des cours prénataux, des groupes de soutien à l'allaitement, des cours de cuisine, la préparation d'aliments pour nourrissons et la distribution de bons alimentaires. Les représentants dans les communautés ont indiqué que le PCNP réussit le mieux à accroître l'accès aux conseils en matière de nutrition et de mode de vie et à améliorer l'alimentation des femmes des communautés des Premières Nations pendant la grossesse et l'allaitement.

L'un des principaux défis signalés par le personnel régional et les répondants à l'enquête ainsi que dans le cadre des échanges avec les communautés est l'augmentation du coût des denrées alimentaires et l'absence d'augmentation des investissements dans les programmes, ce qui a considérablement limité la portée des programmes offerts. De ce fait, un membre du personnel peut être responsable du PCNP ainsi que de plusieurs autres programmes et services. L'augmentation des coûts a également eu des répercussions sur l'ensemble des communautés, ce qui a mené à des taux plus élevés au chapitre de l'insécurité alimentaire et une demande accrue pour le programme.

Pratiques judicieuses

La riche diversité des modes de connaissance et d'existence, des pratiques culturelles et traditionnelles, des histoires et des contextes géographiques et économiques des Premières Nations vient rappeler : 1) l'absence d'une « pratique exemplaire » unique dans la prestation des programmes, et 2) la pertinence du contrôle exercé par les Premières Nations sur la conception et la mise en œuvre du programme de DES. L'évaluation a permis de recueillir des pratiques et des principes généraux soulignés par les représentants des

communautés, notamment la consultation régulière des membres des communautés pour concevoir des programmes conformes aux priorités, la mise en place d'activités et de cours axés sur les terres, la collaboration avec d'autres partenaires de programme (dans le cadre du PSSMI, du programme sur les TSAF et du PCNP, par exemple) pour mettre en commun les ressources et assurer des interventions plus complètes, l'ancrage des programmes dans la culture, la langue ainsi que les visions du monde et l'identité des Premières Nations, la mise en place d'activités de groupe, et la mise à contribution des Aînés dans le cadre des programmes.

Changements climatiques

De façon générale, les répondants n'ont pas indiqué que les changements climatiques avaient eu des répercussions directes ou significatives sur les programmes. Ainsi, environ la moitié des répondants à l'enquête (54 %) ont déclaré être neutres quant aux répercussions des changements climatiques sur la prestation des programmes, 17 % sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les changements climatiques ont eu des répercussions sur les programmes de DES, et 25 % ne sont pas d'accord ou ne sont pas du tout d'accord (n=153 au total).

Cela étant dit, les effets des changements climatiques touchent particulièrement les communautés rurales et éloignées ou isolées à différents chapitres, notamment la réduction des fenêtres d'accès aux matériels et aux provisions en raison du raccourcissement de la saison des routes de glace, l'interruption de l'apprentissage axé sur les terres en raison des avis sur la qualité de l'air et de la chaleur extrême, la perturbation des régimes migratoires des animaux et la réduction de l'accès aux aliments traditionnels, sans compter l'inadéquation des infrastructures pour faire face aux événements météorologiques extrêmes.

Transfert de services

Les répondants au sein de SAC et des communautés ont fait état de certains progrès en ce qui concerne le transfert du contrôle des services, comme l'indique une tendance progressive et générale des communautés à adopter des ententes plus souples et la mise en place de tables rondes de partenariat et de structures de gestion conjointe pour favoriser la prise de décisions par les Premières Nations.

Un examen de la littérature générale et des discussions qualitatives ont mis en évidence plusieurs occasions d'amélioration du transfert de services. Notamment, l'accès au développement, à la formation et au mentorat de la main-d'œuvre, la planification appropriée de la transition avec SAC et l'accès aux soutiens administratifs et techniques figurent parmi les facteurs susceptibles d'améliorer l'état de préparation et la capacité de transfert du contrôle. En outre, l'accès à un financement suffisant et à long terme est un élément essentiel pour soutenir la planification, le renforcement des capacités, le recrutement et le maintien en poste d'un personnel qualifié.

Répercussions de la pandémie de COVID-19

L'évaluation a montré que la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions considérables sur les programmes de DES et, dans de nombreux cas, a exacerbé les besoins au sein de la communauté. En ce qui concerne la prestation des programmes, le personnel régional et les communautés ont indiqué que les programmes n'étaient pas opérationnels ou que leur portée était fortement limitée en raison de divers facteurs, notamment les restrictions en matière de santé publique, la réaffectation du personnel pour répondre à d'autres priorités (par exemple, la sécurité, les vaccinations, le dépistage), les défis liés au personnel (par exemple, l'épuisement professionnel et la conservation de l'effectif), ainsi que les mauvaises infrastructures technologiques et de connectivité. Plusieurs communautés ont déclaré avoir opté pour des

services virtuels dans la mesure du possible, ce qui s'est révélé être une pratique prometteuse en matière de prestation de services. En fin de compte, la pandémie de COVID-19 a rappelé l'importance d'aider les Nations à exercer un contrôle sur les programmes et les services afin que ceux-ci répondent au mieux à leurs besoins et à leurs priorités.

En outre, l'évaluation a montré que la pandémie de COVID-19 a créé un effet domino sur le bien-être des communautés. Bon nombre de membres du personnel dans les communautés, de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête et de membres du personnel régional ont évoqué des défis nouveaux ou émergents liés au stress, à l'isolement, au deuil et à la perte d'un être cher, ainsi qu'à la précarité économique. Les répercussions de la pandémie sur les enfants, en particulier, sont très préoccupantes selon le personnel et nécessitent des ressources plus importantes pour y remédier efficacement.

Recommandations

Compte tenu des constatations dans ce rapport d'évaluation, il est recommandé que SAC fasse ce qui suit :

1. Déterminer les mécanismes permettant d'améliorer l'accès au programme, notamment en améliorant la compréhension des besoins du programme et en identifiant les possibilités de partenariat et d'autres mécanismes permettant d'accroître et de maintenir les ressources du programme.
2. Identifier les possibilités et les mécanismes concrets permettant de soutenir l'échange des connaissances au sein du personnel DES et des sous-programmes, afin de favoriser le renforcement des capacités et de faciliter la diffusion des bonnes pratiques et des leçons tirées de l'expérience.
3. À l'échelle régionale, accroître les efforts de partenariat et d'établissement de relations avec les collectivités (parmi celles qui le souhaitent) par une communication régulière, l'échange d'informations et l'établissement de relations afin de soutenir une mise en œuvre efficace des programmes, de déterminer conjointement les solutions/possibilités et de renforcer les capacités des collectivités.
4. Avec les partenaires des Premières Nations, étudier les possibilités de réviser et d'innover en matière d'approches de mesure du rendement, fondées sur des sources de données appropriées, afin d'améliorer l'évaluation de l'incidence du programme et de s'aligner sur les approches des Premières Nations, tout en maintenant l'accent sur la réduction de la charge de travail liée à la production de rapports.

Réponse et plan d'action de la direction

Titre du projet : Évaluation du programme Développement des enfants en santé

Réponse de la direction

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit de Services aux Autochtones Canada (DGSPNI-SAC) reconnaît et accepte les recommandations formulées dans le rapport d'évaluation du programme Développement des enfants en santé (DES) de la Direction de l'évaluation de Services aux Autochtones Canada.

Pour ce qui est de toutes les recommandations, la DGSPNI-SAC reconnaît l'importance d'une mesure engagée et dévouée en faveur de l'autodétermination des peuples autochtones et du transfert des services. La DGSPNI-SAC appuie les Premières Nations afin qu'elles influent sur les programmes et les services de santé qui les touchent, qu'elles les gèrent et les contrôlent davantage, et qu'elles améliorent l'accès à des services de santé de qualité. Tout en appuyant ces changements, la DGSPNI-SAC continue de collaborer avec les partenaires et les collectivités des Premières Nations en vue de favoriser leurs priorités, par exemple, en appuyant la formation et les efforts de renforcement des capacités dans les régions et en facilitant l'accès ou les liens aux services, aux soutiens et aux ressources du programme Développement des enfants en santé. La DGSPNI-SAC reconnaît que la diversité des modes de connaissance et d'existence, des pratiques culturelles et traditionnelles et des pratiques géographiques et économiques des Premières Nations signifie qu'il n'existe pas de « pratique exemplaire » unique pour les programmes de prestation, et qu'il est essentiel que les Premières Nations contrôlent la conception et la mise en œuvre des programmes DES.

Nous travaillerons avec nos partenaires pour examiner les possibilités de financement durable en intégrant les pratiques traditionnelles et le transfert de connaissances des pratiques exemplaires. La DGSPNI-SAC s'est engagée à participer à des discussions avec les partenaires des Premières Nations, y compris l'Assemblée des Premières Nations, afin de déterminer la voie à suivre collectivement pour aborder ces enjeux.

La DGSPNI-SAC reconnaît qu'il est difficile d'illustrer le rendement des programmes DES en raison de la disponibilité limitée des données sur l'incidence des programmes, due à des lacunes persistantes dans les approches de gestion du rendement utilisées au sein du ministère. La résolution des problèmes liés aux données est une question transversale et interconnectée, et constitue une priorité pour l'ensemble du ministère. Par conséquent, bien que la DGSPNI-SAC soit d'accord avec la recommandation n° 4, nous souhaitons souligner qu'un programme individuel ne détient qu'une partie des leviers pour mettre en œuvre cette recommandation, et que nous sommes impatients de tirer parti des efforts déployés à l'échelle du ministère pour mieux répondre aux besoins du programme en matière de données. Il convient également de noter que certains aspects de la recommandation ont déjà été mis en œuvre. Depuis l'achèvement de cette évaluation, plusieurs changements ont été apportés ou sont en cours en ce qui concerne les rapports. Pour l'exercice 2024-2025, à la demande des

collectivités et de l'Assemblée des Premières Nations, le modèle de rapport communautaire (MRC) a été éliminé en tant qu'instrument de collecte de données (ICD) ministériel. Le programme Développement des enfants en santé disposera plutôt d'un ICD autonome, propre au programme, reflété dans le Guide de présentation de rapports 2024-2025 de SAC et dans le Système de gestion de l'information des subventions et contributions (SGISC). En outre, dans le cadre de l'Initiative de transformation de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA), la DGSPNI-SAC collabore avec l'Assemblée des Premières Nations, Emploi et Développement social Canada et d'autres ministères à l'élaboration conjointe d'un cadre de résultats de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones, un processus qui complétera et éclairera nos efforts pour explorer les possibilités de réviser et d'innover dans les approches de mesure du rendement au sein du programme afin d'améliorer l'évaluation de l'incidence de ce dernier.

Il convient de noter que cette évaluation vise la période des exercices 2013-2014 à 2018-2019. La collecte de données a eu lieu bien après cette période et après le pic de la pandémie de la COVID-19, alors que de nombreux programmes et services Développement des enfants en santé ont été réduits ou suspendus et que les bénéficiaires et les collectivités ont détourné des ressources pour répondre aux besoins essentiels liés à la pandémie. En outre, en 2017, le gouvernement du Canada a commencé à investir de manière importante dans les programmes et l'infrastructure de l'AGJEA, ce qui améliorera l'accès au programme grâce à des investissements soutenus, dont les effets seront saisis lors de la prochaine évaluation.

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

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

Assurance

Le plan d'action comporte des mesures pertinentes et réalistes qui permettront de suivre les recommandations de l'évaluation, ainsi qu'un calendrier pour le début et l'achèvement de ces mesures.

Matrice du plan d'action

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Contexte et justification de la mesure
1. Déterminer les mécanismes permettant d'améliorer l'accès au programme, notamment en améliorant la compréhension des besoins du programme et en identifiant les possibilités de partenariat et d'autres mécanismes permettant d'accroître et de maintenir les ressources du programme.	Nous sommes d'accord .	Directeur général responsable des enfants, des jeunes et des familles en santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)	<i>Date de début :</i> Avril 2024	Statut : ☐ Entièrement mise en œuvre ☐ Partiellement mise en œuvre Mise en œuvre non entamée ☐ Obsolète Mise à jour ou justification : À partir de : <i>(Insérer la mise à jour ici)</i>
	Pour appuyer cette recommandation, le programme Développement des enfants en santé exécutera les mesures suivantes : Mesure 1.1 : Déterminer si l'Assemblée des Premières Nations et d'autres partenaires des Premières Nations sont intéressés par une réunion pour discuter des priorités et des besoins liés au développement sain des enfants dans les collectivités (T1, 2024-2025). Mesure 1.2 : Rencontrer l'Assemblée des Premières Nations ou d'autres partenaires intéressés des Premières Nations pour discuter de ces priorités (T2-T3, 2024-2025). Mesure 1.3 : À la suite des mesures 1.1 et 1.2, discuter avec les responsables régionaux, d'autres secteurs de SAC (p. ex. l'éducation) et d'autres ministères fédéraux (p. ex. Emploi et Développement social Canada [EDSC], l'Agence de la santé publique du Canada [ASPC]) afin d'explorer les possibilités d'accroître le soutien aux programmes et aux services Développement des enfants en santé. (T2-T3, 2024-2025). Mesure 1.4 : En s'appuyant sur les résultats des mesures 1.1 à 1.3, collaborer avec le Dirigeant principal des données pour améliorer la prévision de la demande de programmes, afin d'éclairer les mécanismes de recherche de financements supplémentaires et de gestion plus efficace des financements existants, pour mieux soutenir la capacité de la collectivité à fournir des services de Développement des enfants en santé. (T3-T4, 2024-2025) Mesure 1.5 : Élaborer et rendre compte des mécanismes potentiels pour un financement plus souple et durable. (T3-T4, 2024-2025).		<i>Date d'achèvement :</i> 31 mars 2025 1.1 <i>Juin 2024</i> 1.2 <i>Décembre 2024</i> 1.3 <i>Décembre 2024</i> 1.4 <i>Mars 2025</i> 1.5 <i>Mars 2025</i>	

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Contexte et justification de la mesure
2. Identifier les possibilités et les mécanismes concrets permettant de soutenir l'échange des connaissances au sein du personnel DES et des sous-programmes, afin de favoriser le renforcement des capacités et de faciliter la diffusion des bonnes pratiques et des leçons tirées de l'expérience.	Mesure 2.1 : Le personnel de l'administration centrale et des régions de la DGSPNI-SAC se réunira virtuellement pour discuter et identifier les mécanismes de soutien à la communication régulière et à l'échange des connaissances. (T1, 2024-2025). Mesure 2.2 : Sélectionner et mettre en œuvre les possibilités et les mécanismes décrits à la mesure 2.1 (T3-T4, 2024-2025). Mesure 2.3 : Rapport sur l'efficacité des mécanismes sélectionnés après un an (T3-T4, 2025-2026).	Directeur général responsable des enfants, des jeunes et des familles en santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC)	<i>Date de début :</i> Avril 2024 <i>Date d'achèvement :</i> Mars 2026 2.1 Juin 2024 2.2 Mars 2025 2.3 Mars 2026	Statut : ☐ Entièrement mise en œuvre ☐ Partiellement mise en œuvre Mise en œuvre non entamée ☐ Obsolète Mise à jour ou justification : À partir de : (Insérer la mise à jour ici)
3. À l'échelle régionale, accroître les efforts de partenariat et d'établissement de relations avec les collectivités (parmi celles qui le souhaitent) par une communication régulière, l'échange d'informations et l'établissement de relations afin de soutenir une mise en œuvre efficace des programmes, de déterminer conjointement les solutions/possibilités et de renforcer les capacités des collectivités.	Nous sommes d'accord. La DGSPNI reconnaît l'importance des partenariats et des relations dans la prestation efficace des programmes et reconnaît les données d'évaluation (c.-à-d. la conclusion 8) qui suggèrent que certaines collectivités cherchent à établir des relations plus étroites avec SAC. Tout en reconnaissant les bonnes relations de travail qui existent déjà entre SAC et les collectivités dans de nombreux cas, il convient également de noter qu'il y a toujours place à l'amélioration et que des efforts supplémentaires de renforcement des relations ont déjà eu lieu depuis la fin de la période évaluée. En outre, la volonté et la capacité des collectivités à collaborer avec les régions peuvent varier d'une région à l'autre, et il est difficile de déterminer des mesures pouvant être mises en œuvre dans toutes les régions compte tenu de cette diversité. Cette diversité pose également des problèmes lorsqu'il s'agit d'établir une mesure de référence simple de la qualité des relations des régions avec les collectivités et de suivre les progrès accomplis.	Directeur général responsable des enfants, des jeunes et des familles en santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada (SAC) Sous-ministre adjoint, Opérations régionales, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), Services aux Autochtones Canada	<i>Date de début :</i> Avril 2024 <i>Date d'achèvement :</i> 31 mars 2025 3.1 Septembre 2024 3.2 Décembre 2024 3.3 Mars 2025	Statut : ☐ Entièrement mise en œuvre ☐ Partiellement mise en œuvre Mise en œuvre non entamée ☐ Obsolète Mise à jour ou justification : À partir de : (Insérer la mise à jour ici)

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Contexte et justification de la mesure
	Dans ce contexte, nous pouvons nous engager à explorer différents mécanismes ou possibilités pour développer davantage les relations afin de soutenir une mise en œuvre efficace des programmes. Mesure 3.1 : L'administration centrale développera des options avec les régions pour différents mécanismes permettant de mobiliser les collectivités, d'établir des liens et d'échanger l'information, y compris des approches de communication potentielles qui bénéficieraient aux collectivités sans ajouter à la fatigue de l'engagement. (T1-T2, 2024-2025). Mesure 3.2 : Les régions inviteront les collectivités à se mobiliser par l'intermédiaire des mécanismes déterminés et exploreront avec les collectivités participantes les moyens pratiques de continuer à demander une rétroaction sur la satisfaction des collectivités quant à leurs relations avec SAC (T3, 2024-2025). Mesure 3.3 : Avec l'aide des régions, l'administration centrale établira un rapport sur le nombre de collectivités qui répondent aux efforts de sensibilisation et d'établissement de relations, sur les considérations liées à l'établissement d'une base de référence et sur le soutien apporté aux régions pour élaborer des plans visant à accroître et à soutenir l'échange des connaissances au sein du personnel DES (T4, 2024-25).			
4. Avec les partenaires des Premières Nations, étudier les possibilités de réviser et d'innover en matière d'approches de mesure du rendement, fondées sur des sources de données appropriées, afin d'améliorer l'évaluation de	Nous sommes d'accord. La DGSPNI-SAC reconnaît la nécessité d'adopter des approches de mesure du rendement fondées sur des sources de données appropriées qui permettent d'évaluer l'incidence des programmes sans alourdir la charge de travail liée aux rapports. Depuis la fin de la période évaluée, la DGSPNI-SAC a pris des mesures qui contribuent à la mise en œuvre de cette recommandation, et d'autres activités	Directeur général responsable des enfants, des jeunes et des familles en santé, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI), Services aux	<i>Date de début :</i> Mars 2024 <i>Date d'achèvement :</i> Décembre 2024 4.1 Achevé 4.2 Décembre 2024	Statut : ☐ Entièrement mise en œuvre ☐ Partiellement mise en œuvre Mise en œuvre non entamée ☐ Obsolète

Recommandations	Mesures	Gestionnaire responsable (titre et secteur)	Dates de début et d'achèvement prévues	Contexte et justification de la mesure
l'incidence du programme et de s'aligner sur les approches des Premières Nations, tout en maintenant l'accent sur la réduction de la charge de travail liée à la production de rapports.	connexes ou de synthèse sont à venir. En 2023, des changements ont été apportés aux instruments de collecte de données du programme DES et sont en cours de mise en œuvre pour l'exercice financier 2024-2025. En outre, la DGSPNI-SAC explorera les possibilités de réviser et d'innover en matière d'approches de mesure du rendement de l'apprentissage et la garde des jeunes enfants autochtones par l'intermédiaire du processus d'élaboration conjointe d'un cadre de résultats de l'AGJEA. Mesure 4.1 : Éliminer le modèle de rapport communautaire (MRC) et introduire un nouvel instrument de collecte de données propre au programme Développement des enfants en santé (achevé et mis en œuvre pour l'exercice financier 2024-2025). Mesure 4.2 : La DGSPNI-SAC examinera les résultats à ce jour du cadre de résultats de l'apprentissage et de la garde des jeunes enfants autochtones qui sera élaboré conjointement avec l'APN, EDSC et d'autres ministères afin de déterminer si des aspects du cadre peuvent être adoptés pour réviser et innover dans les approches de mesure du rendement au sein du programme afin d'améliorer l'évaluation de l'incidence du programme. Les résultats de l'examen seront résumés dans un rapport (T4 2025-2026).	Autochtones Canada (SAC)		Mise à jour ou justification : À partir de : <i>(Insérer la mise à jour ici)</i>

1.0 Introduction

L'objectif général de l'évaluation était d'examiner le groupe de programmes de développement des enfants en santé (DES), comme ce qu'indique le plan d'évaluation quinquennal de Services aux Autochtones Canada (SAC) et conformément à la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor (CT). Les quatre secteurs de programme abordés dans le cadre de l'évaluation sont les suivants : Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR), Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), Programme de soins de santé maternelle et infantile (PSSMI) et Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP). L'évaluation porte sur les exercices allant de 2013-2014 à 2018-2019 et tient également compte des répercussions de la pandémie de COVID-19. Le financement total alloué au programme de DES (y compris les sous-programmes et les domaines d'action) de 2013-2014 à 2018-2019 s'élevait à environ 535 799 374 \$.

2.0 Vue d'ensemble du programme de développement des enfants en santé

2.1 Description des programmes

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) au sein de SAC finance un ensemble de programmes et de services de DES, qui sont mis en œuvre par les communautés et visent à améliorer les résultats en matière de santé des Premières Nations dans les réserves et des Inuit en ce qui concerne la santé des mères, des nourrissons, des enfants et des familles. Les activités comprennent l'amélioration de la nutrition, la promotion de l'alphabétisation et de l'apprentissage précoces, l'encouragement des activités physiques, la promotion des relations saines ainsi que de la santé émotionnelle et mentale, la prévention des blessures, la réduction des dommages et la promotion de la culture des Premières Nations et des Inuit.

Les domaines des sous-programmes inclus dans l'évaluation sont décrits ci-dessous.

Programme de soins de santé maternelle et infantile

Le PSSMI est un programme national qui est mis en œuvre dans la communauté et s'appuie sur d'autres programmes communautaires. L'objectif principal est de promouvoir des grossesses saines pour les femmes des Premières Nations vivant dans les réserves, ainsi que pour les femmes inuites. En outre, le programme apporte un soutien aux familles ayant des enfants de 6 ans et moins, y compris des nourrissons. Le PSSMI comprend des éléments liés à la gestion de cas, au dépistage, à l'évaluation et à l'aiguillage, ainsi qu'à des stratégies de promotion de la santé visant à améliorer la santé maternelle et infantile et à déterminer les facteurs de risque du diabète gestationnel, de la toxicomanie, des problèmes de santé mentale maternelle et infantile, des retards de développement qui peuvent nuire au développement des enfants, et de la violence familiale. Ce programme fournit également du soutien pour résoudre les problèmes relevés par la famille. Le programme vise à faire parvenir l'aide nécessaire aux femmes enceintes et aux nouveaux parents grâce à des visites à domicile effectuées par du personnel infirmier de la communauté et des visiteurs à domicile expérimentés. L'intégration de la culture dans les soins est un aspect essentiel du programme. Les communautés déterminent les aspects du programme qu'elles mettront en œuvre en fonction de leurs besoins spécifiques et des ressources disponibles. Les objectifs du programme sont les suivants : améliorer la coordination des services pour les clients vivant dans les réserves, favoriser un plus grand contrôle des Premières Nations sur la planification et la prestation des services dans les

communautés, et accroître les possibilités de formation adaptée à la culture et pertinente sur le plan culturel pour les prestataires de services dans le cadre du PSSMI.

Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)

Le programme sur les TSAF comprend le mentorat, le soutien de coordinateurs communautaires et le renforcement des capacités. Grâce au mentorat, les visiteurs à domicile établissent des relations de confiance avec les femmes présentant un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse. Les mentors apportent un soutien continu et à long terme, notamment en aidant les femmes à se fixer des objectifs et à accéder à des services. Les coordinateurs communautaires jouent le rôle de gestionnaires de cas pour les enfants atteints de TSAF, notamment en facilitant l'accès au diagnostic et en aidant les familles à entrer en contact avec les services recommandés afin de mettre en place les interventions appropriées. Enfin, les activités de renforcement des capacités peuvent inclure l'éducation, la formation, la sensibilisation et l'utilisation d'outils d'inventaire des atouts pour élaborer des plans d'action communautaires. À partir de 2017, afin d'accroître la portée du programme, certaines régions ont intégré des aspects du programme sur les TSAF à leurs services de visites à domicile dans le cadre du PSSMI.

Programme canadien de nutrition prénatale

Le volet relatif aux Premières Nations et aux Inuit du PCNP aide à répondre aux besoins des femmes enceintes aux prises avec des difficultés qui mettent en péril leur santé et celle de leurs nourrissons.

Les objectifs du PCNP sont les suivants :

- accroître l'accès aux conseils, à l'information, aux services et aux ressources en matière de nutrition et de mode de vie pour les femmes des communautés des Premières Nations et des Inuit admissibles, en particulier celles qui sont exposées à un risque élevé;
- améliorer la qualité de l'alimentation des femmes des communautés des Premières Nations et des Inuit pendant la grossesse et l'allaitement, et accroître l'accès aux vitamines prénatales, aux aliments et aux bons alimentaires;
- augmenter les taux d'éducation, de soutien et d'initiation en matière d'allaitement et de durée de l'allaitement;
- accroître les possibilités de développement des connaissances et des compétences des personnes participant au programme, notamment une formation à la préparation des aliments et l'éducation et le soutien en matière de soins au nourrisson et de développement infantile;
- accroître le nombre de nourrissons nourris avec des aliments adaptés à leur âge au cours des 12 premiers mois;
- améliorer l'accessibilité des renvois à d'autres organismes et services.

Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves

Le PAPAR finance des activités qui soutiennent les besoins d'apprentissage et de développement des jeunes enfants et de leurs familles vivant dans les communautés des Premières Nations. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves s'articule autour de six éléments fondamentaux, à savoir la culture et la langue, l'éducation, la nutrition, le soutien social, l'implication des parents et la promotion de la santé. L'objectif est de soutenir les stratégies de développement de la petite enfance conçues et contrôlées par les communautés des Premières Nations. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves a le pouvoir, en vertu des modalités et conditions révisées liées au programme de

DES, de fournir des services aux enfants des Premières Nations jusqu'à l'âge de 6 ans et à leurs familles vivant dans les réserves et hors réserve.

2.2 Objectifs et résultats attendus du programme

L'objectif du programme de DES est de s'attaquer aux risques plus importants et de remédier aux résultats moins favorables en matière de santé auxquels font face les nourrissons, les enfants et les familles des communautés des Premières Nations et des Inuit. Le modèle logique pour le programme de DES se trouve à l'annexe B. Les paragraphes ci-après décrivent les résultats et les objectifs immédiats, intermédiaires et finaux du programme.

Résultats immédiats

- i. *Une main-d'œuvre qualifiée est en place pour fournir les services et les programmes de DES.*
- ii. *Les Premières Nations et les Inuit ont accès aux services et aux programmes de DES.*

Résultats intermédiaires

- i. *Les Premières Nations et les Inuit adoptent des comportements sains.*

Résultat final

- i. *Les membres des Premières Nations et des Inuit et leurs communautés sont en meilleure santé.*

2.3 Gestion du programme et partenaires clés

Gestion du programme

Le personnel de la DGSPNI au bureau national dans la région de la capitale nationale a dirigé l'élaboration des politiques stratégiques et la planification des programmes à l'appui du programme de DES, en collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les partenaires au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit. Les principales responsabilités du bureau national comprennent la conception du cadre du programme, l'allocation des fonds du programme à l'échelle nationale, le suivi du programme à l'échelle nationale, la collecte et l'analyse des données, la production de rapports et l'évaluation, la formulation de conseils et, s'il y a lieu, de lignes directrices sur la prestation du programme, et la collaboration avec les partenaires au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit afin d'assurer une mise en œuvre efficace du programme de DES. Le bureau national peut également mettre en place et gérer des modalités de financement pour les partenaires et intervenants nationaux.

Les bureaux régionaux de la DGSPNI jouent un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit d'aider les communautés à exécuter les programmes en travaillant avec les partenaires au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit à l'échelle locale et régionale. Ils doivent par ailleurs gérer les ententes de financement, surveiller le rendement des programmes et regrouper l'information. À l'exception de la région du Nord, les régions soutiennent également les communautés dans l'exécution des programmes.

La région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux et les gouvernements autonomes des Premières Nations au Yukon et dans certaines communautés des Territoires du Nord-Ouest. Au Nunavut et dans le reste des Territoires du

Nord-Ouest, la région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux pour négocier les ententes de financement des programmes de santé. Chaque territoire verse des fonds aux communautés et à des organismes tels que les conseils de bande des Premières Nations, les autorités sanitaires, les associations inuites et les organismes bénévoles et à but non lucratif. Les programmes s'adressent à l'ensemble de la population de chaque territoire, et pas seulement aux Premières Nations et aux Inuit. Ainsi, le programme de DES dans le Nord dispose de modèles de rapport uniques utilisés pour recueillir des informations liées à la mesure du rendement.

Les communautés ou les conseils tribaux sont financés au moyen d'ententes de financement pour appuyer la mise en œuvre et la prestation du programme de DES. Le soutien aux communautés ou aux conseils tribaux comprend le renforcement de leurs capacités internes par l'embauche et la gestion du personnel responsable des programmes communautaires, la fourniture d'espace de bureau et de ressources de programme au personnel, et la collaboration avec les bureaux régionaux afin de former le personnel local.

Partenaires du programme

Pour soutenir la prestation du programme et des services, le programme de DES collabore avec un certain nombre de partenaires et parties prenantes, y compris dans le cadre de partenariats solides à l'échelle régionale avec des programmes et des services provinciaux qui sont intégrés dans les programmes de la DGSPNI. Par exemple, le programme de DES collabore avec :

- d'autres secteurs de services et programmes de la DGSPNI;
- les régions de la DGSPNI;
- d'autres ministères fédéraux, comme Santé Canada, Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada, et Emploi et Développement social Canada;
- des représentants des provinces;
- des partenaires et organisations autochtones aux échelles nationale et régionale.

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

3.0 Méthodologie d'évaluation

3.1 Portée et questions d'évaluation

L'objectif de l'évaluation était d'examiner la pertinence (maintien des besoins et des responsabilités), ainsi que le rendement en matière d'efficacité, d'efficience et d'économie, des programmes de développement des enfants en santé qui font partie du programme de DES, en mettant en lumière l'interconnectivité entre les programmes. L'évaluation a également pris en compte les pratiques prometteuses et les enseignements tirés pour permettre de déterminer les programmes à venir, et a attiré l'attention sur la pandémie de COVID-19, le transfert de services et les changements climatiques en tant que domaines thématiques clés. Les questions d'évaluation figurent à l'annexe A.

L'évaluation porte sur la période allant de l'exercice 2013-2014 à l'exercice 2018-2019 et doit servir de rapport fondé sur des données probantes pour mieux éclairer la prise de décisions en vue d'améliorer les politiques et les programmes, conformément à la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor. Elle a été menée en tenant compte de l'analyse comparative entre les sexes plus (ACS Plus) et de l'engagement du gouvernement fédéral envers la vérité et la réconciliation avec les peuples autochtones. Plus précisément, le programme a été examiné dans le contexte des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) en matière de protection de l'enfance, d'éducation, de santé et de justice.

Comme il a été indiqué précédemment, l'évaluation porte sur les programmes suivants : PSSMI, programme sur les TSAF, PCNP et PAPAR.

Toutes les provinces et tous les territoires ont été inclus dans l'évaluation, à l'exception de la Colombie-Britannique en raison de l'*Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé par les Premières Nations*. En outre, l'évaluation s'est concentrée sur les contextes des Premières Nations uniquement, étant donné qu'une évaluation fondée sur les distinctions des programmes destinés aux Inuit sera menée séparément.

3.2 Conception et méthodes d'évaluation

L'évaluation a été menée par la Direction de l'évaluation de SAC en collaboration avec Ference & Company Consulting Ltd., un cabinet-conseil externe. Elle s'est appuyée sur une méthode mixte comprenant les sources de données suivantes :

- Analyse de documents et de la littérature
- Entrevues avec des informateurs clés :
 - 23 entrevues avec des informateurs clés membres du personnel du bureau nation et des bureaux régionaux de la DGSPNI de SAC
 - Observations écrites de deux représentants des Premières Nations (chef, organisation régionale)
- 11 visites en personne dans des communautés mettant en œuvre des programmes dont le financement est lié au DES et représentant divers contextes (région, géographie et éloignement, taille de la population, installations, programmes offerts) :
 - 8 discussions de groupe ou individuelles avec les directeurs de la santé des Premières Nations, les coordinateurs de programmes et le personnel chargé de la mise en œuvre des programmes
- Enquête en ligne :
 - 153 réponses à l'enquête ont été recueillies auprès de représentants des Premières Nations qui mettent en œuvre des programmes de DES partout au Canada (à l'exclusion de la Colombie-Britannique) L'enquête a été principalement remplie par les directeurs de la santé, le personnel responsable des programmes et des travailleurs de la santé communautaire, ainsi que par des praticiens (diététistes, travailleurs sociaux, etc.).

3.3 Limites

Le tableau ci-dessous décrit les limites rencontrées au cours de l'évaluation et les stratégies d'atténuation correspondantes utilisées par l'équipe d'évaluation pour garantir la qualité des données et la fiabilité des constatations.

Tableau 1. Limites et stratégies d'atténuation

<u>Limite</u>	<u>Stratégie d'atténuation</u>
Les données disponibles sur le rendement des programmes étaient limitées pour ce qui est de l'évaluation de l'atteinte des résultats et les considérations propres à la population (ACS Plus). Cette situation s'explique par la nature des données communiquées (essentiellement basées sur les résultats), par la diversité des exigences en matière de rapports (en fonction du type d'entente, de la région) et par les efforts croissants visant à assouplir les exigences imposées aux communautés en matière de rapports.	L'évaluation des retombées du programme (y compris l'attention portée à l'ACS Plus) a été réalisée par l'intermédiaire d'une collecte de données brutes (dans le cadre d'entrevues et de visites sur le terrain dans les communautés), et une triangulation a été effectuée avec les données sur le rendement du programme dans la mesure du possible. En outre, l'évaluation s'est appuyée sur les résultats d'enquêtes menées au niveau de la population lorsqu'ils étaient disponibles (c'est-à-dire l'Enquête régionale sur la santé du CGIPN) afin de saisir les changements survenus sur le plan des principaux résultats.
L'échantillon de communautés des Premières Nations ayant fait l'objet de visites sur le terrain ne représente qu'un très faible pourcentage de l'ensemble des communautés des Premières Nations au Canada. Par conséquent, les données qui en ressortent ne peuvent pas être généralisées pour représenter toutes les Premières Nations qui mettent en œuvre les programmes. En outre, les communautés qui ont une plus grande capacité ont peut-être été plus enclines à accepter de participer aux visites.	La sélection de l'échantillon de communautés tient compte de contextes variés, notamment la taille de la population, la géographie et l'éloignement, les installations disponibles et les types de programmes mis en œuvre. De plus, l'inclusion d'une enquête en ligne visait à élargir les possibilités de retour d'information aux communautés de l'ensemble du Canada.
L'évaluation a subi des retards importants en raison de la pandémie de COVID-19. Par conséquent, les participants à l'évaluation ont été invités à fournir des commentaires rétrospectifs sur le contexte du programme avant les événements importants (c'est-à-dire la pandémie de COVID-19) et certains changements apportés au programme (c'est-à-dire entre les exercices 2013-2014 et 2018-2019). Il y a un risque que les participants parlent par inadvertance du contexte actuel. En outre, les connaissances sur le contexte et la mise en œuvre du programme antérieurement étaient limitées dans certains cas en raison des changements de personnel.	Dans toutes les invitations, les participants potentiels ont été informés du calendrier de l'évaluation, lequel leur a été rappelé lors de toutes les entrevues.
Le taux de participation à l'enquête diffère considérablement d'une région à l'autre, avec une participation plus élevée en Alberta, en Saskatchewan et en Ontario, et une participation nettement plus faible dans les régions du Nord et de l'Atlantique.	Pour stimuler la participation, le personnel des bureaux régionaux de la DGSPNI de SAC dans chaque région a été informé à deux moments différents du nombre total de réponses obtenues dans leur région et a été encouragé à transmettre des rappels de suivi en conséquence. En outre, les résultats de l'enquête ont été triangulés avec d'autres sources de données (consultations régionales) afin d'évaluer la cohérence dans la mesure du possible.

3.4 Mobilisation des Autochtones

En ce qui concerne la mobilisation des Autochtones, l'évaluation s'est appuyée sur le protocole de consultation de la DGSPNI de SAC, qui prévoit que les organisations autochtones nationales (dans ce cas, l'Assemblée des Premières Nations) examinent les documents d'évaluation et formulent des commentaires ou des suggestions sur la méthodologie d'évaluation et les questions à poser. Les constatations préliminaires ont également été communiquées à l'APN aux fins d'examen, de validation et de rétroaction avant l'élaboration du rapport final.

De plus, les bureaux régionaux de la DGSPNI de SAC ont fait appel à des partenaires autochtones régionaux (groupes de partenaires sur la santé et conseils tribaux, par exemple) de façon moins formelle pour obtenir des commentaires supplémentaires sur la sélection des communautés et la méthodologie d'évaluation, dont ils ont ensuite fait part à l'équipe d'évaluation.

3.5 Organisation des constatations

La section ci-dessous présente les principales constatations dans le cadre de l'évaluation, lesquelles sont classées par thème. Afin de réduire la redondance et de favoriser un récit cohérent, certaines questions d'évaluation ont été intégrées et regroupées pour se concentrer sur un thème général.

En premier lieu, les sous-programmes de DES ont été considérés de manière holistique et ont fait l'objet d'un rapport global. Ceci étant dit, les constatations 14 à 17 sont axées sur le rendement individuel des sous-programmes.

4.0 Principales constatations : Pertinence

4.1 Pertinence du programme

Constatation 1 : Le programme de DES est pertinent, car il existe un besoin permanent de soutenir le bien-être des enfants et des familles des communautés des Premières Nations et d'investir à cet égard par l'intermédiaire de programmes pour la petite enfance. Le programme s'inscrit également dans le cadre de mandats ministériels plus larges visant à favoriser la santé des personnes et des communautés et à réduire les inégalités, et s'arrime directement aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR).

Les constatations tirées de toutes les sources de données indiquent que le financement du programme de DES reste pertinent pour les besoins des Premières Nations, car la gamme d'activités proposées favorise l'accès à de nombreux déterminants du bien-être des nourrissons, des enfants, des mères et des familles. Par exemple, les programmes communautaires présentés dans l'évaluation ont été conçus pour renforcer les liens avec les pratiques et les activités culturelles, développer l'autonomie fonctionnelle (par exemple, l'éducation des enfants, la cuisine, l'épicerie et l'établissement d'un budget), améliorer l'accès aux aliments nutritifs et aux fournitures pour nourrissons, favoriser l'apprentissage en groupe (par exemple, les groupes d'allaitement et les groupes de parents), et promouvoir les liens avec l'ensemble de la communauté et le réseau de soutien. Selon un rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, il est essentiel d'investir dans des programmes de développement de la petite enfance de qualité, comme les programmes en question, pour combler l'écart entre les résultats en matière de santé des populations autochtones et ceux des populations non autochtones, car ces programmes fournissent une base solide pour un développement sain au profit des enfants tout au long de leur vie. En outre, le rapport note qu'il est prioritaire d'accorder une attention particulière au développement de la petite enfance, car les peuples autochtones font partie du segment de la population canadienne le plus jeune et dont la croissance est la plus rapide. Les enfants autochtones continuent d'être victimes d'inégalités en matière de résultats pour la santé et de résultats sociaux en raison de la colonisation (voir 4.2), et la croissance démographique a dépassé les modèles de financement actuels². Les représentants des communautés ont fait écho à ce constat en déterminant que les programmes d'intervention précoce et de prévention qui soutiennent les familles des communautés des Premières Nations, ainsi que les enfants dès les premières années de leur vie, sont une priorité constante.

Le programme de DES s'harmonise également avec les mandats et les priorités ministériels de SAC. Plus précisément, le programme de DES soutient les résultats ministériels de SAC dans le secteur de service de la santé dans le cadre ministériel des résultats pour l'exercice 2023-2024 : « Les peuples autochtones sont en bonne santé physique »; « Les peuples autochtones sont en bonne santé mentale »; et « Les peuples autochtones ont accès à des services de santé de qualité financés par le gouvernement fédéral »³. En outre, le programme de DES soutient les mandats généraux de SAC qui consistent à accroître l'accès à des services de haute qualité, à améliorer le bien-être et à aider les peuples autochtones à prendre le contrôle

² Halseth, R. et Greenwood, M. *Le développement des jeunes enfants autochtones au Canada : état actuel des connaissances et orientations futures*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.cnsa.ca/docs/health/RPT-ECD-PHAC-Greenwood-Halseth-FR.pdf>, 2019.

³ SAC. Services aux Autochtones Canada : Plan ministériel 2023-2024. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1666289629121/1666289645507>, 2023.

de la prestation des services⁴. À titre d'exemple, la lettre de mandat du ministre des Services aux Autochtones en 2017 signée par le premier ministre indique que l'une des principales priorités est « l'adoption d'une approche holistique en matière de prestation de services qui soit axée sur la prévention, la préservation et le bien-être de la famille, et le bien-être des communautés »⁵.

Les annonces du budget fédéral au cours de la période d'évaluation indiquent une attention croissante accordée à la santé des nourrissons, des enfants, des mères et des familles des Premières Nations. Le budget de 2018 reconnaît que parmi les importants écarts en matière de santé entre les peuples autochtones et non autochtones, il faut noter que « les taux de mortalité infantile chez les enfants des Premières Nations et des Inuit sont jusqu'à trois fois plus élevés », ce qui peut être réduit en fournissant un accès à « des soins de santé de qualité près de chez soi »⁶. Le budget de 2017 a également mis l'accent sur l'amélioration des résultats en matière de santé des Premières Nations en investissant 828 millions de dollars sur cinq ans pour améliorer et élargir les programmes, y compris les services de santé maternelle et infantile (PSSMI, TSAF) dans les communautés des Premières Nations et des Inuit. Par ailleurs, le budget de 2017 a annoncé des investissements dans le développement d'un cadre national Apprentissage et garde des jeunes enfants autochtones (AGJEA) fondé sur les distinctions, à hauteur de 1,7 milliard de dollars sur une période de dix ans (2018-2028)⁷.

Les investissements dans les programmes et les aides destinées aux enfants et aux familles des communautés des Premières Nations s'arriment aux appels à l'action de la CVR en vue de remédier aux inégalités et d'améliorer les résultats. Parmi les nombreuses actions recommandées, la CVR a demandé au gouvernement fédéral d'élaborer conjointement des programmes d'éducation parentale adaptés à la culture (appel à l'action n° 5), des programmes de prévention sur les TSAF (appel à l'action n° 33) et des programmes d'éducation de la petite enfance (appel à l'action n° 12), et de fixer des objectifs mesurables pour déterminer et combler les lacunes en matière de résultats pour la santé, y compris la mortalité infantile, la santé maternelle, la santé infantile et la santé des enfants (appel à l'action n° 19)⁸.

4.2 Besoins sanitaires et sociaux des Premières Nations

Constatation 2 : Les communautés des Premières Nations et la recherche en général font état d'expériences continues d'inégalités sociales et de santé chez les enfants et les familles, notamment en matière de nutrition et d'insécurité alimentaire, de maladies chroniques et d'issues de la grossesse, qui sont plus défavorables. La quasi-totalité (89 %) des représentants des communautés interrogés a déclaré qu'il existait un besoin permanent de programmes et que les besoins semblaient avoir augmenté en acuité et en complexité.

Les communautés des Premières Nations mettent en œuvre des programmes de DES dans des contextes très variés (géographie, taille de la population, capacités) et en fonction des priorités et des besoins déterminés. Les paragraphes ci-dessous décrivent les besoins les plus fréquemment évoqués, mais il est important de reconnaître que les communautés sont très

⁴ SAC. Services aux Autochtones Canada : Plan stratégique 2020 à 2025. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1580929468793/1580929551018>, 2020.

⁵ Cabinet du premier ministre. Lettre de mandat du ministre des Services aux Autochtones. <https://www.pm.gc.ca/fr/lettres-de-mandat/2017/10/04/archivee-lettre-de-mandat-du-ministre-des-services-aux-autochtones>, 2017.

⁶ Ministère des Finances du Canada. Budget de 2018 – Égalité + croissance : une classe moyenne forte. Ottawa, 2018.

⁷ Ministère des Finances du Canada. Budget de 2017 – Chapitre 3 – Un Canada fort à l'échelle nationale et internationale. Ottawa, 2017.

⁸ Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf, 2015.

diversifiées et que bon nombre d'enfants et de familles des Premières Nations sont en bonne santé. Les résultats moins favorables des indicateurs de santé chez certains enfants et certaines familles doivent également être replacés dans des contextes sociaux, politiques, économiques et historiques plus larges, qui continuent d'avoir des répercussions sur les enfants, les femmes et les familles, car les politiques coloniales ont eu pour effet, au fil des générations, de déplacer et de perturber les structures familiales.

Dans l'ensemble, les constatations de la littérature indiquent que dans certains cas, les nourrissons, les enfants, les femmes et les familles des communautés des Premières Nations continuent de présenter des résultats en matière de santé plus défavorables, lesquels sont mesurés par des indicateurs tels que l'accès à la nutrition et l'insécurité alimentaire, les maladies chroniques et les issues de la grossesse⁹. Les sections ci-dessous décrivent les principales constatations de la littérature.

Nutrition et sécurité alimentaire

L'accès à des aliments riches en nutriments, y compris par l'intermédiaire des systèmes alimentaires traditionnels, a des effets bénéfiques importants sur la santé et le bien-être des enfants et des familles. Cependant, de nombreux enfants et familles des Premières Nations n'ont pas accès à des aliments nutritifs en raison de facteurs interdépendants, notamment la géographie et l'éloignement, la perturbation de l'environnement et la perte d'accès aux systèmes alimentaires traditionnels, et la pauvreté¹⁰. Selon l'Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations (EANEPN), la prévalence de l'insécurité alimentaire est élevée (48 %) dans les communautés des Premières Nations, le taux dans l'ensemble des régions étant de 3 à 5 fois plus élevé par rapport à la population générale (12 %), selon les estimations. Le taux d'insécurité alimentaire s'est également révélé particulièrement élevé dans les communautés isolées, ce qui peut s'expliquer par un accès plus difficile à des aliments abordables et nutritifs par rapport aux zones urbaines¹¹. De même, la phase 3 de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) a révélé que le taux d'insécurité alimentaire a légèrement diminué depuis la phase 2, comme en témoigne le fait que 43 % des ménages ayant des enfants sont classés comme étant en situation d'insécurité alimentaire¹².

Maladies chroniques

Le rapport relatif à la phase 3 de l'ERS indique que les Premières Nations continuent d'être touchées de manière disproportionnée par les maladies chroniques et les facteurs de risque connexes (notamment le diabète, l'arthrite, l'hypertension artérielle, les allergies et les maux de dos chroniques) tout au long de leur vie. L'expérience inéquitable relative aux maladies chroniques doit être ancrée dans le contexte plus large de la colonisation et des générations de politiques coloniales, qui ont conduit à la dépossession environnementale et à la dégradation des terres, à des logements surpeuplés et insalubres, à l'exposition à des contaminants

⁹ Halseth, R. et Greenwood, M. *Le développement des jeunes enfants autochtones au Canada : état actuel des connaissances et orientations futures*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/docs/health/RPT-ECD-PHAC-Greenwood-Halseth-FR.pdf>, 2019.

¹⁰ Earle, L. *Régime alimentaire traditionnel et santé chez les Autochtones*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=44>, 2011.

¹¹ Assemblée des Premières Nations, Université d'Ottawa, Université de Montréal. *Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations – Résumé des conclusions et des recommandations pour huit régions de l'Assemblée des Premières Nations 2008-2018*. https://www.fnfnes.ca/docs/EANEPN_Re%CC%81sume%CC%81_20_oct_2021_FINAL.pdf, 2021.

¹² Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two*. (Ottawa: 2018). Publication : juillet 2018.

environnementaux et à une piètre qualité de l'eau potable, à un accès insuffisant aux services de santé et de diagnostic, à l'arrachement à la communauté, à la terre, à la langue et à la culture, ainsi qu'à l'isolement géographique. D'après la phase 3 de l'ERS, une proportion considérablement plus élevée de femmes des communautés des Premières Nations (46,5 %) ont déclaré des comorbidités par rapport aux hommes des communautés des Premières Nations (36,4 %), ce qui correspond aux résultats de la phase 2 de l'ERS portant à croire que les femmes continuent d'être exposées à un risque plus élevé. En outre, près de trente pour cent (28,5 %) de tous les enfants ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'une ou de plusieurs maladies chroniques (le plus souvent des allergies, de l'asthme, des difficultés d'élocution ou de langage, une dermatite ou de l'eczéma, et des infections chroniques de l'oreille). Le taux de diabète de type 2 demeure également préoccupant dans certains groupes des Premières Nations, en particulier les femmes, les enfants et les jeunes¹³.

Issues de la grossesse et santé du nourrisson

Certaines femmes des communautés des Premières Nations peuvent avoir de la difficulté à accéder à des soins prénataux et des soins de maternité appropriés en raison de facteurs comme la géographie et l'éloignement, le racisme systémique et le manque de sécurité culturelle, sans compter les obstacles attribuables aux divisions administratives entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux en ce qui concerne les soins. Le manque d'accès à des soins de qualité et respectueux ainsi que les inégalités socio-économiques peuvent accroître le risque d'issues défavorables pour les femmes et les nourrissons. Bien qu'il y ait des lacunes dans les données sur les issues de la grossesse, les recherches disponibles indiquent que les indicateurs tels que la mortalité infantile, les naissances prématurées et le poids à la naissance semblent être moins bons chez les Premières Nations¹⁴. Un rapport de Statistique Canada (cohorte de naissances du Recensement, 2004-2006) estime que le taux de mortalité infantile est plus de deux fois plus élevé chez les Premières Nations, les Inuit et les Métis par rapport aux personnes non autochtones. De plus, le taux de syndrome de mort subite du nourrisson pourrait être plus de sept fois plus élevé chez les Premières Nations et les Inuit¹⁵.

Perception des besoins par les communautés

La quasi-totalité (89 %) des représentants des communautés qui ont répondu à l'enquête sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'il y a un besoin continu des programmes de DES dans leur communauté; 8 % sont neutres, 1 % ne sont pas du tout d'accord et 1 % ont répondu qu'ils ne savaient pas (n=153). Sur le plan qualitatif, les contributeurs à l'évaluation ont décrit un large éventail de besoins observés chez les enfants et les familles. Il s'agit notamment d'aider les familles à subvenir à leurs besoins fondamentaux (par exemple, accès à des aliments abordables et appropriés, préparations pour nourrissons, activités et fournitures pour enfants), de renforcer les compétences et les connaissances des parents et des dispensateurs de soins, de soutenir la prévention et les interventions auprès des enfants et des dispensateurs de soins aux prises avec des difficultés (par exemple, consommation de substances, environnements de

¹³ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two*. (Ottawa: 2018). Publication : juillet 2018.

¹⁴ Halseth, R. et Greenwood, M. *Le développement des jeunes enfants autochtones au Canada : état actuel des connaissances et orientations futures*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/docs/health/RPT-ECD-PHAC-Greenwood-Halseth-FR.pdf>, 2019.

¹⁵ Statistique Canada. *Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis*. Rapports sur la santé. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017011/article/54886-fra.htm>, 2017.

vie précaires, manque de systèmes de soutien), et de relier et revitaliser les pratiques fondées sur la langue et la culture.

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et d'autres défis parallèles, notamment les pressions inflationnistes, les urgences liées à la drogue, et le deuil et le traumatisme causés par la découverte de tombes anonymes, les besoins auraient augmenté en acuité et en complexité pour certaines Premières Nations. On rapporte ainsi une insécurité alimentaire et une pauvreté accrues, des retards de développement plus répandus chez les enfants, et une consommation de substances plus complexe (par exemple, la consommation d'opioïdes et de méthamphétamines).

4.3 Duplication ou chevauchement

Constatation 3 : En raison de leur objectif unique de soutenir la santé maternelle et le développement infantile, les programmes de DES ne font pas double emploi avec d'autres programmes et services dans les réserves. Les communautés peuvent obtenir des fonds par l'intermédiaire de sources de financement complémentaires (par exemple, d'autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux) dans le but d'améliorer les programmes en cours et de remédier au sous-financement.

L'évaluation a montré que les programmes de DES ne font pas double emploi avec d'autres programmes et services, car ils soutiennent de manière unique la conception et la mise en œuvre de programmes communautaires de santé maternelle et de santé pendant la grossesse ainsi que de programmes de développement de la petite enfance dans les réserves.

Au cours de la période d'évaluation, quatre ministères fédéraux (y compris SAC) ont principalement pris part à l'élaboration de programmes et de politiques pour les enfants et les familles autochtones :

- l'Agence de la santé publique du Canada fournit des fonds pour les enfants et les familles hors réserve, notamment dans le cadre du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques, du Programme d'action communautaire pour les enfants, du Programme canadien de nutrition prénatale et du Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale;
- Emploi et Développement social Canada finance l'Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les Inuit;
- l'ancien ministère Affaires Autochtones et Développement du Nord Canada offrait des programmes de garde d'enfants à certaines Premières Nations vivant dans des réserves (Ontario, Alberta).

En outre, certains informateurs clés ont mentionné qu'Infrastructure Canada et Patrimoine canadien étaient pertinents pour les programmes de DES, car ils peuvent contribuer à répondre aux besoins des communautés en matière d'infrastructures et à renforcer les activités culturelles respectivement.

Un rapport du Forum des politiques publiques du Canada note que l'existence de plusieurs ministères responsables du financement peut alourdir le fardeau des bénéficiaires autochtones en raison du temps nécessaire pour obtenir un financement auprès de chaque ministère, pour s'y retrouver dans le cadre des ententes multiples et pour satisfaire aux différentes exigences en matière de production de rapports. De plus, les différences entre les modèles de financement et les modalités et conditions d'un ministère à l'autre peuvent limiter la mise en

commun des ressources pour assurer la mise en œuvre de programmes améliorés¹⁶. Bien que cet aspect n'entre pas dans le cadre de l'évaluation, certains informateurs clés en ont fait part, notamment en ce qui concerne l'initiative d'AGJEA et le risque d'imposer un fardeau administratif aux communautés qui gèrent les ententes de financement avec EDSC et SAC.

À l'échelle provinciale, certains services complémentaires ont été relevés. Par exemple, au Manitoba, le programme Bébés en santé permet aux femmes admissibles vivant dans les réserves d'accéder à des fonds pour la nutrition prénatale, et en Ontario, les communautés peuvent mettre en commun des fonds dans le cadre du programme Bébés en santé, enfants en santé. La mesure dans laquelle les enfants et les familles peuvent avoir accès à des services provinciaux complémentaires n'a pas été déterminée, bien qu'il ait été noté dans le rapport que les familles des communautés des Premières Nations peuvent se voir refuser l'accès aux services provinciaux adjacents aux réserves en raison de conflits de compétence¹⁷.

D'après l'enquête communautaire et les visites sur le terrain dans les communautés, peu de personnes interrogées ont déclaré qu'il y avait des doubles emplois ou des chevauchements entre le programme de DES et les autres programmes au sein de la communauté. À titre d'exemple, 18 % des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le programme de DES fait double emploi avec d'autres programmes, 37 % sont neutres et 35 % ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord (n=153 au total). Lors des entrevues, les représentants au sein de SAC et des communautés ont souvent indiqué que le financement lié au programme de DES était à lui seul insuffisant; pour atténuer ce problème, les communautés peuvent compléter le financement de SAC grâce à d'autres sources (financement provincial, financement d'autres ministères fédéraux, dons, etc.) et améliorer les programmes à l'aide du principe de Jordan.

¹⁶ Forum des politiques publiques du Canada. *Formation de leaders : Développement de la petite enfance dans les communautés autochtones*. Rapport final. <https://ppforum.ca/fr/publications/formation-de-leaders-developpement-de-la-petite-enfance-dans-les-communaut-es-autochtones/>, 2015.

¹⁷ *Ibid.*

5.0 Principales constatations : Efficacité

5.1 Atteinte des résultats

Résultat immédiat n° 1 : Une main-d'œuvre qualifiée est en place pour fournir les services et les programmes de DES.

Constatation 4 : Des efforts accrus ont été déployés pour soutenir la formation et le développement de la main-d'œuvre déterminés par la communauté tout au long de la période d'évaluation. Toutefois, le recrutement et la conservation d'une main-d'œuvre qualifiée constituent un défi considérable pour assurer une mise en œuvre efficace des programmes.

Selon le profil d'information sur le rendement de 2018, un modèle annuel peut être distribué aux bureaux régionaux pour collecter des données sur les indicateurs liés à la formation (c'est-à-dire le nombre de travailleurs qui ont reçu une formation). Cependant, les données n'étaient pas disponibles au moment de l'évaluation pour évaluer quantitativement ce résultat.

Sur le plan qualitatif, les informateurs clés ont dressé un portrait évolutif des aides à la formation et au développement de la main-d'œuvre. Au cours des premières années de l'évaluation, une formation pertinente était principalement dispensée par les bureaux régionaux de la DGSPNI aux travailleurs des communautés, conformément aux mandats des programmes. Cela dit, conformément aux efforts stratégiques visant à soutenir la prise de décisions locale en matière de prestation des programmes, le financement destiné à la formation a été en grande partie réorienté vers les communautés. Les membres du personnel régional et dans les communautés ont fait part de plusieurs moyens d'accéder à la formation, entre autres par l'entremise des collèges et universités de la région (formation des visiteurs à domicile, formation des éducateurs de la petite enfance, etc.), des conférences et des partenaires régionaux des Premières Nations en matière de prestation de services. Le degré d'adéquation du financement pour accéder à une formation n'est pas clair, bien que plusieurs considérations liées au perfectionnement de la main-d'œuvre aient été relevées.

Plus important encore, la conservation d'une main-d'œuvre qualifiée est un défi permanent d'après les témoignages, car les communautés ne sont pas toujours en mesure de recruter du personnel qualifié en raison des faibles salaires, et des membres du personnel quittent leurs fonctions pour des postes mieux rémunérés, par exemple dans des services équivalents financés par la province, après avoir reçu une formation. Environ la moitié des représentants des communautés interrogés ont indiqué qu'il n'y avait pas assez de personnel qualifié pour mettre en œuvre les programmes de DES (45 % ne sont pas d'accord ou ne sont pas du tout d'accord) et que le roulement du personnel posait des problèmes pour la mise en œuvre des programmes (51 % ne sont pas d'accord ou ne sont pas du tout d'accord)¹⁸. Ces défis semblent particulièrement évidents pour les communautés éloignées et isolées, car le personnel est souvent tenu de proposer de multiples programmes et services aux familles, malgré un accès limité à une formation et à un soutien appropriés. La qualité des programmes et l'accès aux

¹⁸ 31 % des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'il y a suffisamment de personnel qualifié pour mettre en œuvre les programmes, 19 % sont neutres, 45 % ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord, et 6 % ont répondu qu'elles ne savaient pas (n=141).

39 % des personnes interrogées sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le roulement de personnel ne cause pas de difficultés, 21 % sont neutres, 51 % ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord, et 4 % ont répondu qu'elles ne savaient pas (n=141).

programmes peuvent s'en trouver limités, car les compétences et les capacités du personnel ne correspondent pas nécessairement aux besoins des communautés.

La mise sur pied d'une main-d'œuvre qualifiée est d'autant plus compliquée que les besoins sont de plus en plus nombreux et de plus en plus complexes. Certains membres du personnel régional et représentants des communautés ont fait remarquer que l'évolution des habitudes de consommation de substances (par exemple, l'utilisation de stimulants), la violence au sein des communautés et les besoins plus importants des enfants (par exemple, les retards de développement) ont entraîné des pressions accrues sur le personnel et conduit à la nécessité d'un ensemble de compétences élargi.

« L'ensemble de compétences que l'on exige des travailleurs est en train de changer. Quand le PSSMI a été mis en place, il était basé sur le modèle de notre tante préférée qui aidait les gens à connaître les programmes offerts et les encourageait à venir. La situation est différente aujourd'hui; les besoins sont plus complexes. L'outil d'évaluation dont nous disposons est plus simple que ce que nous voyons aujourd'hui. » [traduction]

Afin de répondre à l'évolution des besoins de la population et de mieux faire correspondre les programmes aux priorités de la communauté, plusieurs besoins de formation ont été relevés (voir ci-dessous). En outre, le personnel des communautés a systématiquement fait part d'un intérêt pour des possibilités de partage des connaissances (réunions annuelles et réseaux virtuels, par exemple) afin de faire le point et de mettre en commun les pratiques prometteuses et les leçons apprises :

- **formation tenant compte des traumatismes** afin d'améliorer le soutien aux enfants et aux familles touchés par diverses formes de traumatismes;
- **formation adaptée à la culture, y compris les enseignements traditionnels**, pour intégrer les pratiques et les visions du monde des Premières Nations aux programmes;
- **formation accrue des visiteurs à domicile**, en mettant l'accent sur la sécurité et le soutien aux clients ayant des besoins complexes, notamment en matière de toxicomanie;
- **ressources pour soutenir les familles et les enfants ayant des besoins plus importants**, par exemple, les enfants présentant un retard de développement, un TSAF, un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Résultat immédiat n° 2 : Les Premières Nations ont accès aux programmes de DES.

Constatation 5 : L'augmentation des investissements à la fin de la période d'évaluation (c'est-à-dire dans le cadre du budget de 2017) a permis au programme de DES d'étendre la prise en charge globale. Toutefois, des efforts continus sont nécessaires pour parvenir à un accès universel.

Au niveau communautaire, les programmes de DES soutiennent les membres des communautés en leur fournissant des ressources et des fournitures essentielles (préparations pour nourrissons, bons d'épicerie et denrées alimentaires, par exemple), en effectuant des visites à domicile, en facilitant les aiguillages et en proposant des programmes de groupe (soutien à l'allaitement et à l'éducation des enfants, préparation des repas et activités culturelles, par exemple).

L'accès aux programmes a été évalué à la fois globalement (c'est-à-dire la prise en charge des programmes) et au niveau communautaire (c'est-à-dire les types de services et d'activités proposés).

Prise en charge des programmes

En ce qui concerne la prise en charge, les informateurs clés ont indiqué que le manque d'accès universel aux programmes de DES était un problème persistant limitant l'efficacité des programmes. Bien que les données quantitatives détaillant la prise en charge globale ne soient pas disponibles, un informateur clé au sein de SAC a estimé que seulement un tiers de toutes les communautés des Premières Nations a accès au PSSMI et au programme sur les TSAF, ce qui illustre la portée limitée des programmes.

Un financement stagnant et insuffisant pendant la majeure partie de la période d'évaluation (c'est-à-dire de 2013-2014 à 2016-2017) a été décrit comme le principal obstacle à l'élargissement de l'accès et, en fin de compte, à la réalisation de la prise en charge universelle. D'après les données de 2017, les régions ont généralement eu recours à deux approches distinctes pour tenter d'optimiser le financement des programmes. Certaines régions ont adopté une approche « universelle » en répartissant les fonds liés aux programmes entre toutes les communautés. Bien que cette approche présente l'avantage de fournir à toutes les communautés un certain financement, la mise en œuvre complète des programmes s'en trouve fortement limitée. D'autres régions ont adopté une approche plus ciblée en ce qui concerne le financement des programmes, ce qui avait pour avantage de permettre à certaines communautés de bénéficier de programmes complets; d'autres, en revanche, n'y avaient pas accès.

L'accès aux programmes et leur qualité semblent avoir augmenté vers la fin de l'évaluation grâce à des investissements supplémentaires dans certains secteurs de programme par l'entremise du budget de 2017 et de l'AGJEA¹⁹. En particulier, ces augmentations du financement sont considérées comme importantes pour remédier au traditionnel sous-investissement, accroître la prise en charge dans le cadre des programmes et élargir la gamme des services et d'activités que les communautés peuvent offrir. Par exemple, l'augmentation des investissements a permis à la région de l'Alberta d'aller de l'avant avec un modèle selon lequel toutes les Nations reçoivent des allocations relativement au PSSMI et au programme sur les TSAF. Dans d'autres régions, le financement prévu dans le cadre du budget de 2017 a permis aux programmes externes (par exemple, le PAPAR) de se développer pour devenir des

¹⁹ Dans le budget de 2017, 828 millions de dollars ont été investis sur cinq ans dans la santé maternelle et infantile (PSSMI, programme sur les TSAF), le bien-être mental, les mesures de réduction des méfaits liés aux dépendances, les soins à domicile et les soins palliatifs, les soins primaires et la prévention des maladies infectieuses. En outre, le programme national d'AGJEA s'est vu attribuer 1,7 milliard de dollars sur une période de dix ans (2018-2028). Les programmes de base qui relèvent de l'AGJEA sont les suivants : Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les communautés urbaines et nordiques (PAPACUN), Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR) et Initiative de services de garde pour les Premières Nations et les i (ISGPNI). L'objectif global de ce financement accru est de fournir aux enfants autochtones des services d'éducation préscolaire et de garderie de haute qualité et adaptés à leur culture.

programmes offerts en établissements. Un membre du personnel régional a décrit les répercussions suivantes :

« Les investissements [dans le cadre du budget de 2017] ont permis aux communautés d'offrir des salaires plus élevés pour conserver le personnel expérimenté. Certaines communautés ont fait preuve de créativité en mettant en place des programmes triennaux axés sur la santé maternelle et infantile et ont été en mesure d'offrir des programmes très innovants et collaboratifs, parfois avec leurs services sociaux, pour traiter des questions comme l'autonomie fonctionnelle, le diabète gestationnel [...]. Ces nouveaux investissements leur ont permis de s'attaquer aux priorités. » [traduction]

Les fonds ayant été distribués vers la fin de la période d'évaluation, la prochaine évaluation devrait permettre de mieux comprendre les retombées à long terme de ces investissements.

Accès aux programmes et aux services

Les constatations du personnel dans la communauté semblent indiquer que les programmes de DES contribuent à l'accès à plusieurs déterminants du bien-être des mères, des enfants et des familles. Les communautés ayant participé à l'évaluation ont indiqué qu'elles soutenaient les familles en leur fournissant des ressources et des fournitures essentielles (préparations pour nourrissons, bons d'épicerie et denrées alimentaires, par exemple), en effectuant des visites à domicile, en facilitant les renvois et en proposant des programmes de groupe (soutien à l'allaitement et à l'éducation des enfants, préparation des repas et activités culturelles, par exemple).

En outre, le profil d'information sur le rendement (PIR) du programme décrit plusieurs mesures de l'accès au programme qui sont recueillies grâce aux données du modèle de rapport communautaire (MRC). Comme le montre le tableau ci-dessous, les données du MRC indiquent qu'au fil du temps, une proportion accrue de communautés a proposé des activités de groupe axées sur le soutien à l'allaitement et a procédé au dépistage des facteurs de risque pour les étapes du développement par l'entremise des programmes de DES. En outre, les données communiquées indiquent que la proportion de femmes enceintes recevant une éducation nutritionnelle est restée relativement stable. Cependant, comme le MRC est un outil de collecte de données qui n'est utilisé que par certaines communautés en fonction du type d'entente de financement qu'elles ont conclue, les constatations doivent être interprétées avec prudence, car elles ne tiennent pas compte de toutes les communautés mettant en œuvre des programmes de DES.

Tableau 2. Réalisation des mesures du rendement en matière d'accès, selon le PIR du programme, sur la base des données communiquées annuellement dans le cadre du MRC²⁰

Indicateur de rendement indiqué dans le PIR	2013-2014 MRC	2014-2015 MRC	2015-2016 MRC	2016-2017 MRC	2017-2018 MRC	2018-2019 MRC	Cible
Pourcentage de communautés des Premières Nations ayant des programmes de santé maternelle et infantile qui fournissent des activités de groupe de soutien de l'allaitement.	47,7 %	49,7 %	51,6 %	50,7 %	50,2 %	52 %	50 % (2019)
Pourcentage de femmes enceintes ayant reçu une éducation nutritionnelle au cours du 1 ^{er} , du 2 ^e ou du 3 ^e trimestre	79,9 %	77,8 %	81,6 %	78,1 %	79,7 %	79 %	79 % (2019)
Pourcentage des communautés des Premières Nations qui dépistent les facteurs de risque pour les étapes développementales en participant au programme de DES	68,7 %	68,8 %	68,9 %	70 %	71,4 %	71 %	72 % (2019)

Bien que les représentants des communautés aient souligné les nombreux points forts des programmes de DES mis en œuvre dans les communautés, une stagnation du financement a été signalée à l'échelle de toutes les sources de données comme un obstacle important à l'offre d'un soutien complet aux enfants et aux familles.

En raison du financement limité, les communautés n'ont pas toutes accès aux pratiques prometteuses dans le cadre des programmes (par exemple, le modèle de visite à domicile et le mentorat par les pairs), et le personnel fait état de difficultés à répondre aux priorités et aux besoins en constante évolution (par exemple, la croissance démographique et la demande de services). Cette situation a également eu une incidence sur la capacité des communautés d'intégrer des activités traditionnelles dans les programmes, étant donné que les fonds disponibles ne sont pas suffisants pour couvrir la rémunération appropriée des Aînés et l'achat de fournitures. Certains représentants des communautés ont indiqué que les enfants et les familles étaient laissés pour compte, car le personnel responsable des programmes n'est pas en mesure de joindre suffisamment toutes les familles et de leur fournir l'assistance nécessaire en matière d'intervention précoce et de prévention.

« Nous essayons toujours de servir le même nombre [de familles], mais nous ne pouvons pas leur offrir les mêmes choses qu'avant. (...) Nous donnions 20 \$ toutes les deux semaines pour la nutrition des mères allaitantes, mais 20 \$ ne suffisent plus aujourd'hui. Nous essayons de sortir des sentiers battus et de proposer un marché de produits frais pour que les gens puissent acheter des fruits et légumes moins chers dans la communauté. Le financement nous empêche d'offrir tous les services que nous voulons, et même de payer le loyer d'un espace physique. » [Traduction]

²⁰ DGSPNI (2014-2019). Modèles de rapports communautaires (MRC) – Rapports sommaires nationaux pour les exercices financiers allant de 2013-2014 à 2018-2019.

Résultat intermédiaire n° 1 : Les communautés des Premières Nations adoptent des comportements sains.

Constatation 6 : Les données disponibles semblent indiquer que les programmes de DES permettent d'obtenir des résultats qui profitent à la fois aux familles (compétences et sensibilisation, résilience, identité positive, intervention précoce, etc.) et à la communauté dans son ensemble (liens entre les services, cohésion communautaire). Les données communiquées indiquent également une amélioration du taux d'allaitement. Cependant, le manque d'accès aux déterminants sociaux de la santé limite la possibilité d'un véritable changement de comportement et de résultats durables pour de nombreux enfants et familles.

Dans l'ensemble, les données quantitatives permettant d'évaluer l'augmentation des comportements sains étaient limitées. Cela dit, les constatations dans le cadre de la phase 3 de l'ERS indiquent une diminution de la prévalence du tabagisme pendant la grossesse (37,5 % pendant la phase 3 par rapport à 46,9 % pendant la phase 2), ainsi qu'une diminution de la prévalence des TSAF au fil du temps (0,5 % pendant la phase 3 par rapport à 1,8 % pendant la phase 1)²¹. Bien qu'il ne soit pas possible d'attribuer ces résultats aux programmes de DES, ils semblent indiquer que les communautés des Premières Nations améliorent globalement leurs comportements en matière de santé au fil du temps.

La plupart des répondants à l'enquête communautaire (75 %) sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire qu'ils ont observé des changements dans leur communauté grâce au financement et au soutien dans le cadre du programme de DES (n=153; Figure 1). Les entrevues et les visites sur le terrain en personne ont permis de constater un large éventail de résultats obtenus au profit des familles et de la communauté dans son ensemble grâce aux programmes.

- **Résultats individuels et familiaux :** De nombreux résultats ont été signalés; entre autres, les programmes améliorent les connaissances et les possibilités de renforcement des compétences pour les nouveaux parents et ceux qui attendent un enfant (par exemple, préparation d'aliments pour bébés, aptitudes culinaires, sécurité et développement des nourrissons, compétences parentales), améliorent l'accès en ce qui concerne les besoins essentiels (par exemple, bons d'épicerie, paniers alimentaires, aide au transport, fournitures pour nourrissons), renforcent la résilience et une identité culturelle positive, et revitalisent les familles et les aident à renouer avec les pratiques et les traditions culturelles. En outre, la participation au programme a été attribuée à des résultats tels que l'amélioration de l'intervention précoce et de la prévention (par exemple, pour les personnes souffrant de dépendances et pour les enfants considérés comme étant « à risque »), ainsi que l'accès au dépistage, l'amélioration de l'atteinte des étapes de croissance et de développement chez les enfants, et une plus grande maturité scolaire.
- **Résultats à l'échelle communautaire :** Les programmes ont souvent été décrits comme une source de fierté et de force, car ils contribuent à bâtir la communauté et favorisent le développement de réseaux solides entre les enfants, les dispensateurs de soins, les familles, le personnel et les organisations. Le personnel du programme de DES joue un rôle important dans l'aiguillage et la mise en relation avec d'autres programmes et services, notamment avec des professionnels de santé spécialisés (par exemple, mise en relation des familles avec des orthophonistes, du personnel infirmier en santé communautaire, des ergothérapeutes ou des

²¹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One*. Ottawa, 2018.

thérapeutes en santé mentale) et d'autres programmes (par exemple, le principe de Jordan et les services de santé non assurés). Par ailleurs, les programmes de DES ont permis d'améliorer l'accès aux services essentiels (nutrition prénatale, éducation de la petite enfance et soutien aux enfants atteints de TSAF, par exemple) qui ne sont autrement pas accessibles dans les communautés, en particulier les communautés des Premières Nations éloignées et isolées.

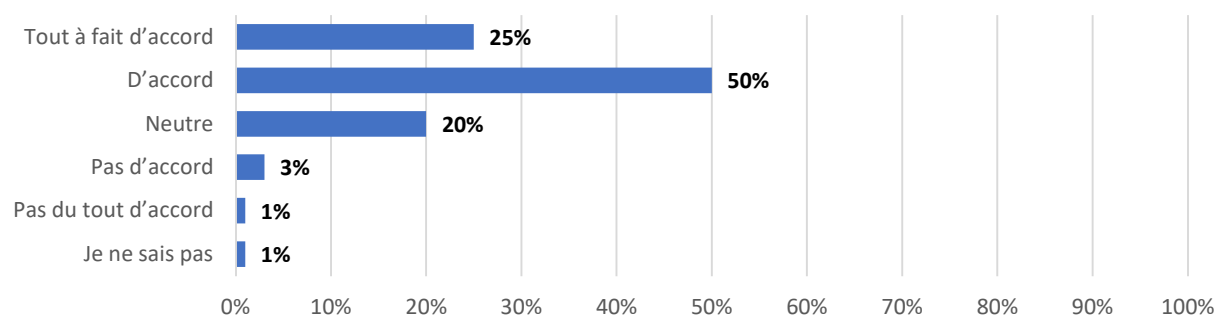


Figure 1. Degré d'accord des répondants à l'enquête avec l'énoncé suivant : Vous constatez des changements dans votre communauté grâce au financement et au soutien par l'entremise des services de DES (n=153)

En outre, les données du MRC indiquent que les résultats en matière d'allaitement se sont améliorés au fil du temps chez les femmes qui ont eu accès aux services dans le cadre du Programme de soins de santé maternelle et infantile (voir le tableau ci-dessous). Certains membres du personnel dans la communauté ont également fait état d'une amélioration du taux d'allaitement, notamment grâce à des activités telles que les cercles d'allaitement, qui encouragent les femmes à se réunir, à demander des conseils et du soutien, et à établir des relations de confiance avec le personnel dans la communauté.

Tableau 3. Proportion de femmes ayant accès aux activités dans le cadre du PSSMI qui ont allaité pendant plus de 6 mois, sur la base des données du MRC²²

Indicateur de rendement	2013-2014 MRC	2014-2015 MRC	2015-2016 MRC	2016-2017 MRC	2017-2018 MRC	2018-2019 MRC	Cible
Pourcentage de femmes des communautés des Premières Nations ayant accès à des activités de programmes de santé maternelle et infantile qui ont allaité pendant six mois ou plus.	24,8 %	26,4 %	31,7 %	28,5 %	29,4 %	28 %	32 %

Cependant, il est important de noter que si des réalisations ont été signalées dans le cadre du programme, l'évaluation a révélé que l'obtention d'un véritable changement comportemental et de résultats durables est entravée par le fait que de nombreuses communautés continuent d'avoir un accès limité aux déterminants sociaux de la santé. Par conséquent, le financement limité du programme disponible par l'entremise du programme de DES est, dans certains cas,

²² DGSPNI (2014-2019). Modèles de rapports communautaires (MRC) – Rapports sommaires nationaux pour les exercices financiers allant de 2013-2014 à 2018-2019.

principalement utilisé pour répondre aux besoins d'accès immédiats (par exemple, épicerie, fournitures et ressources pour les nourrissons). Cet aspect montre à la fois la grande flexibilité du financement et la nécessité persistante de prévoir des ressources et une action coordonnée pour remédier à l'accès inéquitable aux déterminants de la santé et du bien-être.

5.2 Lacunes dans les services

Constatation 7 : Deux lacunes dans les services ont été relevées : premièrement, l'absence d'accès universel aux programmes de DES dans les communautés des Premières Nations, malgré la preuve du besoin, et deuxièmement, la disponibilité limitée des programmes et services d'intervention pour soutenir les jeunes, qui peut être due à une combinaison de facteurs, notamment une utilisation ancrée de vieux paramètres du programme (limite de l'accès aux services jusqu'à l'âge de 6 ans) et un financement insuffisant pour offrir des programmes élargis.

L'évaluation a permis de relever deux principales lacunes dans les services, à savoir le manque d'accès universel aux programmes et les écarts liés à l'âge en ce qui concerne les programmes accessibles.

Universalité

Comme il a été indiqué précédemment, les informateurs clés ont relevé le manque d'accès universel aux programmes de DES dans toutes les communautés des Premières Nations comme étant une lacune majeure dans la prestation des services. Par conséquent, les enfants et les familles des Premières Nations n'ont pas tous le même accès aux services qui sont généralement considérés comme essentiels pour promouvoir un développement sain, prévenir les mauvais résultats et assurer une intervention pendant les années déterminantes pour favoriser une trajectoire positive. Ce constat est repris dans le Plan de transformation de la santé des Premières Nations, qui recommande des investissements pour soutenir l'accès universel à la fois au PSSMI et au PAPAR dans toutes les communautés. Selon le rapport, 17 % des enfants vivant dans les réserves ont actuellement accès au programme d'aide préscolaire, et on estime que le financement annuel du PAPAR doit s'élever à 347 millions de dollars pour assurer un accès universel²³.

Écarts liés à l'âge

Un thème commun aux entrevues et aux visites sur le terrain dans les communautés est la perception d'une lacune en ce qui concerne les services et les programmes destinés aux enfants de plus de six ans. Le soutien en matière de soins prénataux et de soins à l'enfance jusqu'à l'âge de six ans reste une priorité, bien que certains aient indiqué que l'absence de financement pour les programmes destinés aux jeunes a entraîné une vulnérabilité compte tenu du fait qu'aucune activité de prévention précoce n'est organisée, en particulier dans les communautés éloignées et isolées (en raison du manque d'installations et d'activités parascolaires). De même, le plan de transformation de la santé des Premières Nations souligne que « le besoin de programmes de développement de l'enfant ne s'arrête pas à l'âge de six ans, surtout si l'on considère les défis permanents que pose le sous-financement des écoles dans les réserves. Par conséquent, le programme [PAPAR] doit être élargi pour inclure les

²³ Assemblée des Premières Nations. First Nations Health Transformation Agenda. <https://scoinc.mb.ca/wp-content/uploads/2021/06/FNHTA-AFN-wcag.pdf>, 2017.

enfants de plus de six ans » [traduction]. Ce point est également réitéré dans le plan de transformation de la santé des Premières Nations pour le PSSMI²⁴.

Selon les modalités et conditions du programme, le PAPAR, en tant que sous-sous-activité, aidera tous les enfants des Premières Nations âgés de 0 à 6 ans ainsi que leurs familles²⁵. Cependant, de manière plus générale, les activités admissibles du programme de DES ne limitent pas spécifiquement l'accès au programme après l'âge de 6 ans. Le personnel de SAC a fait remarquer que cette divergence peut être due à l'évolution des lignes directrices relatives au programme, qui pourraient avoir mis en place une limite d'âge dans le but d'élargir le champ des activités. Bien que les modalités et conditions ne limitent pas spécifiquement les activités globales du programme en fonction de l'âge, l'absence de programmes destinés aux jeunes doit être replacée dans le contexte plus large d'un financement insuffisant pour fournir des services complets.

5.4 Interconnectivité des programmes et collaboration

Constatation 8 : L'interconnectivité a été évaluée à trois égards : l'interconnectivité *au sein de SAC, entre SAC et les communautés, et au sein de la communauté.*

La collaboration au sein de SAC semblait généralement efficace et la répartition des rôles et des responsabilités a été jugée appropriée.

Il existe des occasions d'améliorer les efforts d'établissement de relations et d'accroître les échanges entre le personnel régional et les communautés, ce qui favoriserait le partage d'informations et les comptes rendus liés aux programmes et permettrait de mieux comprendre les réalités de la prestation de services.

Enfin, les programmes communautaires semblent collaborer efficacement en raison de la complémentarité de leurs mandats. Le personnel dans la communauté peut proposer plusieurs secteurs de programme dans le cadre d'une initiative holistique ou mettre en commun le financement des différents secteurs de programme afin d'améliorer l'offre de services.

Interconnectivité : SAC et la communauté

Les personnes qui ont contribué à l'évaluation ont été invitées à réfléchir à la clarté et à l'efficacité des relations entre les communautés et les bureaux régionaux de SAC, ainsi qu'entre les bureaux régionaux de SAC et le bureau national.

Selon l'enquête auprès des communautés, 37 % des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que la relation entre les communautés et le bureau régional de SAC est claire et efficace; 33 % sont neutres, 21 % ne sont pas d'accord ou pas du tout d'accord et 9 % ne savent pas (n=153). Tous les représentants des communautés mobilisés dans le cadre des visites en personne ont exprimé le souhait d'une communication et d'un engagement plus directs avec le personnel régional de SAC, comme le partage d'informations et de ressources et des visites plus fréquentes dans les communautés. Des interactions plus fréquentes favoriseraient une meilleure collaboration, mettraient en valeur l'innovation et faciliteraient une meilleure compréhension des réalités et des contraintes des programmes. Certains représentants ont également fait état de difficultés liées au roulement du personnel au sein des

²⁴ Assemblée des Premières Nations. First Nations Health Transformation Agenda. <https://scoinc.mb.ca/wp-content/uploads/2021/06/FNHTA-AFN-wcag.pdf>, 2017.

²⁵ SAC. Autorité relative aux soins de santé primaires. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1524852370986/1615723657104#a4>, 2020.

bureaux régionaux de SAC. En comparaison, le personnel des bureaux régionaux considère que les relations sont efficaces et parle d'une approche de moins en moins interventionniste qui soutient les communautés dans la mesure du possible et réduit les obstacles pour soutenir le contrôle local sur la mise en œuvre des programmes.

Les membres du personnel des bureaux régionaux et du bureau national de SAC étaient d'accord pour dire que leur relation était efficace et que la répartition des rôles était appropriée pour soutenir l'autonomie régionale et l'innovation locale. L'accent accru mis sur le transfert de la prise de décisions du siège social aux niveaux local et régional est considéré comme un changement positif observé au cours de la période d'évaluation. L'utilisation des réunions qui rassemblent le personnel national et le personnel régional est efficace, d'après les témoignages, mais certains membres du personnel régional ont fait part d'un intérêt pour un engagement et une communication accrues avec les représentants du bureau national afin de s'assurer que leurs priorités sont entendues.

Interconnectivité : À l'échelle des programmes

Les personnes interrogées, que ce soit au sein de SAC ou des communautés, ont parlé de la complémentarité et de la collaboration qui existent à l'échelle des programmes de DES et au-delà. Ainsi le personnel dans la communauté peut jouer plusieurs rôles dans le cadre des programmes (par exemple, un membre du personnel peut être un visiteur à domicile à la fois dans le cadre du PSSMI et dans le cadre du programme sur les TSAF) et collaborer avec d'autres membres du personnel pour mener des activités conjointement. En particulier, le PCNP, le programme sur les TSAF et le PSSMI ont souvent été présentés comme un programme combiné en raison de leur étroite harmonisation sur les plans de la portée et du mandat.

D'après l'enquête, environ la moitié (54 %) des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les programmes de DES font preuve de collaboration, et 40 % sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que des partenariats pertinents avec d'autres parties prenantes de la communauté sont établis pour soutenir les programmes de DES. Dans les deux cas, plusieurs répondants (plus de 30 %) se sont montrés neutres. En ce qui concerne les partenariats avec d'autres parties prenantes de la communauté, le personnel dans la communauté a fréquemment déclaré recourir au principe de Jordan pour aider les enfants et les familles à accéder aux services et aux soutiens nécessaires.

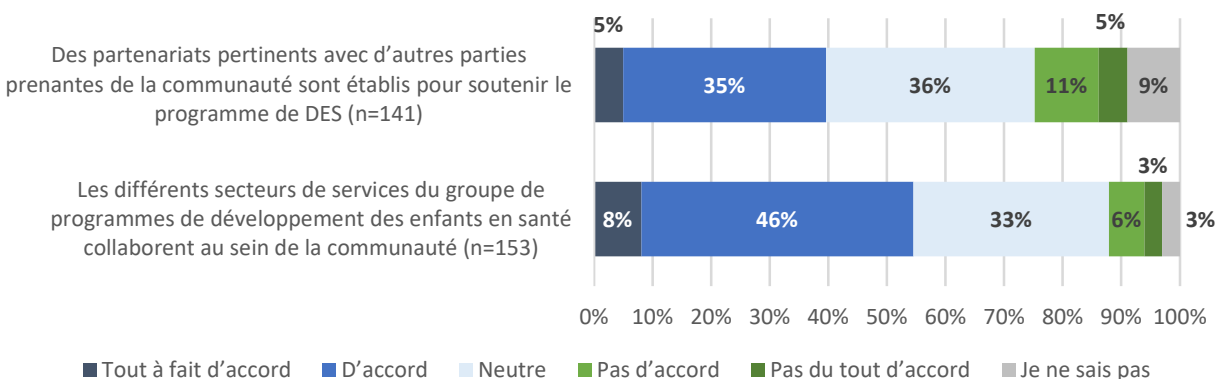


Figure 2. Degré d'accord avec la réalisation de partenariats et de collaborations à l'intérieur et à l'extérieur des programmes de DES mis en œuvre dans la communauté

Les efforts de collaboration entre les différents secteurs de programme présentent plusieurs avantages, notamment celui de permettre une prestation de services plus holistique et de créer un cercle de soins permettant l'intégration des enfants et des familles dans un réseau de soutien plus large. Par exemple, une communauté a indiqué qu'elle proposait des programmes intégrés en collaboration avec des mentors pairs, le personnel infirmier en santé communautaire, la garderie et le PAPAR, et l'école, souvent autour d'un thème ou d'un sujet mensuel. Cette approche permet de relier et d'attirer les gens.

Les représentants dans les communautés ont souvent souligné la puissance des interventions holistiques et la priorité à cet égard, et ont indiqué qu'il était impossible de soutenir le développement infantile sans intégrer les déterminants sociaux de la santé et sans reconnaître les dimensions historiques, traditionnelles et culturelles du bien-être. Par exemple, comme de nombreux parents sont touchés par les traumatismes intergénérationnels causés par les pensionnats, les externats autochtones et la rafle des années 1960, tout programme axé sur les enfants doit également mettre à contribution les parents afin de favoriser le développement de compétences parentales saines et la guérison.

Compte tenu de l'harmonisation étroite entre les programmes, certains informateurs clés, tant au sein de SAC que des communautés, ont fait remarquer que l'approche cloisonnée en matière de financement à SAC (en particulier pour le programme sur les TSAF, le PSSMI et le PCNP en tant que programmes distincts) ne correspond pas aux préférences et aux réalités des communautés en ce qui concerne l'offre de programmes holistiques. En outre, la division fonctionnelle visant les programmes peut ajouter un fardeau administratif inutile. Certains ont également indiqué que l'utilisation ancrée de flux de financement cloisonnés pouvait créer de la confusion et dissuader la mise en œuvre de programmes plus complets, même si les signataires ont conclu des ententes plus flexibles.

« En tant que groupe [de programmes], ils fonctionnent bien ensemble, selon moi, mais nous pourrions faire plus de notre point de vue (SAC) pour éliminer les lignes qui les séparent et rendre le tout plus holistique et complet. Je rappelle souvent aux gens qu'ils peuvent travailler ensemble sur différents programmes, peu importe qu'ils travaillent dans le cadre du programme sur les TSAF ou du PSSMI. Ils peuvent travailler ensemble sur ces enjeux. »
[traduction]

5.5 Différences régionales

Constatation 9 : Les réalités de la prestation des programmes et des services varient d'une région à l'autre en raison de plusieurs facteurs (par exemple, la géographie, la compétence, la population et les priorités). Il s'agit notamment d'approches différentes en matière de financement (par exemple, financement universel ou ciblé, basé sur le regroupement), de combinaison de programmes et de mise à contribution des organisations régionales dans la surveillance des programmes.

En raison de plusieurs facteurs, notamment les réalités géographiques, la taille de la population, le contexte administratif, les structures de partenariat et les priorités locales, des différences

dans le financement et la mise en œuvre des programmes régionaux ont été documentées et signalées.

Par exemple, en ce qui concerne les méthodes de financement, les régions ont adopté une approche « universelle » ou ciblée du financement lié au programme de DES. Les régions de l'Atlantique (33 communautés), du Québec (55 communautés) et de l'Ontario (133 communautés) ont généralement adopté une approche « universelle » et réparti les fonds pour les programmes de développement des enfants en santé entre toutes les communautés. À l'inverse, la région du Manitoba (63 communautés) a mis en œuvre le PSSMI, le programme sur les TSAF et le PAPAR dans des communautés ciblées, tandis que les régions de la Saskatchewan (85 communautés) et de l'Alberta (47 communautés) ont adopté la même approche pour le PSSMI et le programme sur les TSAF. Selon les documents relatifs aux programmes, il en résulte que les programmes pour enfants, bien que décrits comme « universels » dans certaines régions, ne bénéficient que d'un financement partiel, tandis que le Manitoba, la Saskatchewan et l'Alberta s'efforcent d'élargir l'accès à toutes les communautés.

D'autres exemples d'activités régionales, rapportés et décrits par les informateurs clés, sont présentés ci-dessous :

- Dans la région de l'Ontario, le financement est assuré par l'entremise d'un modèle axé sur le regroupement selon lequel les communautés ont la possibilité d'affecter des fonds au PAPAR, au programme sur les TSAF et au PSSMI, en fonction des priorités qu'elles ont déterminées. Le financement dans le cadre du PCNP est distinct du financement regroupé et est uniquement destiné aux activités proposées dans le cadre du PCNP. Grâce à cette flexibilité, les communautés ont davantage d'autonomie pour adapter les secteurs de programme et se concentrer sur les besoins et les priorités de la communauté.
- Plusieurs régions, dont la Saskatchewan et l'Alberta, ont adopté une approche mixte pour la prestation du PSSMI et du programme sur les TSAF. En Saskatchewan, des normes régionales combinées liées aux programmes ont été élaborées pour tenir compte des programmes de mentorat dans le cadre du PSSMI, de mentorat dans le cadre du programme sur les TSAF et de coordination communautaire dans le cadre du programme sur les TSAF.
- Dans la région de l'Alberta, les informateurs clés ont décrit l'importance accordée au partage des connaissances, à la formation et au renforcement des capacités au cours de la période d'évaluation. Par exemple, des réunions régionales trimestrielles ont été organisées avec les représentants des Premières Nations pour soutenir la formation et l'échange d'expériences en matière de programmes. En outre, des possibilités de formation ont été mises en place en partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada, Alberta Health Services et l'Alberta Home Visitation Network Association.
- Dans la région du Manitoba, le PSSMI est abrité par le Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba, qui assure l'orientation dans le cadre du programme, le suivi, la formation et le soutien aux communautés et au personnel pour veiller au respect des normes du programme. Le cadre de renforcement des familles (*Strengthening Families*) a été élaboré pour guider le PSSMI, qui est ancré

dans les cultures déné, crie, ojibwée, oji-crie et dakota, et chaque direction est censée représenter les composantes du programme²⁶.

- La région du Nord collabore directement avec les gouvernements territoriaux et les gouvernements autonomes des Premières Nations au Yukon et dans certaines communautés des Territoires du Nord-Ouest. Dans les Territoires du Nord-Ouest, les communautés des Premières Nations ont reçu des fonds pour les initiatives de mieux-être communautaire afin de mettre en œuvre un large éventail d'activités dans le cadre de chacun des trois groupes de l'Entente sur le mieux-être dans le Nord (enfants, familles et communautés en santé; santé mentale et dépendances; vie saine et prévention des maladies). Dans le cadre du volet « enfants, familles et communautés en santé », les Nations proposent des activités telles que des programmes de promotion de la grossesse saine et des programmes périnataux, un soutien aux nouveaux parents, des programmes parascolaires, ainsi que des rassemblements et événements axés sur la famille. Parmi les défis courants à la mise en œuvre des programmes dans le Nord, citons les problèmes de ressources humaines dans le domaine de la santé (taux de postes vacants élevé, taux de roulement élevé, difficultés de recrutement), le manque de logements pour les professionnels de la santé et les coûts élevés de la prestation de services. Par conséquent, certaines communautés se heurtent à des obstacles considérables dans la mise en œuvre des programmes. Par exemple, les visites à domicile et le mentorat lié aux TSAF, qui sont considérés comme des pratiques exemplaires dans le cadre des programmes, peuvent ne pas être proposés dans les communautés du Nord malgré les besoins élevés.

6.0 Principales constatations : Efficience

6.1 État d'avancement en ce qui concerne les recommandations de l'évaluation précédente

Constatation 10 : Les documents relatifs au programme et les informateurs clés ont indiqué que des améliorations ont été apportées à la suite de l'évaluation de 2014, notamment un meilleur développement de partenariats, l'augmentation des investissements financiers et la révision des mesures de rendement.

Une précédente évaluation avait été réalisée en 2014, soit dix ans avant la rédaction du présent rapport. L'évaluation de 2014 a permis de déterminer une série de recommandations pour les programmes de DES et Vie saine, les programmes ayant été évalués en tant que groupe. Le tableau ci-après présente les recommandations et les actions correspondantes entreprises par la DGSPNI dans le cadre du programme de DES. Conformément aux trois recommandations formulées dans le cadre de l'évaluation précédente, la DGSPNI a pris des mesures telles que l'établissement de structures de partenariat dans toutes les régions, l'élaboration d'un cadre, la

²⁶ FNHSSM. *Maternal Child Health*. <https://www.fnhssm.com/maternal-child-health> (non disponible en français).

mise à jour du modèle de calcul des coûts, l'élaboration de normes liées aux programmes et la révision des mesures de rendement²⁷.

Les informateurs clés au sein de SAC étaient pour la plupart d'accord sur le fait que des améliorations avaient été apportées à la suite des recommandations dans le cadre de l'évaluation de 2014. Par exemple, en ce qui concerne la première recommandation, un membre du personnel régional a décrit la mise en place d'équipes axées sur les communautés qui sont affectées à chaque secteur dans la région afin d'améliorer le partenariat et la coordination. En ce qui concerne la deuxième recommandation dans le cadre de l'évaluation, les investissements dans l'AGJEA, l'infrastructure, la gouvernance et les capacités ainsi que la formation ont été décrits comme étant des preuves d'amélioration. Cependant, ils sont survenus vers la fin de la période d'évaluation, on n'en connaît pas encore complètement les retombées. Malgré cela, l'absence persistante d'accès universel aux programmes a été citée comme un aspect à améliorer, bien que près de dix ans se soient écoulés depuis l'évaluation précédente.

Enfin, le personnel de SAC a indiqué que les approches en matière de mesure du rendement devraient être examinées compte tenu des priorités en matière de renforcement du contrôle communautaire, de détermination par les communautés d'indicateurs de rendement significatifs et de réduction du fardeau administratif. La production de rapport par l'intermédiaire du MRC a été simplifiée, mais certaines personnes ont estimé que les données recueillies ne permettaient pas d'informer efficacement sur l'efficacité du programme de DES (voir le paragraphe 6.4).

Tableau 4. Recommandations de l'évaluation de 2014, actions correspondantes et livrables

Recommandation	Plan d'action et produits livrables
1. Multiplier les efforts de collaboration avec les intervenants, partenaires et autres fournisseurs de services afin de conserver les partenariats et de garantir l'intégration des programmes.	✓ La DGSPNI a scellé des partenariats et instauré des groupes de cogestion dans toutes les régions afin de renforcer la collaboration, la planification conjointe et la transparence. ✓ Les cadres de prévention et de gestion des maladies chroniques (PGMC) ont été élaborés et achevés pour les Inuit et les Premières Nations. ✓ En partenariat avec AADNC et EDSC, un tableau comparatif des programmes fédéraux pour l'enfance avait été élaboré pour les Premières Nations, décrivant les programmes de développement de la petite enfance et de garde d'enfants.

²⁷ SAC. *Évaluation des groupes Vie saine et Développement des enfants en santé*. Rapport final. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/responsabilisation-rendement-rapports-financiers/rapports-evaluation/evaluation-groupes-vie-saine-2010-11-2012-13-developpement-enfants-sante-2008-09-2012-13.html#b>, 2014.

2. Poursuivre les efforts visant à améliorer l'accès aux programmes et aux services et leur qualité.	✓ Un modèle de calcul des coûts actualisé pour les programmes Vie saine et DES a été élaboré et comprenait un examen des modèles de calcul des coûts provinciaux et territoriaux ainsi qu'une discussion sur les principaux inducteurs de coûts (par exemple, la croissance démographique et les déterminants sociaux de la santé). ✓ Des normes d'activité ont été élaborées pour le programme de DES.
3. Rationaliser et instaurer un système de mesure du rendement amélioré.	✓ Une fiche d'information sur le programme Vie saine/DES a été publiée. ✓ Une stratégie actualisée de collecte de données pour le programme de DES a été mise au point, comprenant un modèle logique révisé et des indicateurs de rendement actualisés.

6.2 Démonstration d'efficacité et d'économie

Constatation 11 : La structure de gestion interne du programme, les ressources humaines et les systèmes financiers permettent au programme de DES d'atteindre les résultats escomptés. Par exemple, l'accent mis par la DGSPNI sur la régionalisation aide les régions à adapter le financement et le soutien en fonction des priorités déterminées au niveau local.

Le personnel de SAC a signalé qu'à l'interne, les structures de gestion, les ressources humaines et les systèmes financiers sont adaptés à l'obtention de résultats. En ce qui concerne la gestion des programmes et les opérations, le personnel de la DGSPNI au bureau national dans la région de la capitale nationale a dirigé l'élaboration des politiques stratégiques et la planification des programmes à l'appui du programme de DES, en collaboration avec les bureaux régionaux de la DGSPNI et les partenaires au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit. À l'échelle régionale, les bureaux de la DGSPNI jouent un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit d'aider les communautés à exécuter les programmes en travaillant avec les partenaires au sein des communautés des Premières Nations et des Inuit à l'échelle locale et régionale. Ils doivent par ailleurs gérer les ententes de financement, surveiller le rendement des programmes et regrouper l'information.

Grâce à l'accent mis par la DGSPNI sur la régionalisation, les bureaux régionaux de SAC disposent d'un large éventail de structures de gestion et d'approches opérationnelles correspondant aux priorités et aux fonctions locales. Par exemple, dans la région de l'Atlantique, les programmes de DES ont été regroupés avec l'Initiative en santé buccodentaire des enfants au sein d'une même direction afin d'accroître l'efficacité et de favoriser la collaboration entre les programmes. La région du Nord de la DGSPNI, qui est un cas particulier, travaille directement avec les gouvernements territoriaux et les gouvernements autonomes des Premières Nations au Yukon et dans certaines communautés des Territoires du Nord-Ouest. Au Nunavut et dans le reste des Territoires du Nord-Ouest, la région du Nord de la DGSPNI travaille directement avec les gouvernements territoriaux pour négocier les ententes de financement des programmes de santé.

Selon les documents relatifs au programme, voici un aperçu des autres domaines d'efficacité, tant à l'interne qu'à l'échelle communautaire :

- **Partenariat.** Le développement de partenariats, en particulier avec les provinces et les autorités régionales, ainsi qu'avec d'autres partenaires fédéraux (par exemple, EDSC), est considéré par les régions comme étant le moyen le plus productif et le plus efficace d'améliorer l'accès aux services à l'enfance, y compris les services provinciaux.
- **Prestation groupée.** Dans certaines régions, le regroupement des programmes pour l'enfance au chapitre du financement et de la prestation de services permet de réaliser des gains d'efficience et de favoriser un meilleur accès. Par exemple, un membre du personnel peut proposer un dépistage nutritionnel et le programme sur les TSAF lors de rencontres avec des femmes enceintes au sein de la communauté.
- **Planification de la santé communautaire.** L'élaboration de plans de santé communautaire, qui sont liés à des modèles de financement global, est considérée comme un moyen efficace de faciliter le développement de partenariats, d'accroître l'accès aux services et d'améliorer la qualité des programmes. Par exemple, les ententes globales soutiennent la capacité des programmes à fonctionner en groupe, ce qui permet une meilleure coordination et intégration des services liés au PCNP, au PSSMI et au programme sur les TSAF pour les enfants et les familles.

Citant fréquemment le mandat ministériel pour le transfert des services, le personnel de SAC n'a généralement pas perçu de besoin de ressources ou de personnel supplémentaires pour soutenir les opérations. Toutefois, certaines considérations relatives à la capacité du personnel régional à soutenir les communautés dans la planification de la transition et le développement de programmes ont été soulevées (voir le paragraphe 9.2 intitulé Transfert de services). Certains membres du personnel de SAC ont aussi proposé d'envisager le passage d'un financement des programmes cloisonné à l'interne à une approche de financement par enveloppe. L'évaluation n'a pas déterminé les pertes et gains d'efficience spécifiques entre les deux approches de financement, mais cet aspect pourrait être envisagé en consultation avec les communautés.

« Nous disons toujours que nous sommes un peu en décalage parce que nous parlons de financement par programme, mais nous disons aux communautés que le financement est désormais global, et non par programme. C'est un peu étrange de continuer à financer par programme et, même dans notre cas, au niveau de l'analyse financière, d'avoir des lignes pour chacun des programmes, alors qu'en fin de compte, la communauté est gérée dans le cadre d'un financement global. » [traduction]

6.3 Capacité à atteindre les objectifs fixés

Constatation 12 : Le sous-financement des programmes pendant toute la durée de l'évaluation est un obstacle majeur à la mise en œuvre du programme et à l'atteinte des résultats. Cet aspect a des répercussions en aval sur les ressources humaines et limite la « portée » des programmes offerts.

L'évaluation a systématiquement permis de constater, toutes sources de données confondues, que des contraintes considérables en matière de capacité (ressources financières, pénurie de

ressources humaines, formation) ont une incidence sur la mise en œuvre efficace des programmes au sein de la communauté.

Comme il a été indiqué précédemment, le financement est resté largement stagnant tout au long de la période d'évaluation, en dépit de l'évolution du contexte de mise en œuvre du programme due à la croissance démographique, aux pressions inflationnistes et aux besoins plus complexes relevés dans la communauté. Les participants aux entrevues et les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête ont fait part d'une évolution du contexte dans lequel s'inscrit la prestation du programme, certaines communautés étant aux prises avec des problèmes complexes liés à la toxicomanie, à la violence, à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire. D'après l'enquête, moins de 30 % des répondants sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que le financement répond aux besoins de la communauté, qu'il est suffisamment flexible ou qu'il arrive au bon moment pour la planification et la mise en œuvre des programmes (Figure 3). Par exemple, un répondant a fait le commentaire suivant : « Nos programmes sont sous-financés depuis au moins 20 ans. Les compléments de financement apportent une aide considérable, mais il faudra des années pour rattraper le retard et se mettre au niveau avant de pouvoir commencer à combler les lacunes qui ont été créées pendant des années. » [traduction]

De même, les personnes interrogées au sein des communautés et le personnel de SAC ont évoqué les effets néfastes du sous-financement : les communautés sont obligées de donner la priorité aux familles et aux enfants ayant les besoins les plus importants, les enfants sont laissés pour compte et les programmes novateurs qui intègrent des pratiques prometteuses sont limités.

Les représentants des communautés ont fait part d'un certain nombre de stratégies visant à maximiser le financement, notamment par le partage des installations (garderies et programme d'aide préscolaire, centre communautaire, etc.), la mise en commun des ressources entre les programmes (programmes de DES ou utilisation du financement lié au principe de Jordan, etc.), la collaboration avec le personnel pour assurer la prestation des programmes (personnel infirmier en santé communautaire, et diététistes, par exemple) et le recours à d'autres ressources dans la mesure du possible (financements provinciaux, par exemple). Toutefois, il a toujours été souligné qu'un financement supplémentaire était nécessaire pour générer des retombées conformes aux objectifs du programme.

« Les fonds alloués ne sont pas suffisants, surtout avec le coût de la vie qui augmente chaque jour. Nous nous débrouillons, mais c'est compliqué de mettre en œuvre un programme. À cause de la division, c'est difficile de proposer un programme complet. Il est difficile de trouver quelqu'un qui accepte de travailler pour une telle somme d'argent et avec autant d'enfants. » [traduction]

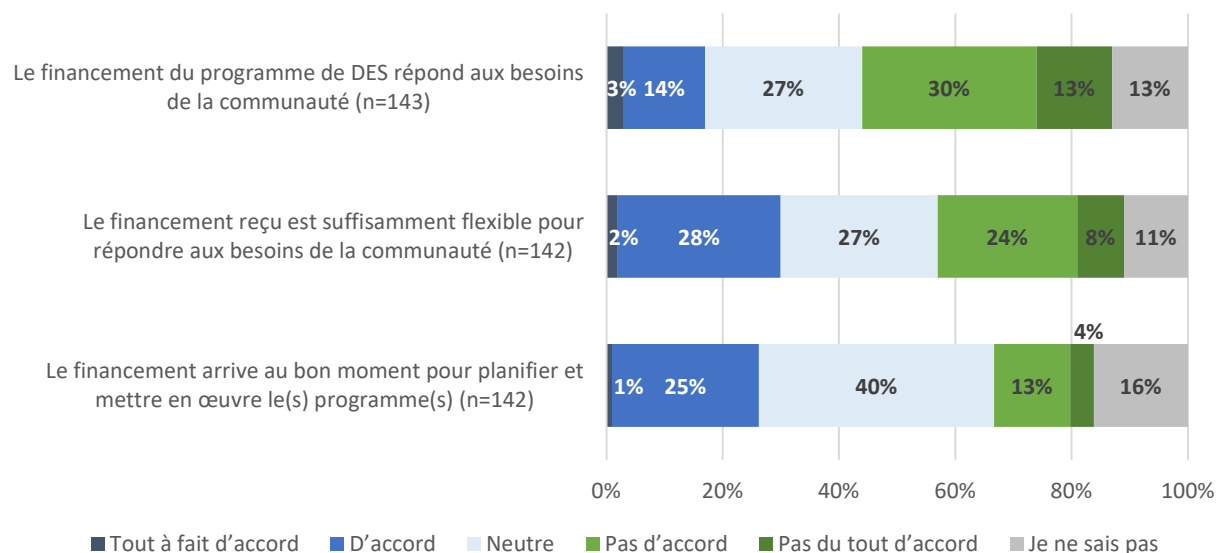


Figure 3. Niveau d'accord avec les conditions de financement des programmes de DES (n=142-143)

Comme il a été indiqué ailleurs (voir le paragraphe 5.1), l'insuffisance du financement a aussi des répercussions sur la capacité des communautés à recruter du personnel qualifié et à conserver ce personnel par la suite en raison des faibles rémunérations et des exigences élevées imposées au personnel (gestion de plusieurs programmes, charge de travail élevée et manque de soutien administratif, par exemple). L'innovation en matière de programmes est ainsi limitée, car les communautés ne peuvent pas s'engager dans une planification à long terme, sans compter que les connaissances et l'expérience acquises au fil du temps relativement aux programmes sont perdues. L'évaluation a montré que ces défis peuvent être plus aigus dans les communautés éloignées et isolées en raison des coûts globalement plus élevés de la mise en œuvre des programmes, du manque d'infrastructures et de logements, et de la charge de travail élevée imposée à un personnel peu nombreux. Compte tenu de ces considérations, certains participants ont suggéré de revoir les formules de financement afin de s'assurer que le financement est adapté à la taille et à la croissance réelles de la population, aux besoins croissants, à la complexité accrue et au contexte (par exemple, pour les communautés éloignées et situées dans le Nord).

6.4 Mesure du rendement

Constatation 13 : L'utilisation et la conception du MRC présentent des limites. L'évaluation a permis de cerner des occasions d'améliorer les approches de mesure du rendement qui s'alignent sur les priorités des Premières Nations et soutiennent l'amélioration du programme. Par exemple, la collecte de données narratives peut fournir de nombreux détails sur la mise en œuvre du programme.

Le programme de DES s'appuie sur plusieurs sources de données pour déterminer le rendement, notamment le MRC, un modèle de rapport annuel sur la formation, l'Enquête régionale sur la santé (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations), la cohorte canadienne de naissances du Recensement (Statistique Canada), la base de données dentaire nationale et la base de données des soins dentaires du Manitoba.

Les informateurs clés ont principalement donné leur avis sur la pertinence et l'utilité du MRC. Comme il a été indiqué précédemment, le MRC est une exigence de communication d'informations associée à certaines ententes de contribution conclues entre les communautés des Premières Nations et la DGSPNI. Par conséquent, le MRC ne représente pas toutes les communautés qui mettent en œuvre un programme précis, car il ne tient compte que des données des communautés ayant conclu des ententes de « faible capacité ». Il en résulte un manque d'information sur la mise en œuvre et les retombées des programmes dans les communautés à plus grande capacité. Les informateurs clés ont souligné que si les exigences assouplies en matière de rapports sont conformes aux engagements ministériels, la nature des organismes centraux du gouvernement, axée sur les données et les retombées, crée des difficultés pour illustrer le rendement, car les données sur les retombées des programmes peuvent être limitées, indisponibles (par exemple, entre les cycles de l'ERS) ou recueillies de manière anecdotique.

Les informateurs clés ont également constaté des possibilités d'améliorer les données recueillies par l'entremise du MRC. Par exemple, il a été noté que l'accent mis sur les « gadgets de comptage » peut ne pas être informatif, car les données sur les programmes qui sont obtenues sont principalement axées sur les résultats. En outre, le fait de privilégier les mesures quantitatives occidentales pourrait donner lieu à des divergences par rapport aux perspectives et aux priorités des Premières Nations en ce qui concerne la communication des retombées des programmes. Un informateur clé a déclaré que « souvent, l'un des plus grands dangers de la collecte de données quantitatives est le fait que les données qualitatives sont perdues : les histoires, les pratiques exemplaires, les images d'événements » [traduction]. L'augmentation des possibilités de rapports narratifs pourrait donner une image plus complète de l'histoire du programme au sein de la communauté. En effet, un article de l'*International Journal of Indigenous Health* note que le fait de privilégier les indicateurs occidentaux pour mesurer la santé et le bien-être des personnes issues d'une Première Nation ne correspond pas aux visions du monde autochtones sur la santé, qui comprend l'esprit, la cérémonie, le lien avec la terre, la culture et l'identité. Parmi les pratiques prometteuses pour le développement d'indicateurs et de rapports appropriés pour les Premières Nations, les indicateurs doivent être culturellement pertinents et centrés sur les visions du monde des Premières Nations en matière de santé et de bien-être, honorer les savoirs et les approches autochtones, être fondés sur l'établissement de relations et une mobilisation significative, être déterminés par les dirigeants autochtones et être basés sur les points forts tout en contextualisant les indicateurs dans les réalités historiques, sociales et politiques plus larges qui influencent le bien-être des Premières Nations²⁸.

Du point de vue des communautés, les représentants se sont montrés majoritairement neutres à l'égard du processus de production de rapports; plus précisément, environ la moitié des répondants à l'enquête se sont montrés neutres à l'égard des exigences de SAC en matière de production de rapports, tandis qu'une proportion à peu près égale de répondants ont jugé les exigences faciles (18 % ont jugé les exigences faciles ou très faciles) ou difficiles (19 % ont jugé les exigences difficiles ou très difficiles) (n=131). Certaines personnes ont indiqué que les mécanismes de communication d'informations comme le MRC étaient utiles pour faire le suivi des activités dans le cadre du programme au fil du temps, et d'autres ont estimé que le contenu s'était amélioré (rationalisation et simplification en ce qui concerne les informations). Toutefois, certains ont indiqué que les critères de production de rapports étaient inadaptes et difficiles à

²⁸ Stelkia, K., Manshadi, A., Adams, E., Wieman, C. et Reading, J. « Weaving Promising Practices to Transform Indigenous Population Health and Wellness Reporting by Indigenizing Indicators in First Nations Health ». *International Journal of Indigenous Health*, 18(1), 2023.

appliquer à leurs programmes, et que les changements fréquents apportés aux exigences en matière de production de rapports au fil du temps ont créé des difficultés pour assurer le suivi longitudinal des indicateurs liés au programme et adapter les systèmes de production de rapports. En outre, le roulement de personnel fréquent dans certaines régions de SAC a engendré un certain mécontentement au sein des communautés, les informations ayant été perdues par la suite.

« Certains programmes s'étendent de septembre à juin; j'ai eu beaucoup de difficulté à répondre aux questions d'une façon qui cadre avec notre programme, car nous nous intéressons à deux groupes différents d'enfants et à leurs familles. » [traduction]

« Je dirais qu'il devrait y avoir un endroit [dans le MRC] où l'on pourrait indiquer les BESOINS de la communauté et la manière dont [SAC] peut mieux nous servir. » [traduction]

« Le MRC est compliqué quand différents programmes doivent faire l'objet d'une communication d'informations. Parfois, on se demande s'il s'agit d'une collecte d'informations pertinente. » [traduction]

Les rapports pourraient être plus conformes aux exigences grâce à un meilleur accès aux lignes directrices en matière de production de rapports (par exemple, pour les nouveaux membres du personnel), à un plus long délai de préavis des modifications relatives au contenu et à une plus grande clarté quant à l'utilisation des informations contenues dans les rapports. Le programme pourrait également envisager d'inclure des réponses textuelles dans le rapport annuel afin de permettre aux représentants de formuler des observations qualitatives concernant la prestation du programme, aux points forts et aux réalisations, ainsi qu'aux besoins de soutien.

7.0 Principales constatations : Sous-programmes

7.1 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves

Constatation 14 : Le PAPAR vise à favoriser le développement d'une identité culturelle positive, la maturité scolaire et une plus grande atteinte des étapes émotionnelles et développementales. Cependant, la capacité à mettre en œuvre un programme efficace est limitée par une infrastructure déficiente et un financement stagnant par rapport aux changements au sein des communautés (par exemple, la croissance démographique et l'augmentation des besoins).

L'évaluation a montré que le PAPAR fonctionne selon une approche holistique pour soutenir le développement de l'enfant, ce qui comprend l'intégration d'activités axées sur la culture et la langue des Nations, l'apprentissage par le jeu, la promotion de la santé, l'accès à des aliments nutritifs et la mise à contribution des parents. En outre, les programmes intègrent des pratiques telles que l'apprentissage axé sur les terres et la mise à contribution des Aînés dans la mise en œuvre du programme. Parmi les principales réalisations dans le cadre du PAPAR décrites par les représentants des communautés, citons le renforcement du lien avec la culture et d'une identité positive, l'amélioration de la maturité scolaire, le développement de relations de confiance avec les enfants et les familles, et l'atteinte des étapes émotionnelles et développementales. Les informateurs clés ont souvent insisté sur le fait que le PAPAR est très important pour la communauté, puisqu'il est en place depuis de nombreuses années.

Les retombées positives du PAPAR ont également été signalées dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) et l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEPN). À titre d'exemple, la phase 3 de l'ERS a révélé qu'un pourcentage plus élevé d'enfants ayant participé au PAPAR connaissaient une langue des Premières Nations (76,9 %), comparativement aux enfants n'ayant pas participé au programme (61,2 %). L'enquête a également révélé que les enfants participant au PAPAR étaient plus susceptibles de participer aux événements culturels communautaires, de prendre part aux activités traditionnelles hebdomadaires en dehors des heures de classe et de consommer des aliments traditionnels²⁹. L'EREEPN a également révélé que 73,3 % des principaux dispensateurs de soins ayant des enfants (âgés de moins de 6 ans) qui participaient à un programme de la petite enfance propre aux Premières Nations (comme un Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves) ont déclaré que leurs enfants les comprenaient lorsqu'ils parlaient, comparativement à 57,5 % des enfants qui ne participaient pas à un programme de la petite enfance propre aux Premières Nations³⁰.

Bien que le PAPAR ait manifestement contribué à des résultats positifs pour les enfants et les familles, plusieurs défis ont également été relevés en ce qui concerne la mise en œuvre efficace du programme. Les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête et au sein de la communauté ont souvent fait part de problèmes d'infrastructures et d'installations en raison d'un manque d'espace, d'un accès extérieur inadéquat ou dangereux, d'installations vétustes, et de réparations et rénovations qui tardent. Par exemple, une personne ayant répondu à l'enquête a fait le commentaire suivant : « Les installations pour le programme de DES ne sont pas sécurisées pour les enfants; elles sont petites et vétustes, et il n'y a pas d'endroit pour entreposer le matériel en toute sécurité. Il faut transporter tout ce qui est nécessaire à la prestation du programme (ce qui nécessite un véhicule, de l'espace et du temps) » [traduction]. Souvent, les membres du personnel ont fait part d'une collaboration avec les responsables des programmes de garderies communautaires afin de partager les coûts et les locaux.

En outre, le personnel du programme a indiqué que le financement n'a pas augmenté ou n'a pas suivi le rythme de la croissance démographique et de l'évolution des besoins et des priorités. Plus précisément, certaines communautés ont signalé une augmentation des besoins de soutien chez certains enfants participant au PAPAR, notamment en raison de problèmes comportementaux, de retards de développement, ainsi que de troubles d'élocution et du langage. Les membres du personnel se sont efforcés de suivre une formation complémentaire et d'intégrer les mesures de soutien aux enfants, mais les lourdes exigences qui pèsent sur le personnel et les longs délais d'attente pour accéder aux services spécialisés (orthophonie, ergothérapie, etc.) posent des problèmes dans le cadre du programme et, plus largement, au sein des communautés. L'insuffisance du financement a également créé des difficultés pour conserver le personnel qualifié en raison des faibles rémunérations et des possibilités limitées de progression salariale.

²⁹ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two*. (Ottawa : 2018). https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/53b9881f96fc02e9352f7cc8b0914d7a_FNIGC_RHS-Phase-3-Volume-Two_EN_FINAL_Screen.pdf, 2018.

³⁰ Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. *Our Data, Our Stories, Our Future: The National Report of the First Nations Regional Early Childhood, Education and Employment Survey*. Ottawa. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/fnigc_fnreees_national_report_2016_en_final.pdf, 2016.

7.2 Programme de soins de santé maternelle et infantile

Constatation 15 : Le PSSMI est souvent mis en œuvre dans le cadre d'une collaboration et sert de lien vital avec d'autres services de soutien offerts dans la communauté. Les problèmes de capacité (c'est-à-dire un personnel responsable d'un grand nombre de dossiers ou de programmes multiples), l'insuffisance du financement et l'inadéquation des compétences par rapport aux besoins plus complexes des clients sont des facteurs clés qui freinent le programme.

Comme il a été indiqué précédemment, l'évaluation a révélé que le PSSMI est souvent offert en collaboration avec d'autres programmes ou membres du personnel (par exemple, le programme sur les TSAF, le personnel responsable du PCNP, des diététistes et du personnel infirmier en santé communautaire) afin de proposer des services plus complets aux familles et de pallier les lacunes en matière de financement. Par conséquent, les constatations propres au PSSMI n'ont pas toujours été clairement délimitées. Cela dit, l'évaluation a révélé que le PSSMI constitue souvent un lien important entre les femmes et familles et le réseau plus large de soutien et de services. Les activités menées par les travailleurs dans le cadre du PSSMI comprenaient la préparation de trousse (repas et fournitures), l'organisation d'ateliers et d'activités de groupe (par exemple, cercle d'allaitement, porte-bébés, jupes à rubans, couvertures à motif étoilé, préparation de repas), des visites à domicile, le transport des clients (par exemple, épicerie et rendez-vous), et l'aiguillage des dispensateurs de soins et des familles vers d'autres services (par exemple, pédiatre et diététiste).

Selon les participants à l'enquête, le PSSMI a la plus grande incidence sur le soutien aux familles et aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans (89 % sont d'accord ou tout à fait d'accord) et sur la promotion de grossesses saines (86 % sont d'accord ou tout à fait d'accord). Une proportion plus faible de répondants était d'accord pour dire que le PSSMI avait mené à une augmentation des possibilités de formation culturellement pertinente (70 %), à un plus grand contrôle des Premières Nations sur la planification et la prestation des services (71 %) ou à une meilleure coordination des services (71 %). D'un point de vue qualitatif, le personnel au sein de SAC et des communautés a indiqué que le PSSMI contribue à rassembler les gens, à établir des relations de confiance et solidaires, et à encourager les parents et les familles à se fixer des objectifs.

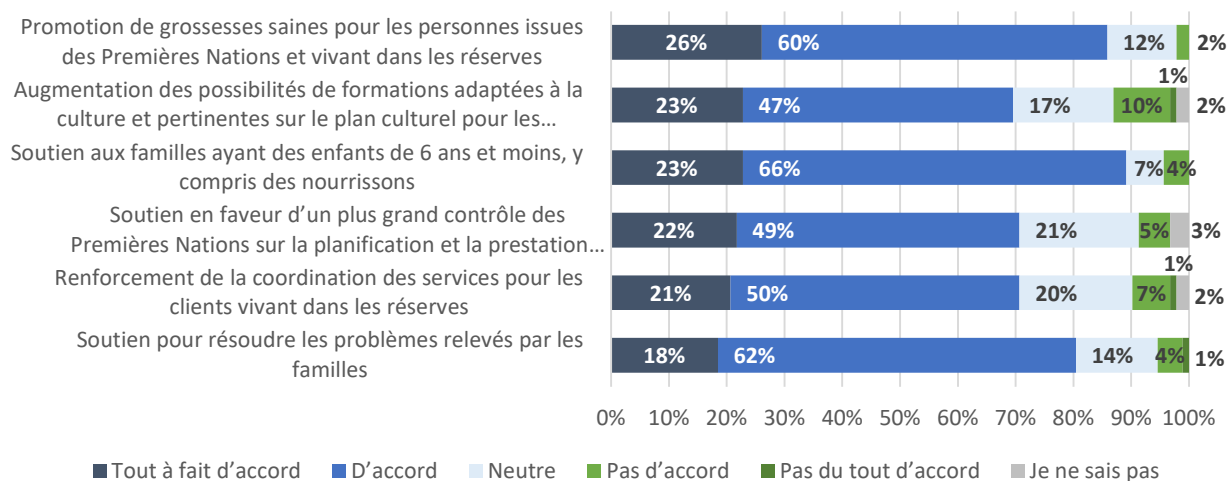


Figure 4. Degré d'accord en ce qui concerne l'atteinte des résultats dans le cadre du PSSMI parmi les répondants prenant part au PSSMI (n=92)

Selon les échanges avec les communautés et les constatations dans le cadre de l'enquête, les besoins dépassent souvent la capacité du PSSMI. Dans certaines Nations, les besoins sont devenus plus complexes, et des taux plus élevés de toxicomanie, d'insécurité alimentaire et financière et de violence sont signalés. Pendant ce temps, le personnel responsable du PSSMI fait face à des contraintes liées à des problèmes de capacité, à une insuffisance du financement et à une inadéquation des compétences pour répondre à ces besoins. En outre, certaines Nations ont signalé que la taille de la population avait augmenté et dépassait la capacité du programme. Dans certaines régions (par exemple, la région du Nord), le modèle de visites à domicile dans le cadre du PSSMI a été signalé comme étant totalement indisponible en raison d'un financement inadéquat, bien qu'il soit considéré comme une pratique exemplaire du programme.

« [Les fonds du programme] sont consacrés aux salaires. Il n'y a pas d'argent pour le programme. Il faut qu'ils injectent plus d'argent pour payer les salaires. Nous finissons par nous associer à d'autres programmes pour faire des économies et mettre en commun nos ressources. Nous ne devrions pas fonctionner de cette façon; cela nuit à chaque programme. » [traduction]

Si du financement supplémentaire était disponible, les représentants des communautés ont fait part d'un intérêt pour l'accès à une formation adaptée à la culture afin d'assurer une éducation et une sensibilisation aux pratiques traditionnelles d'accouchement et d'éducation des enfants. En outre, le personnel a indiqué qu'une formation complémentaire était nécessaire pour mieux répondre aux besoins des personnes qui consomment des substances tout en préservant la sécurité des visiteurs à domicile.

7.3 Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale

Constatation 16 : Le programme sur les TSAF est principalement axé sur la sensibilisation et l'éducation par l'intermédiaire d'événements communautaires en raison du budget minime qui s'y rapporte. La difficulté à assurer la gestion des cas et la stigmatisation persistante des TSAF constituent des défis dans le cadre du programme. En outre, l'accès limité aux services de diagnostic est un obstacle majeur pour répondre efficacement aux besoins des enfants atteints de TSAF.

En raison d'un financement limité, les communautés ont souvent indiqué qu'elles mettaient en œuvre le programme sur les TSAF par l'intermédiaire d'événements ponctuels (par exemple, une journée de sensibilisation et une foire de la santé), en mettant principalement l'accent sur l'éducation et la sensibilisation.

D'après les constatations dans le cadre de l'enquête communautaire, le programme sur les TSAF réussit le mieux à établir des relations de confiance avec les personnes qui présentent un risque de consommation d'alcool pendant la grossesse (72 % sont d'accord ou tout à fait d'accord), alors que les répondants sont moins d'accord pour dire que le programme renforce la capacité de la communauté à remédier aux TSAF et à le prévenir (61 % sont d'accord ou tout à fait d'accord) ou qu'il soutient la gestion des cas d'enfants atteints de TSAF (41 % sont d'accord ou tout à fait d'accord). Les représentants des communautés l'ont corroboré et ont indiqué que

la gestion des cas et l'accès limité aux services de diagnostic (longs délais d'attente, etc.) et aux soutiens spécialisés constituaient un défi majeur pour répondre efficacement aux besoins des personnes atteintes de TSAF et des personnes qui consomment des substances pendant la grossesse. Comme l'a fait remarquer un membre du personnel régional :

« Il est très difficile de placer les gens au cœur des services quand les limites de ces derniers échappent au contrôle des prestataires des centres de santé. Les fonds que les communautés reçoivent dans le cadre du programme sur les TSAF sont destinés à la promotion de la santé et à l'éducation, mais les services de diagnostic ainsi que les aides et les ressources connexes relèvent souvent des provinces. » [traduction]

Le principe de Jordan a été mentionné par certains membres du personnel dans la communauté comme un moyen de soutenir les enfants nécessitant des évaluations (enfants atteints d'autisme, de TSAF ou de TDAH, par exemple). Cependant, les longs délais d'attente ont de nouveau été signalés comme un obstacle à la mise en rapport des enfants et des familles avec les ressources appropriées.

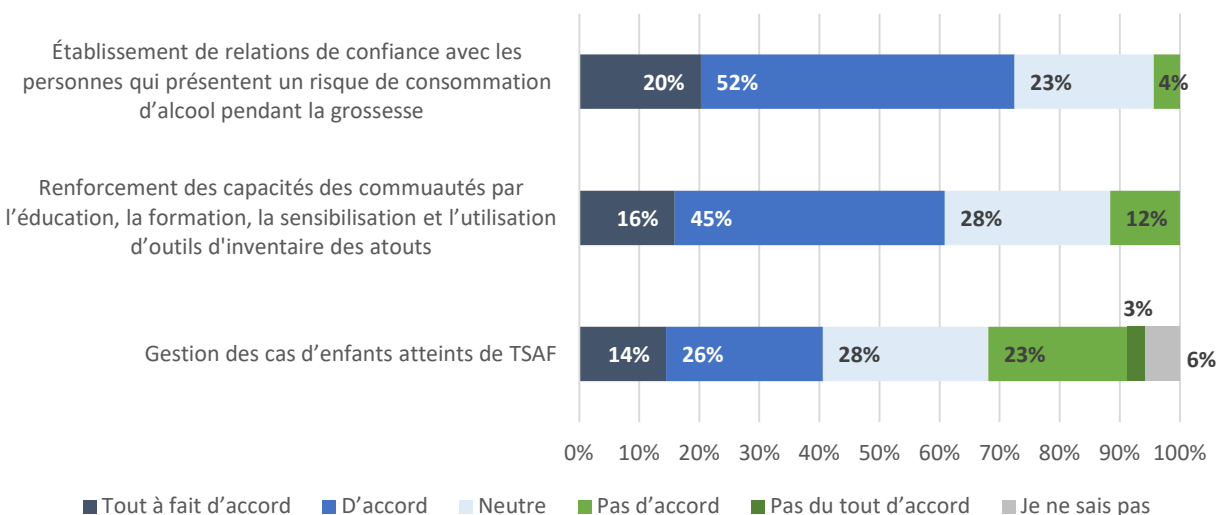


Figure 5. Degré d'accord en ce qui concerne l'atteinte des résultats dans le cadre du programme sur les TSAF parmi les répondants à l'enquête prenant part au programme (n=69)

Un autre facteur nuisant à la prestation du programme, comme l'ont noté le personnel de SAC et les représentants des communautés, est la stigmatisation persistante associée aux TSAF et au fait de révéler la consommation d'alcool. En particulier, un parent pourrait éviter d'accéder aux services et au soutien par crainte de l'intervention des services de protection de l'enfance. En conséquence, les communautés ont déclaré avoir eu recours à diverses stratégies, notamment la modification du nom du programme pour qu'il soit davantage axé sur les points forts (par exemple, programme de « bien-être »), ainsi que l'insistance sur la résilience et l'établissement d'objectifs. Si du financement supplémentaire était disponible, le personnel dans les communautés a fait part d'un intérêt pour des offres élargies dans le cadre des programmes, comme des camps d'été pour les familles axés sur la sensibilisation aux TSAF.

7.4 Programme canadien de nutrition prénatale

Constatation 17 : Le PCNP réussit à accroître l'accès à des aliments nutritifs, à favoriser l'acquisition de compétences et à améliorer l'alimentation des femmes des communautés des Premières Nations pendant la grossesse et l'allaitement. Cependant, la portée du programme est de plus en plus limitée, car le budget qui s'y rapporte n'a pas été augmenté pour faire face à la hausse des coûts des denrées alimentaires et des fournitures.

Les activités proposées dans le cadre du PCNP comprennent des cours prénataux, des groupes de soutien à l'allaitement, des cours de cuisine, la préparation d'aliments pour nourrissons et la distribution de bons alimentaires. En outre, certaines communautés font appel à des doulas pour offrir le PCNP selon une approche élargie, axée plus largement sur le soutien prénatal.

Les constatations de l'enquête auprès des communautés indiquent que le PCNP réussit le mieux à accroître l'accès aux conseils en matière de nutrition et de mode de vie (86 % sont d'accord ou tout à fait d'accord) et à améliorer l'alimentation des femmes des communautés des Premières Nations pendant la grossesse et l'allaitement (85 % sont d'accord ou tout à fait d'accord). La plupart des gens ont également indiqué que le PCNP avait permis d'améliorer l'accès à l'aiguillage (74 % sont d'accord ou tout à fait d'accord) et de renforcer l'éducation et le soutien en matière d'allaitement (74 % sont d'accord ou tout à fait d'accord). D'un point de vue qualitatif, les contributeurs à l'évaluation ont également noté l'importance du PCNP dans l'amélioration de l'accès à des aliments nutritifs et dans l'autonomisation des femmes et des familles grâce à des activités de renforcement des compétences.

Par exemple, dans une région, les coordinateurs du PCNP ont élaboré un guide de ressources sur l'alimentation des nourrissons avec les femmes de plusieurs communautés des Premières Nations. Le guide de ressources utilise une approche narrative et vise à soutenir un parcours d'alimentation saine basé sur des pratiques exemplaires tout en maintenant une compréhension pragmatique du large éventail d'expériences des femmes en ce qui concerne l'alimentation des nourrissons.

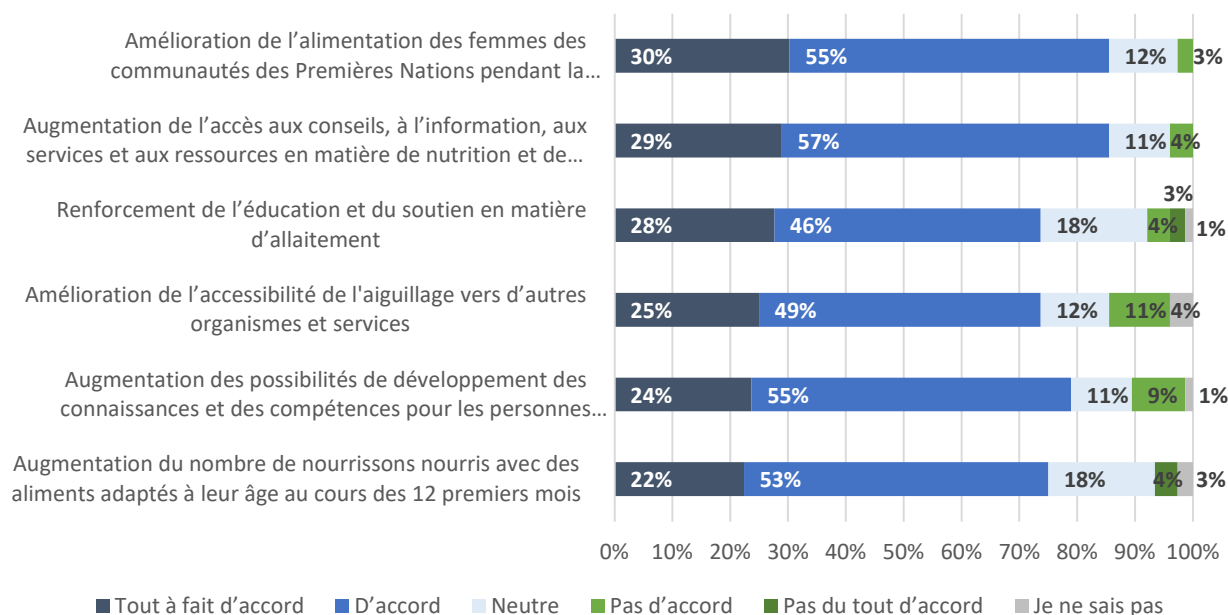


Figure 6. Degré d'accord en ce qui concerne l'atteinte des résultats dans le cadre du PCNP parmi les répondants à l'enquête prenant part au PCPN (n=76)

L'un des principaux défis signalés par le personnel régional et les répondants à l'enquête ainsi que dans le cadre des échanges avec les communautés est l'augmentation du coût des denrées alimentaires et l'absence d'augmentation des investissements dans les programmes, ce qui a considérablement limité la portée des programmes offerts. De ce fait, un membre du personnel peut être responsable du PCNP ainsi que de plusieurs autres programmes et services. L'augmentation des coûts a également eu des répercussions sur l'ensemble des communautés, ce qui a entraîné des taux plus élevés au chapitre de la sécurité alimentaire et une demande accrue pour le programme. Une personne ayant répondu à l'enquête a déclaré ce qui suit :

« L'augmentation du coût des préparations pour nourrissons et même des aliments nutritifs peut nuire à une alimentation saine. Dans le cadre des programmes visant à aider à préparer soi-même les aliments pour bébés, les familles doivent quand même acheter ces aliments sains. » [traduction]

8.0 Résumé des pratiques judicieuses et des leçons apprises

Constatation 18 : Dans l'ensemble, un large éventail de pratiques distinctives et de points forts ont été mentionnés, tels que l'offre d'occasions régulières de consultation communautaire pour déterminer conjointement les activités et les priorités dans le cadre des programmes, la collaboration avec d'autres partenaires au sein de la communauté pour servir les familles de manière holistique, et l'intégration des pratiques culturelles, des modes de connaissance, des langues et des cérémonies dans le cadre des programmes.

Principes directeurs généraux

La riche diversité des modes de connaissance et d'existence, des pratiques culturelles et traditionnelles, des histoires et des contextes géographiques et économiques des Premières Nations vient rappeler : 1) l'absence d'une « pratique exemplaire » unique dans la prestation des programmes, et 2) la pertinence du contrôle exercé par les Premières Nations sur la conception et la mise en œuvre du programme de DES. Les représentants de la communauté qui ont pris part aux visites en personne et à l'enquête ont décrit un large éventail d'approches et de pratiques pour la mise en œuvre des programmes.

Parmi les pratiques judicieuses, on peut citer les suivantes :

- consulter régulièrement la communauté pour déterminer les priorités et les intérêts locaux en ce qui concerne les programmes (par l'entremise d'enquêtes, de cercles de partage ou d'autres méthodes);
- proposer des cours et des activités axés sur les terres (par exemple, des camps d'été pour les familles ou des jardins communautaires);
- collaborer avec des partenaires dans la communauté pour soutenir les soins et les services intégrés destinés aux familles, par exemple en combinant le PSSMI, le programme sur les TSAF et le PCNP afin d'assurer une intervention globale de promotion de la santé;

- faire de la culture, de la langue et des modes de connaissance des Nations le fondement des programmes (par exemple, cours axés sur l'éducation parentale et l'accouchement traditionnels);
- réunir les parents et les membres de la communauté par l'intermédiaire de programmes et d'activités de groupe (par exemple, cercle de soutien à l'allaitement, fabrication de jupes à rubans, cercles de pères);
- mettre à contribution régulièrement les Aînés dans l'enseignement et le soutien des programmes.

Faits saillants des régions et des programmes

Pour favoriser l'exécution intégrée des programmes et les pratiques traditionnelles en matière d'accouchement et de soins aux enfants, certaines Nations ont déclaré avoir combiné le PSSMI et le PCNP et avoir fait appel à une doula ou à une autre personne traditionnellement responsable du soutien à l'accouchement pour mettre en œuvre les activités dans le cadre des programmes dans une optique holistique.

Dans une Première Nation, les responsables du PAPAR de la communauté ont collaboré étroitement avec un orthophoniste autochtone pour créer une approche autochtone de l'éducation relative à l'élocution et au langage. Intégrant les enseignements de la roue de la médecine et des étapes de la vie, cette approche s'écarte des méthodes d'évaluation conventionnelles telles que les questionnaires sur les étapes du développement et recrée l'évaluation orthophonique pour qu'elle soit centrée sur la famille et qu'elle soit encourageante plutôt que de se baser sur les déficiences. De plus, un camp d'été axé sur l'élocution et le langage et fondé sur le principe de Jordan a été mis sur pied, mêlant des éléments culturels et des activités axées sur les terres. Le PAPAR offert au sein de la Nation intègre également la cérémonie, selon les directives des Aînés.

Dans une autre Nation, un partenariat solide a été établi avec une organisation urbaine spécialisée dans les services aux enfants et aux familles. Ces services comprennent la garde d'enfants en cas de crise, l'hébergement à court terme, des conseils sur l'éducation des enfants, le dépistage et l'évaluation, ainsi que l'aide au développement. L'accent est mis sur le fait de garder les enfants et leur famille ensemble et d'éviter l'intervention du système de soins ministériel. Cette collaboration suit un modèle d'apprentissage réciproque dans le cadre duquel l'expertise de l'organisation urbaine a soutenu l'élaboration de programmes dans les réserves, tandis que les commentaires de la Nation ont permis une adaptation des services urbains aux besoins uniques des familles autochtones. L'un des résultats notables de ce partenariat est la mise en place d'un processus d'administration des questionnaires sur les étapes du développement dans une optique autochtone, ce qui permet d'atténuer le risque de classer incorrectement des enfants comme présentant un retard de développement. Ce partenariat se traduit également par un soutien plus complet aux familles qui font la transition entre la ville et la réserve et assure la poursuite harmonieuse des soins et des services.

Dans la région de l'Atlantique, par l'intermédiaire des processus du Partenariat pour la santé, la DGSPNI et les Premières Nations de l'Atlantique ont élaboré conjointement le plan d'action stratégique pour l'enfance et les jeunes de 2013-2018 afin qu'il y ait des investissements ciblés en matière de santé pour les enfants et les jeunes. Le plan d'action a défini cinq orientations stratégiques pour les investissements en amont et plusieurs réalisations ont été accomplies à la suite de la mise en œuvre du plan. Par exemple, une Première Nation a obtenu un grand succès dans le cadre des activités du programme sur les TSAF et du PSSMI en se concentrant sur une approche intégrée de la prestation des programmes, notamment en organisant des

foires communautaires axées sur les nourrissons, des cercles de discussion, des cours de cuisine pour jeunes mamans, des activités de bénévolat pour les jeunes après l'école, des soirées cinéma et des promenades dans la nature. Tous les rassemblements sont axés sur des thèmes liés aux TSAF et au PSSMI. De plus, grâce au travail des neuf coordinateurs du programme sur les TSAF et des cinq coordinateurs du PSSMI, des liens et des aiguillages sont établis avec d'autres partenaires (centres de santé communautaires, travailleurs responsables des programmes de lutte contre la toxicomanie, PAPAR et partenaires des services provinciaux, par exemple) afin de partager les connaissances et les ressources et d'éviter le double emploi³¹.

9.0 Thèmes transversaux

9.1 Changements climatiques

Constatation 19 : Parmi les principales répercussions des changements climatiques en ce qui concerne le programme de DES, on peut citer l'accès limité ou réduit aux matériaux et aux fournitures, les perturbations des programmes axés sur les terres, la diminution de l'accès aux systèmes alimentaires traditionnels et le mauvais état des infrastructures. Les changements climatiques peuvent avoir des répercussions disproportionnées sur les communautés éloignées et isolées.

Les conclusions de la littérature suggèrent que les effets des changements climatiques pèsent de manière disproportionnée sur certains groupes, notamment les femmes et les enfants des communautés des Premières Nations, ainsi que les personnes vivant dans des communautés éloignées et isolées³². De façon générale, les répondants n'ont pas indiqué que les changements climatiques avaient eu des répercussions directes ou significatives sur les programmes. Environ la moitié des répondants à l'enquête (54 %) ont déclaré être neutres quant aux répercussions des changements climatiques sur la prestation des programmes, 17 % sont tout à fait d'accord ou d'accord, et 25 % ne sont pas d'accord ou ne sont pas du tout d'accord pour dire qu'ils ont observé des répercussions (n=153 au total).

Les principales considérations relevées par le personnel régional, les représentants de la communauté et les répondants à l'enquête sont les suivantes :

- l'accès aux matériaux, à la nourriture et aux provisions est menacé par le raccourcissement de la période d'accès aux routes de glace à mesure que les températures saisonnières augmentent;
- en raison de l'augmentation des avis sur la qualité de l'air et des vagues de chaleur, les possibilités d'apprentissage axé sur les terres et en plein air (par exemple, dans le cadre du PAPAR) sont limitées;
- les perturbations des régimes migratoires des animaux et la diminution de l'accès aux aliments traditionnels ont des répercussions sur la sécurité alimentaire et ont des effets en aval sur le bien-être des communautés;

³¹ Atlantic First Nations. *Atlantic First Nations Child and Youth Strategic Action Plan 2013-2018*. https://www.apcfn.ca/wp-content/uploads/2020/07/Child_and_Youth_Strategic_Action_Plan_Final_Report_2013-2018.pdf, 2020.
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *Changements climatiques et santé des Autochtones du Canada*. https://www.ccnsc.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10367/Climate_Change_and_Indigenous_Peoples_Health_FR_WEB_2022-04-20.pdf, 2022.

- les phénomènes météorologiques extrêmes étant plus fréquents, la présence d'infrastructures inadéquates pour résister aux phénomènes météorologiques et de s'abriter en toute sécurité est un sujet de préoccupation.

9.2 Transfert de services

Constatation 20 : Des pratiques prometteuses visant à favoriser l'autodétermination ont été relevées, notamment une définition claire des rôles et des responsabilités, des approches de financement évolutives avec des ressources adéquates, un soutien consultatif et technique, et le développement de la main-d'œuvre. Les efforts déployés en vue d'un transfert de services sont attestés par une tendance progressive et générale des communautés à privilégier des ententes plus souples et des structures de partenariat améliorées dans toutes les régions. Toutefois, l'absence d'un financement adéquat et stable constitue une contrainte importante.

Selon la littérature, les modèles de gouvernance qui favorisent l'autodétermination et améliorent les résultats pour les communautés sont définis par des éléments tels que :

- des rôles et des responsabilités clairement définis entre toutes les administrations en matière de gouvernance de la santé (par exemple, les gouvernements fédéral, provinciaux/territoriaux et autochtones);
- des modèles « évolutifs » d'autodétermination fondés sur les capacités des communautés;
- des ententes de financement adéquates, durables et flexibles, adaptées aux besoins locaux et permettant une planification à long terme et des approches intégrées;
- le soutien permanent des pouvoirs publics sous la forme de ressources humaines, physiques et financières;
- le développement, le recrutement et le maintien d'un effectif approprié;
- la prestation de programmes et de services définis par les modes de connaissance autochtones, en mettant l'accent sur des approches holistiques³³.

Les répondants au sein de SAC et des communautés ont fait état de certains progrès en ce qui concerne le transfert du contrôle des services, comme l'indique une tendance progressive et générale des communautés à adopter des ententes plus souples et la mise en place de tables de partenariat et de structures de gestion conjointe pour favoriser la prise de décisions par les Premières Nations. En outre, une région a indiqué avoir récemment mis en place un comité de spécialistes des programmes, qui réunit tous les spécialistes des programmes liés au MRC. Dans le but d'amener les communautés à privilégier des ententes plus souples, le comité examine les budgets et les plans de travail et fournit des conseils aux communautés, au besoin.

Quelques exemples régionaux de contrôle des services transférés ont été relevés. Dans la région du Manitoba, le PSSMI a été transféré au Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba, qui est responsable de l'orientation dans le cadre du

³³ Halseth, R. et Murdock, L. *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé : leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-LC-2023-06-08-VS-FR-003-WEB.pdf>, 2020.

programme, du suivi, de la formation et du soutien aux communautés et au personnel pour assurer le respect des normes du programme. De même, le programme sur les TSAF régional, appelé STAR (Success Through Advocacy and Role Modelling) au Manitoba, est abrité par le South East Resource Development Council, où se déroulent toutes les activités d'orientation, de suivi et de formation dans le cadre du programme. En outre, l'un des facteurs clés rendant la mise en œuvre dans la région du Québec unique est le transfert du Programme canadien de nutrition prénatale directement aux communautés. Par conséquent, les signataires d'accords de contribution ne sont pas soumis à des obligations de production de rapports ou à d'autres obligations de suivi dans le cadre de leur entente de financement en ce qui concerne le PCNP.

Dans l'ensemble, le renforcement des capacités des communautés a été fréquemment souligné comme étant un domaine prioritaire et une opportunité. Selon les personnes interrogées au sein de la communauté, les facteurs suivants sont susceptibles d'améliorer l'état de préparation au transfert de services :

- l'accès à des programmes de formation et de mentorat, le partage des connaissances et des possibilités d'apprentissage entre pairs;
- une planification appropriée de la transition en collaboration avec SAC;
- le soutien lié à l'administration et à la planification des programmes (par exemple, élaboration du plan de travail, établissement du budget, etc.).

En outre, le manque de financement actuel ne doit pas être sous-estimé en tant que facteur important limitant le transfert du contrôle. En effet, ce facteur entrave le renforcement des capacités et la planification à long terme, le recrutement et la conservation d'un personnel qualifié, ainsi que l'accès aux formations nécessaires.

Certains membres du personnel régional ont indiqué que les contraintes liées aux capacités internes constituaient un risque pour le soutien au transfert de services. Plus précisément, étant donné que de plus en plus de Premières Nations concluent des ententes sur l'autonomie gouvernementale, la DGSPNI doit fournir un soutien en ressources humaines, notamment en matière de planification et d'élaboration de programmes, d'établissement d'objectifs et de détermination de résultats, d'établissement de budget et d'autres formes d'assistance administrative.

9.3 Premières répercussions de la pandémie de COVID-19

Constatation 21 : La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions considérables sur la mise en œuvre des programmes de DES en raison des périodes de confinement et du changement des priorités. L'une des principales leçons apprises dans le contexte de la pandémie est qu'il est important de favoriser l'autodétermination des Premières Nations pour répondre aux nouveaux besoins et aux nouvelles priorités. À la suite de la pandémie, une augmentation des besoins des enfants et des familles a été signalée.

L'évaluation a montré que la pandémie de COVID-19 a eu des répercussions considérables sur les programmes de DES et, dans de nombreux cas, a exacerbé les besoins au sein de la communauté.

En ce qui concerne la prestation des programmes, le personnel régional et les communautés ont indiqué que les programmes n'étaient pas opérationnels ou que leur portée était fortement limitée en raison de divers facteurs, notamment les restrictions en matière de santé publique, la réaffectation du personnel pour répondre à d'autres priorités (par exemple, la sécurité, la vaccination, le dépistage), les défis liés au personnel (par exemple, l'épuisement professionnel

et la conservation de l'effectif), ainsi que les mauvaises infrastructures technologiques et de connectivité. Pour atténuer les effets de la pandémie, de nombreux programmes se sont orientés vers des activités en ligne pour soutenir les enfants et les familles (par exemple, des ateliers en ligne), ont préparé des paniers de repas ou de provisions à déposer (épicerie, fourniture pour des activités, couches et préparations pour nourrissons, par exemple), et ont proposé des « visites sur le perron » ou des services de messages textes et d'appels téléphoniques pour assurer le maintien du lien avec les membres de la communauté. Les représentants des communautés ont fait remarquer qu'il avait été difficile de restimuler la mobilisation des enfants et des familles dans le cadre des programmes depuis l'apogée de la pandémie.

En outre, l'évaluation a montré que la pandémie de COVID-19 a créé un effet domino sur le bien-être des communautés. Bon nombre de membres du personnel dans les communautés, de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête et de membres du personnel régional ont évoqué des défis nouveaux ou émergents liés au stress, à l'isolement, au deuil et à la perte d'un être cher, ainsi qu'à la précarité économique. Il s'agit notamment d'une augmentation ou d'une complexification de la consommation de substances, de la violence, de l'insécurité alimentaire et d'un accès insuffisant aux déterminants sociaux de la santé, d'une diminution du bien-être mental et d'une augmentation des retards de développement et des problèmes comportementaux chez les enfants. Les répercussions de la pandémie sur les enfants, en particulier, sont très préoccupantes selon le personnel et nécessitent des ressources plus importantes pour y remédier efficacement.

Les observations des représentants des communautés et du personnel de SAC viennent rappeler l'importance de soutenir les Nations dans la conception, la mise en œuvre et l'adaptation de programmes qui correspondent le mieux à leurs priorités, besoins et contraintes. Par exemple, certaines communautés ont fait état d'une transition réussie vers des programmes en ligne (cercles virtuels et ateliers, par exemple) et ont indiqué qu'elles continueraient à proposer certaines activités virtuelles dans l'intérêt des familles qui ne s'impliqueraient peut-être pas autrement. Dans d'autres cas, la réaffectation des fonds des programmes à la fourniture de provisions a été jugée nécessaire pour pallier l'augmentation de l'insécurité alimentaire et économique.

10.0 Conclusions

L'évaluation a montré qu'il existe un besoin avéré des programmes de DES pour lutter contre les disparités sanitaires et sociales et pour favoriser une trajectoire positive pour les enfants et les familles. Si les besoins des enfants et des familles varient d'une communauté à l'autre, les principales priorités auxquelles font face les Premières Nations sont l'insécurité alimentaire et l'accès aux systèmes alimentaires traditionnels, les expériences inévitables en matière de maladies chroniques et les disparités en ce qui concerne les issues de la grossesse et l'accouchement. En outre, les besoins des enfants et des familles ayant augmenté en acuité et en complexité, la poursuite des investissements dans les programmes, parallèlement à l'insistance sur les déterminants sociaux de la santé, doit être une priorité.

En ce qui concerne le rendement des programmes, les communautés ont fait état de retombées positives grâce au financement lié au DES. Par exemple, les communautés ont présenté des interventions communautaires novatrices, axées sur l'amélioration de l'accès aux ressources nécessaires au bien-être, au développement de l'autonomie fonctionnelle, au renforcement du lien avec la culture et la langue, à la promotion de la guérison et à la prévention d'autres méfaits grâce à une intervention précoce. L'augmentation des investissements dans certains secteurs de programme par l'entremise du budget de 2017 a favorisé l'amélioration de l'accès aux programmes et de leur qualité. Cependant, comme cette situation s'est produite vers la fin de la période d'évaluation, on ne connaît pas encore complètement les retombées. Bien que la stratégie de mesure du rendement du programme ait été révisée à la suite de l'évaluation de 2014, l'accès limité aux données sur le rendement du programme pour évaluer l'atteinte des résultats a été un obstacle rencontré au cours de l'évaluation.

L'évaluation a montré que les programmes de DES collaborent efficacement au sein de la communauté. Souvent, le personnel dans la communauté remplissait plusieurs « rôles » dans le cadre des programmes et proposait des activités combinant plusieurs secteurs (PSSMI et programme sur les TSAF fournis ensemble en tant que programme de visites à domicile). Au chapitre des sous-programmes, les principaux points forts du PAPAR sont les suivants : renforcement du lien avec la culture et la langue, amélioration de la maturité scolaire et soutien à l'atteinte des étapes émotionnelles et développementales. Le PSSMI aide les femmes à accéder aux ressources et aux fournitures nécessaires, facilite les liens avec d'autres services et aide à fixer des objectifs grâce à des relations de confiance. Le programme sur les TSAF vise à sensibiliser et à éduquer la communauté et à établir des relations de confiance avec les personnes présentant un risque de consommation d'alcool. Enfin, les points forts du PCNP sont l'accent mis sur l'augmentation de l'accès aux aliments nutritifs et le soutien au développement des compétences. Cependant, dans tous les sous-programmes, le manque de financement adéquat a été une préoccupation majeure (voir ci-dessous).

L'évaluation a permis de cerner plusieurs contraintes qui pèsent actuellement sur le rendement des programmes. Plus particulièrement, le manque de financement adéquat et à long terme est un obstacle important à l'obtention de retombées globalement et dans le cadre des sous-programmes. Le financement a largement stagné pendant la période d'évaluation. Parallèlement, les communautés ont connu une croissance démographique, une augmentation des coûts liée à l'inflation et une augmentation des besoins des enfants et des familles (en raison de facteurs tels que l'insécurité alimentaire, la violence, l'utilisation plus complexe de substances, le deuil et les traumatismes). Dans le cadre des programmes, l'insuffisance du financement a entraîné des difficultés à recruter et à conserver du personnel qualifié, en plus d'une surcharge de travail pour le personnel (c'est-à-dire qu'une personne remplit plusieurs rôles) et, en fin de compte, a limité la mise en œuvre des programmes. Cette situation a également eu une incidence sur la capacité des communautés d'intégrer des activités

traditionnelles dans les programmes et de faire parvenir efficacement l'aide nécessaire aux enfants et aux familles. Le manque d'accès à un financement adéquat, stable et à long terme pour renforcer les capacités des communautés et soutenir la planification à long terme constitue également une menace pour le mandat ministériel consistant à faire progresser la reprise du contrôle des services.

L'absence de prise en charge universelle a été déterminée comme une lacune des programmes. Certaines régions ont financé les communautés de manière « universelle » (bien que le financement ne soit pas suffisant), tandis que d'autres ont utilisé une approche ciblée du financement, ce qui a entraîné des lacunes en matière d'accès. En outre, l'évaluation a révélé que si les programmes sont principalement axés sur les enfants, il semble qu'il y ait des lacunes en ce qui concerne les services destinés aux jeunes. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment les paramètres traditionnels des programmes qui limitent l'accès aux programmes (lesquels sont réservés aux enfants jusqu'à l'âge de 6 ans), le manque de sensibilisation des communautés et le manque de fonds disponibles pour élargir l'accès des programmes de façon que tous les enfants et les jeunes de la communauté puissent en bénéficier.

Enfin, l'évaluation a montré que le COVID-19 a eu des répercussions importantes sur les programmes, puisque les activités prévues ont été interrompues ou considérablement limitées et que les membres du personnel de la communauté ont été réaffectés à d'autres fonctions. Certaines considérations liées aux changements climatiques ont également été relevées, notamment les effets de la réduction de l'accès routier et des problèmes d'approvisionnement, les perturbations des programmes axés sur les terres, ainsi que les répercussions sur la sécurité alimentaire associée à la dégradation de l'environnement.

11.0 Recommandations

Compte tenu des constatations dans le cadre de l'évaluation, il est recommandé que SAC fasse ce qui suit :

1. Déterminer les mécanismes permettant d'améliorer l'accès au programme, notamment en améliorant la compréhension des besoins du programme et en identifiant les possibilités de partenariat et d'autres mécanismes permettant d'accroître et de maintenir les ressources du programme.

L'accès à des programmes de développement de la petite enfance de grande qualité et adaptés à la culture demeure une priorité pour les Premières Nations afin de remédier aux résultats inéquitables, de soutenir les fondements du bien-être et d'encourager une trajectoire positive de bonne santé (constatations 1 et 2). L'évaluation a montré que l'absence d'accès universel aux programmes reste une préoccupation constante (constatations 5 et 7). Il ne faut pas oublier que si certaines régions ont opté pour une approche universelle en matière de financement, le sous-financement traditionnel constitue un obstacle important à la portée et aux retombées des programmes. En raison du financement insuffisant, les régions doivent choisir entre l'accès aux services de base (c'est-à-dire en allouant à chacune des communautés une petite part de l'enveloppe totale prévue pour les programmes) ou le financement de programmes étendus dans certaines Nations (c'est-à-dire en finançant quelques Nations et en omettant les autres). En outre, à l'échelle des Nations ou des communautés, le financement disponible ne permet pas au personnel dans les communautés de joindre tous les groupes de la population, en particulier les programmes de prévention pour les jeunes et les enfants de plus de 6 ans, bien qu'il s'agisse d'une priorité élevée.

Il est donc recommandé que SAC détermine les mécanismes permettant d'accroître l'accès aux programmes grâce à des investissements soutenus et à la recherche de partenariats pertinents lorsque cela est possible, afin de veiller à ce que les communautés disposent de ressources adéquates pour fournir des services de haute qualité répondant aux besoins des enfants et des familles.

2. Identifier les possibilités et les mécanismes concrets permettant de soutenir l'échange des connaissances au sein du personnel DES et des sous-programmes, afin de favoriser le renforcement des capacités et de faciliter la diffusion des bonnes pratiques et des leçons tirées de l'expérience.

Les communautés qui ont participé à l'évaluation ont systématiquement fait part d'un intérêt pour les possibilités de partage des connaissances et de développement de partenariats afin de favoriser l'innovation, de renforcer les capacités globales et de partager les expériences dans le cadre du programme (constatations 4 et 20). En outre, comme beaucoup ont décrit les besoins des clients comme étant de nature plus complexe, il est important de s'assurer qu'il existe des mécanismes permettant d'accéder à une formation appropriée, de réfléchir, de faire un compte rendu et d'échanger les pratiques prometteuses et les leçons apprises afin de soutenir le bien-être et la capacité de la main-d'œuvre.

Il est recommandé que SAC explore les occasions de partage de connaissances à l'échelle des communautés, par exemple en tirant parti de méthodes virtuelles (les communautés de pratique, par exemple) et en organisant des réunions régionales en personne.

3. À l'échelle régionale, accroître les efforts de partenariat et d'établissement de relations avec les collectivités (parmi celles qui le souhaitent) par une communication régulière, l'échange d'informations et l'établissement de relations afin de soutenir une mise en œuvre efficace des programmes, de déterminer conjointement les solutions/possibilités et de renforcer les capacités des collectivités.

Les communautés ont souvent exprimé le souhait d'une communication et d'un engagement plus directs avec le personnel régional de SAC (constatations 8 et 20). En fonction de la volonté d'implication de la communauté, il peut s'agir d'un partage constant d'informations pour mieux faire comprendre le programme (par exemple, pour le nouveau personnel), de comptes rendus réguliers sur le financement et toute modification apportée au programme (par exemple, en ce qui concerne les rapports), et d'une aide pour présenter les pratiques prometteuses et les activités innovantes qui se déroulent dans les communautés, tout en étant disponible pour fournir une assistance technique sur demande. En outre, les communautés ayant participé à l'évaluation ont insisté sur la nécessité d'une mobilisation en personne et d'établir des partenariats (visites dans les communautés, notamment), en particulier à la suite de la pandémie de COVID-19.

Des interactions plus fréquentes permettraient de mieux faire connaître le programme, de faciliter les liens avec d'autres équipes de programme ou avec les ressources disponibles, de contribuer au renforcement des capacités et de mieux comprendre les nouveaux besoins, les réalités du programme et les contraintes. Étant donné que les communautés ont des intérêts et des préférences variables en ce qui concerne le niveau d'engagement avec SAC, des consultations régionales avec les communautés pourraient permettre de déterminer quelles approches sont les plus appropriées ou appréciées en matière de consultation et d'établissement de partenariats.

4. Avec les partenaires des Premières Nations, étudier les possibilités de réviser et d'innover en matière d'approches de mesure du rendement, fondées sur des sources de données appropriées, afin d'améliorer l'évaluation de l'incidence du programme et de s'aligner sur les approches des Premières Nations, tout en maintenant l'accent sur la réduction de la charge de travail liée à la production de rapports.

L'évaluation a révélé que même si le programme s'est efforcé de simplifier les données dans le cadre de la production de rapports et de réduire le fardeau, il y a des lacunes persistantes dans les données sur les retombées du programme, car les données peuvent ne pas être disponibles (entre les cycles de l'ERS, par exemple), les données ne pas tenir compte de tous les contextes communautaires et les indicateurs liés aux rapports peuvent ne pas correspondre aux perspectives et aux approches des Premières Nations en ce qui concerne la compréhension des retombées du programme et des réussites (constatation 13). Cependant, il est toujours nécessaire de démontrer la pertinence et les retombées des programmes.

Il est donc recommandé que le programme détermine les possibilités d'améliorer les processus de collecte de données en collaboration avec les partenaires des Premières Nations, en mettant l'accent sur l'harmonisation des indicateurs et des approches avec les visions du monde des Premières Nations, sur le soutien au renforcement des capacités et sur le maintien de l'autodétermination. Par exemple, l'augmentation des possibilités de rapports narratifs pourrait donner une image plus complète des histoires du programme.

Annexe A : Enjeux et questions d'évaluation

Les questions d'évaluation portent sur des points relatifs à la pertinence et au rendement, comme l'exige la Politique sur les résultats du Conseil du Trésor. Les questions ont également été conçues pour évaluer les différents éléments et les résultats attendus des sous-programmes de DES, mettre en évidence les leçons apprises et les pratiques prometteuses, et envisager l'optique des changements climatiques, de la pandémie de COVID-19 et de l'évolution vers la transformation et le transfert des services.

I. Pertinence : Harmonisation de la conception avec les résultats souhaités

1. Le groupe de programmes de DES, y compris ses programmes et la gamme de services offerts, est-il toujours nécessaire?
2. Quels sont les problèmes de santé et sociaux actuels et permanents qui contribuent à la nécessité de ce groupe de programmes, y compris les programmes qui s'y rapportent? En quoi ces besoins ont-ils changé depuis la dernière période d'évaluation?
3. Le groupe de programmes de DES fait-il double emploi ou chevauche-t-il d'autres programmes, politiques et initiatives à l'échelle fédérale?

II. Efficacité : Atteinte des résultats

4. Dans quelle mesure le groupe de programmes de DES a-t-il atteint les résultats attendus pour ce qui est des résultats immédiats et intermédiaires de son modèle logique?
5. Dans quelle mesure les programmes spécifiques du groupe de programmes de DES réussissent-ils à apporter le soutien escompté?
6. Y a-t-il des lacunes dans les services offerts dans le cadre du groupe de programmes de DES et, dans l'affirmative, quelle incidence ces lacunes ont-elles sur les bénéficiaires des fonds et les clients?
7. Les bénéficiaires des fonds et les clients sont-ils suffisamment informés des ressources et des aides dont ils disposent pour accéder au groupe de programmes de DES ou en assurer la mise en œuvre?
8. Quel est le niveau d'interconnectivité et de collaboration au sein du groupe de programmes de DES au chapitre de la prestation des programmes (par exemple, entre les bureaux régionaux et le bureau national, entre les communautés et les bureaux régionaux, et au sein des communautés)?
9. Quelles sont les différences régionales dans la prestation du groupe de programmes de DES?

III. Efficience et économie : Utilisation des ressources par rapport aux résultats et aux progrès accomplis

10. Quel est l'état d'avancement en ce qui concerne les recommandations formulées dans le cadre de la précédente évaluation du groupe de programmes de DES?
11. Le groupe de programmes de DES a-t-il été géré et mis en œuvre de manière efficace et économique?

12. Les capacités (ressources humaines, formation et ressources financières) dans le cadre du groupe de programmes de DES sont-elles suffisantes pour permettre l'atteinte des objectifs et des résultats attendus?
13. Existe-t-il des systèmes de mesure du rendement appropriés pour suivre les progrès réalisés dans le cadre du groupe de programmes de DES?

IV. Leçons apprises : Considérations pour l'avenir

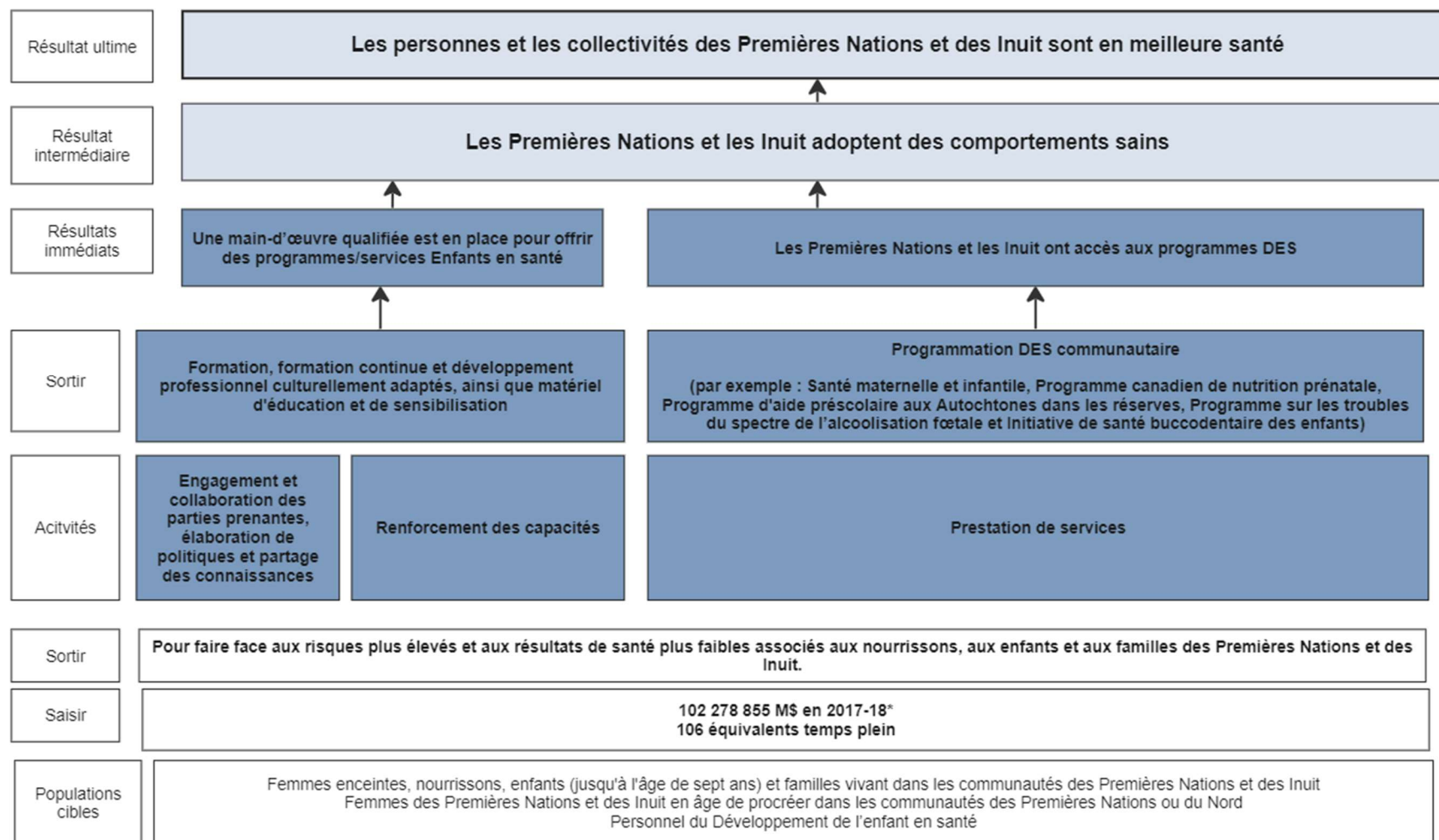
14. Des pratiques exemplaires ou judicieuses ont-elles été déterminées dans le cadre du groupe de programmes de DES?
15. Quels sont les défis liés à la prestation du groupe de programmes de DES?

V. Transfert des services/des responsabilités et questions thématiques

16. Comment améliorer la prestation des programmes de DES pour faire progresser le transfert de services aux partenaires autochtones?
17. En cas de transfert de services, quels seraient les éléments nécessaires pour le rendre réalisable; comment le Ministère peut-il soutenir ce changement?
18. Quelles ont été les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les programmes de DES?
19. Quelles mesures ont été prises pour atténuer les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les programmes de DES?
20. En quoi les changements climatiques influent-ils sur le programme de DES et les résultats qui s'y rapportent?

Appendix B: Modèle logique

Figure 7: Modèle logique pour le cluster DES



*Dépenses prévues selon le plan ministériel 2017-2018 de Santé Canada

Légende
d'attribution :

Influence
directe

Contribuer à
l'influence

Appendix C: Références

Assemblée des Premières Nations. (2017). First Nations Health Transformation Agenda (non disponible en français). <https://scoinc.mb.ca/wp-content/uploads/2021/06/FNHTA-AFN-wcag.pdf>

Assemblée des Premières Nations, Université d'Ottawa, Université de Montréal. (2021). Étude sur l'alimentation, la nutrition et l'environnement chez les Premières Nations – Résumé des conclusions et des recommandations pour huit régions de l'Assemblée des Premières Nations 2008-2018. https://www.fnfnes.ca/docs/EANEPN_Re%CC%81sume%CC%81_20_oct_2021_FINAL.pdf

Premières Nations de l'Atlantique. (2020). *Atlantic First Nations Child and Youth Strategic Action Plan 2013-2018* (non disponible en français). https://www.apcfnc.ca/wp-content/uploads/2020/07/Child_and_Youth_Strategic_Action_Plan_Final_Report_2013-2018.pdf

Forum des politiques publique. (2015). Formation de leaders : Développement de la petite enfance dans les communautés autochtones. Rapport final. <https://ppforum.ca/fr/publications/formation-de-leaders-developpement-de-la-petite-enfance-dans-les-communautes-autochtones/>

Earle, L. (2011). Traditional Aboriginal diets and health. National Collaborating Centre for Indigenous Health (non disponible en français). https://www.nccih.ca/495/Traditional_Aboriginal_diets_and_health_nccah?id=44

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One. Ottawa (non disponible en français). https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (2018). National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two (non disponible en français). https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/53b9881f96fc02e9352f7cc8b0914d7a_FNIGC_RHS-Phase-3-Volume-Two_EN_FINAL_Screen.pdf

Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2016). Our Data, Our Stories, Our Future: The National Report of the First Nations Regional Early Childhood, Education and Employment Survey (non disponible en français). https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/fnigc_fnreees_national_report_2016_en_final.pdf

Secrétariat à la santé et au développement social des Premières Nations du Manitoba. (n.d.). *Maternal Child Health* (non disponible en français). <https://www.fnhssm.com/maternal-child-health>

Halseth, R. & Greenwood, M. (2019). Le développement des jeunes enfants autochtones au Canada : état actuel des connaissances et orientations futures. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.ccnsc.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=247>

Services aux Autochtones Canada. (2014). Évaluation des groupes Vie saine (2010-2011 à 2012-2013) et Développement des enfants en santé (2008-2009 à 2012-2013). Rapport final. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/responsabilisation-rendement-rapports-financiers/rapports-evaluation/evaluation-groupes-vie-saine-2010-11-2012-13-developpement-enfants-sante-2008-09-2012-13.html>

Services aux Autochtones Canada. (2018). EJFS programme PIP. Document interne. (lien non disponible).

Services aux Autochtones Canada. (2020). Services aux Autochtones Canada : Plan stratégique 2020 à 2025. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1580929468793/1580929551018>

Services aux Autochtones Canada. (2020). Autorité relative aux soins de santé primaires. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1524852370986/1615723657104#a4>

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2022). Changements climatiques et santé des Autochtones du Canada. <https://www.ccnsa.ca/fr/publicationsview.aspx?sortcode=1.8.21.0&id=10367>

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

Statistique Canada. (2017). Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017011/article/54886-fra.htm>

Stelkia, K., Manshadi, A., Adams, E., Wieman, C., & Reading, J. (2023). Weaving Promising Practices to Transform Indigenous Population Health and Wellness Reporting by Indigenizing Indicators in First Nations Health (non disponible en français). *International Journal of Indigenous Health*, 18(1).

Ministère des Finances Canada. (2018). Le Budget de 2018 ÉGALITÉ ET CROISSANCE POUR UNE CLASSE MOYENNE FORTE. <https://www.budget.canada.ca/2018/docs/nrc/2018-02-27-fr.html>

Ministère des Finances Canada. (2017). Le Budget de 2017 Chapter 3 – Chapitre 3 – Un Canada fort à l'échelle nationale et internationale. <https://www.budget.canada.ca/2017/docs/plan/chap-03-fr.html>

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). Appels à l'action. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf