



Initiative sur le *Diabète* chez les Autochtones

Cadre d'évaluation

Février 2002



Santé
Canada

Health
Canada

Canada

Initiative sur le *Diabète* chez les Autochtones

Cadre d'évaluation

Février 2002

Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.

Santé Canada

Le présent cadre d'évaluation a été rédigé par le Groupe de travail sur la reddition des comptes et l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Ce groupe comprend les personnes suivantes :

Dr Gillian Bailey, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada
Michelle Callaway, DGSPNI, Santé Canada
Kidane Gebremariam, DGSPNI, Santé Canada
Barbara LeBrun, Direction générale de la santé de la population et de la santé politique, Santé Canada
Joanne Lucarz-Simpson, DGSPNI, Santé Canada
Alastair MacPhee, Congrès des Peuples Autochtones
Onalee Randell, Inuit Tapiriiksat Kanatami
Satish Seetharam, DGSPNI, Santé Canada
Anita Stevens, Assemblée des Premières nations
Susan Taylor-Clapp, DGSPNI, Santé Canada
Maureen Thompson, DGSPNI, Santé Canada
Krista Van Aert, DGSPNI, Santé Canada
Francine Vincent, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
Joanette Wallace, DGSPNI, Santé Canada
Joan Wentworth, Conseil tribal de Battleford

Pour toute demande de renseignements concernant le présent document, prière de communiquer avec :

Satish Seetharam
Chef de l'évaluation des programmes
Direction des programmes de santé communautaire
Immeuble Jeanne Mance, pièce 2007
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 952-4230
Télec. : (613) 954-8107
Courriel : satish_seetharam@hc-sc.gc.ca

Publication autorisée par le ministre de la Santé

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H35-4/20-2002
ISBN : 0-662-66385-3

Table des *matières*

1.0	Objet et historique	1
1.1	But de l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones	1
1.2	Initiative sur le diabète chez les Autochtones : historique et description	5
1.3	Objectifs des programmes	9
1.4	Résultats des composantes des programmes	10
1.5	Niveaux de financement de l'IDA	11
1.6	Groupes cibles	11
1.7	Mise en œuvre et exécution des programmes	12
1.8	Modèle logique des programmes	15
2.0	Stratégie d'évaluation	17
2.1	Défis en matière d'évaluation	17
2.2	Niveaux d'évaluation	20
2.3	Questions d'évaluation et indicateurs	21
2.4	Questions d'évaluation et indicateurs à l'échelle des composantes	23
2.5	Méthodologie et sources de données	26
3.0	Évaluation	31
3.1	Financement de l'évaluation	31
3.2	Responsabilités liées à l'évaluation	31
3.3	Modifications du cadre d'évaluation de l'IDA	32

1.0 Objet et *historique*

Selon les estimations, annuellement le diabète coûte aux Canadiens 9 milliards de dollars, est la cause directe de 5 500 décès et contribue à une perte potentielle de 25 000 années-personnes. La fréquence de cette maladie s'accroît de 60 000 nouveaux cas par année.

1.1 But de l'évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Aperçu de la Stratégie canadienne sur le diabète

Le diabète est une maladie chronique : le corps ne parvient pas à produire de l'insuline (type I) ou ne peut l'utiliser de façon appropriée (type II); l'insuline est une hormone essentielle au fonctionnement normal du métabolisme humain. Près de 90 % de tous les cas de diabète chez les Canadiens sont de type II, maladie qui survient habituellement après l'âge de 40 ans. Les personnes âgées, les Autochtones, les membres de la génération du baby-boom et d'autres groupes à risque élevé (les personnes davantage portées à faire de l'embonpoint, celles qui mènent une vie sédentaire) sont donc les principales cibles de la Stratégie canadienne sur le diabète. Selon des recherches avancées, les programmes qui tiennent compte des principaux facteurs de risque modifiables de l'obésité et de l'inactivité devraient contribuer à prévenir ou à retarder l'apparition du type II et des complications associées à cette maladie.

Selon les estimations, annuellement le diabète coûte aux Canadiens 9 milliards de dollars, est la cause directe de 5 500 décès et contribue à une perte potentielle de 25 000 années-personnes. La fréquence de cette maladie s'accroît de 60 000 nouveaux cas par année. On estime à plus de 2 millions le nombre de Canadiens atteints du diabète, et un tiers d'entre eux n'auraient pas fait l'objet d'un diagnostic.

La prévalence du diabète est de trois à cinq fois plus élevée chez les peuples autochtones que dans la population en général. Par contre, chez les Inuits, les taux de diabète sont inférieurs à ceux du reste de la population. Le diabète de type II représente près de tous les cas de diabète chez les peuples autochtones, et survient habituellement à un âge beaucoup plus jeune : il est même apparu chez des enfants autochtones de cinq ans. Un rapport a été établi entre une période prolongée de niveaux élevés de sucre dans le sang

et des complications; on s'inquiète donc beaucoup que cette apparition précoce du diabète ne produise du même coup des complications à un jeune âge.

Dans le cadre du budget fédéral de 1999, le gouvernement s'est engagé à établir la Stratégie canadienne sur le diabète – une stratégie de 115 millions de dollars sur cinq ans, dont l'une des principales composantes s'adresse aux Autochtones. (Cette stratégie s'appelait autrefois Stratégie canadienne de prévention et de contrôle du diabète, dont le budget s'élevait initialement à 55 millions de dollars sur trois ans.) Cet engagement découlait du Discours du Trône de 1997 qui exprimait la détermination du gouvernement à faire face à l'augmentation rapide du diabète dans les communautés autochtones; de l'annonce, en 1998, du document intitulé *Rassembler nos forces – Le Plan d'action du Canada pour les questions autochtones* et des pressions accrues en faveur d'une stratégie pancanadienne sur le diabète de la part de groupes nationaux.

Le gouvernement du Canada invite toutes les parties intéressées à s'engager dans des activités visant à enrayer le diabète et les complications qui y sont associées. Dans le cadre de consultations avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, les organismes autochtones ainsi que des groupes nationaux de lutte contre le diabète et des organismes à but non lucratif, il est parvenu à un consensus sur quatre composantes stratégiques et chantiers prioritaires : prévention et promotion, initiative sur le diabète chez les Autochtones, système national de surveillance du diabète et coordination nationale. Ces quatre éléments reconnaissent les principes suivants :

- le diabète de type II est considéré comme essentiellement évitable;
- les peuples autochtones sont particulièrement à risque;
- une base de connaissances plus vaste est requise pour une prise de décision plus éclairée;
- la mise en commun des efforts, l'atteinte d'un consensus ainsi que l'enrichissement des ressources existantes et leur mise à contribution produiront des avantages substantiels.

Les liens se poursuivront durant toute la durée de la stratégie. Les comités consultatifs encourageront activement toutes les parties intéressées, là où il est possible, à maximiser les investissements du gouvernement fédéral dans la lutte contre le diabète et à se donner une perspective d'avenir.

L'objectif général de la Stratégie canadienne sur le diabète consiste à prendre les mesures nécessaires en vue de réduire de façon sensible l'incidence et la prévalence du diabète et des complications associées à cette maladie au Canada. Cette stratégie tiendra compte des besoins des Canadiens en visant à aider les segments de la population qui, selon des recherches avancées, risquent le plus de contracter le diabète et des complications qui en découlent : les peuples autochtones, les personnes âgées, les personnes faisant de l'embonpoint, les gens menant une vie sédentaire et les Canadiens déjà aux prises avec cette maladie.

La Stratégie canadienne sur le diabète est fondée sur la reconnaissance que tous les paliers d'administration publique, ainsi que les organisations non gouvernementales (ONG), les organismes autochtones, les collectivités ainsi que les particuliers ont un rôle important à jouer dans la lutte contre le diabète au Canada. Elle vise donc à développer et à faciliter des partenariats avec les principales parties intéressées. La configuration de la Stratégie canadienne sur le diabète permet aux diverses unités de Santé Canada de travailler ensemble afin de parvenir à des résultats positifs en matière de santé, ce qui permettra à ce ministère de réaliser son mandat et sa mission générale, qui consiste à préserver et à améliorer la santé des Canadiens. Des consultations et un dialogue continu avec les provinces et les territoires ont permis de désigner la promotion de la santé et la prévention du diabète de type II comme des mesures susceptibles de produire le plus de bienfaits dans la lutte contre le diabète, notamment pour ceux qui risquent de contracter le diabète de type II.

Évaluation de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) exige une stratégie permanente de surveillance et d'évaluation qui puisse prêter main-forte à la gestion des activités, et fournir une information continue sur les progrès accomplis en regard des objectifs nationaux. Une telle stratégie permettra également de fournir une information sur les effets et résultats à moyen terme découlant de la mise en œuvre de l'Initiative.

Le présent cadre a été conçu pour effectuer une évaluation formelle de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones. Il permet de définir les composantes particulières de l'IDA approuvées par le Conseil du Trésor. Pour chacune de ces composantes, on y trouve des objectifs à long terme ainsi que des indicateurs clés. Un modèle logique fournit les principaux éléments du cadre d'évaluation, notamment les éléments à évaluer ainsi que les activités et les extrants attendus.

La méthodologie d'évaluation décrite dans le présent rapport recense les sources d'information existantes, les mécanismes de collecte d'information proposés (consultations/entrevues avec des informateurs clés, sondages, études spéciales, etc.) et les évaluations indépendantes des trois composantes de l'IDA afin d'évaluer l'efficacité des activités et des projets en regard des objectifs communs.

Le présent cadre d'évaluation fait état de ce qui est à évaluer (objectifs et activités/extrants des trois composantes de l'Initiative), des sources d'information qui seront utilisées et des impacts et effets que les activités devraient produire. Il débute avec l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, suivie de chacune de ses trois composantes : 1) soins et traitement; 2) prévention et promotion; 3) soutien pour un meilleur mode de vie. Ce rapport a été élaboré pour compléter et élargir ceux mis au point pour l'ensemble de la Stratégie canadienne sur le diabète et les cadres d'évaluation de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

1.2 Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) : historique et description

Information générale

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones constitue une réponse à un besoin d'action critique. Elle s'emploie à créer un environnement global favorable à la santé, à susciter des changements de mode de vie et à favoriser des liens communautaires et des partenariats. Un besoin pressant se fait sentir en vue d'une collaboration et de partenariats à divers niveaux, qu'il s'agisse des fournisseurs de soins et de traitement, des membres de collectivités, des leaders, des régions de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), des ONG et autres. Une telle concertation permettra de mettre sur pied des programmes et des services adéquats et efficaces en matière de soins et traitement, de prévention et promotion, et de soutien pour un meilleur mode de vie, qui soient adaptés à la culture, ancrés dans la collectivité et dispensés par cette dernière.

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, et conformément aux responsabilités uniques de Santé Canada, l'IDA a pour objectif d'accroître la sensibilisation au diabète de type II et de réduire l'incidence de ses complications chez les peuples autochtones en mettant en œuvre des programmes accessibles, globaux et culturellement adaptés. À cette fin, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones entend fournir un accès direct aux programmes et services de soins et traitement, et de soutien pour un meilleur mode de vie, à l'intention des membres des Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits établis dans les communautés inuites. L'IDA adoptera également une approche générale sensible aux différences culturelles en ce qui a trait à la prévention et à la promotion de la santé pour tous les peuples autochtones, y compris les Métis, les Inuits en milieu urbain et les habitants vivant hors réserve.

L'IDA est l'une des quatre composantes de la Stratégie canadienne sur le diabète, qui constitue la réponse du gouvernement fédéral pour enrayer le diabète et qui met à contribution bon nombre

d'intervenants et de partenaires. Ce programme entretient également des liens solides avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. L'IDA est un programme quinquennal, et au terme de cette période Santé Canada devra en faire un compte-rendu au Conseil du Trésor. L'IDA exige une évaluation continue et orientée vers des résultats, conformément à la présentation du programme au Conseil du Trésor.

Description de l'IDA

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones entreprendra une lutte contre l'épidémie du diabète chez les peuples autochtones en orientant ses efforts dans les trois principaux secteurs suivants :

- Soins et traitement;
- Prévention et promotion;
- Soutien pour un meilleur mode de vie.

L'IDA comprend deux programmes :

- 1) **le Programme pour les membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites;**
- 2) **le Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.**

Ces programmes sont décrits en détail dans deux modèles logiques en pages 15 et 16, et l'éducation en constitue un principe sous-jacent.

Le volet à l'intention des membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites constitue 75 % de l'Initiative, et porte sur les trois principales composantes (soins et traitement, prévention et promotion, soutien pour un meilleur mode de vie). Ces trois volets seront dispensés par les moyens suivants :

- la voie régionale de DGSPNI;
- une formule de financement;
- un ensemble de directives;
- en partenariat avec les collectivités.

Quant au Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain, il porte principalement sur la prévention primaire et la promotion de la santé. Ce volet sera exécuté par les moyens suivants :

- une demande de proposition lancée par l'administration centrale;
- une formule de financement;
- conformément aux lignes directrices de l'Initiative;
- au moyen de partenariats, dans la mesure du possible.

Composantes des programmes

1. Soins et traitement – Conformément à la responsabilité unique qu'assume Santé Canada pour ce qui est d'assurer un accès direct à des services de soins et traitement pour les Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites, la composante soins et traitement s'adressera essentiellement à ces groupes. (Les provinces et territoires continueront à assurer des services de soins et traitement aux Métis, aux Autochtones hors réserve et aux Inuits en milieu urbain dans la limite de leurs compétences.)

La composante soins et traitement, sera exécutée au moyen d'accords de contribution et administrée dans les régions par la DGSPNI. Les activités (tels que dépistage, cliniques podologiques, services de consultation ophtalmologiques, examens périodiques, tests et programmes de traitement) permettront de répondre aux besoins en soins et traitement des membres des Premières nations et des Inuits qui ont déjà été diagnostiqués pour le diabète, et d'éviter que d'autres complications ne se développent. Ces activités seront mises au point et exécutées de façon globale et de manière à tenir compte de la réalité culturelle par les collectivités elles-mêmes. Elles auront leur port d'attache dans le milieu de façon à s'assurer que les Premières nations et les Inuits soient en mesure de mettre en valeur les capacités nécessaires pour administrer des programmes sur le diabète viables et adaptés à la culture.

2. Prévention et promotion – La composante prévention et promotion s'adressera à tous les Autochtones : Métis, Inuits, Autochtones dans les réserves et hors réserve. Les activités seront adaptées à la culture et administrées au moyen d'accords de contribution et d'autres

ententes. Les consultations ont démontré que la prévention primaire est une préoccupation d'importance pour les Inuits qui tiennent à ce que les taux extrêmement élevés de diabète chez les Premières nations ne se répètent pas dans leurs propres collectivités. Les Premières nations ont également fait valoir l'importance de s'assurer que les jeunes et les personnes les plus vulnérables soient sensibilisés aux facteurs de risque associés au diabète.

Des organismes nationaux tels que l'Assemblée des Premières nations (APN), l'Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK), l'Association des femmes autochtones du Canada, le Conseil national des Métis (CNM), le Congrès des Peuples Autochtones (CPA) et l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD) participent à la planification de la mise en œuvre et contribuent à l'exécution des programmes auprès de leurs clientèles respectives. Les activités de prévention et promotion comprendront des centres d'excellence, des programmes de formation des moniteurs, des programmes de sensibilisation, des programmes ancrés dans le milieu scolaire (dans les réserves et les collectivités inuites) ainsi qu'un centre de ressources et d'information autochtone.

3. Soutien pour un meilleur mode de vie – Des services de soutien pour un meilleur mode de vie aux collectivités autochtones et aux Inuits seront offerts pour aider les personnes atteintes du diabète et leurs familles à faire face aux effets dévastateurs de cette maladie. Ces services sont un élément important des mesures à mettre en place pour faire face au diabète sur le plan local.

Des groupes et des systèmes de soutien communautaires qui contribuent à améliorer la qualité de vie seront mis sur pied, et des programmes qui soutiennent la prise en charge grâce à des pratiques de vie saines seront dispensés et financés. Ces activités, qui seront de nature communautaire, mettront à contribution des personnes atteintes du diabète, leurs familles, les chefs et les centres communautaires. On encouragera également l'établissement de liens avec des ONG tels que l'Institut national canadien pour les aveugles (INCA), la NADA et l'Association canadienne du diabète (ACD).

1.3 Objectifs des programmes

Santé Canada, qui se concerta avec les comités autochtones, engage des investissements qui visent à réaliser les objectifs suivants relativement aux deux programmes de l'IDA :

Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites

- Mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et la valeur d'habitudes de vie saines.
- Appuyer la mise au point d'une approche adaptée à la culture pour ce qui est des soins et traitement, de la prévention du diabète et la promotion de la santé, et d'un soutien pour un meilleur mode de vie.
- Créer des capacités, des liens et une infrastructure pour toutes les composantes de l'IDA dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.
- Promouvoir une autogestion efficace en matière de diabète.
- Assurer une coordination avec d'autres programmes orientés sur la collectivité, et notamment avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Métis, Autochtones hors réserve et Inuits en milieu urbain : prévention et promotion

- Mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et la valeur d'habitudes de vie saines.
- Promouvoir, auprès des Autochtones et des Inuits, la prise en charge des programmes de prévention primaire du diabète et de promotion de la santé.
- Assurer une répartition loyale et équitable des ressources disponibles auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

- S'assurer que les programmes sont exécutés de la façon la plus équitable possible dans l'ensemble du pays.
- Favoriser des approches innovatrices à la prévention primaire du diabète et à des projets de promotion de la santé.

1.4 Résultats des composantes des programmes

Le tableau suivant présente les résultats les plus importants attendus des trois composantes des programmes de l'IDA.

Composantes des programmes de l'IDA	Résultats attendus
Soins et traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleur accès aux soins et traitement pour les membres des Premières nations et les Inuits atteints de diabète; • Association plus étroite avec les fournisseurs de soins auprès des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète; • Capacité accrue des collectivités des Premières nations et des collectivités inuites pour gérer de façon efficace des programmes de lutte contre le diabète; • Résultats cliniques améliorés, y compris une diminution des taux de diabète et d'hospitalisation, et des complications moins graves.
Prévention et promotion	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation générale accrue au diabète : facteurs de risque, indications et symptômes, bienfaits découlant d'habitudes de vie saine; • Mise en œuvre de programmes et de projets efficaces liés à la prévention du diabète; • Production et distribution d'une documentation tenant compte des cultures et des langues des Premières nations, des Métis et des Inuits; • Dépistage précoce accru et meilleur signalement du diabète.
Soutien pour un meilleur mode de vie	<ul style="list-style-type: none"> • Programmes communautaires efficaces mis en place pour assurer un soutien et des services aux personnes atteintes de diabète, à leurs familles et à leurs fournisseurs de soins; • Des organismes mieux établis au niveau de la collectivité pour appuyer les programmes et services associés au diabète; • Amélioration en matière de qualité de vie et d'autonomie chez les membres des Premières nations et les Inuits atteints de diabète.

1.5 Niveaux de financement de l'IDA

Le tableau suivant présente les niveaux de financement annuels et le financement total sur cinq ans de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

Année	Montant (en millions de \$)
1999-00	2
2000-01	11
2001-02	15
2002-03	15
2003-04	15
Total	58

1.6 Groupes cibles

L'IDA vise à accroître la sensibilisation au diabète, à réduire l'incidence et la prévalence des complications associées à cette maladie chez les Autochtones, notamment les groupes suivants :

- Premières nations et Inuits de tous âges;
- Personnes vivant dans une réserve des Premières nations ou dans une collectivité inuite, ou dans une collectivité des Premières nations dans le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut;
- Métis vivant dans des communautés métisses, en milieu rural ou urbain;
- Membres des Premières nations hors réserve en milieu rural ou urbain;
- Inuits vivant à l'extérieur des collectivités inuites ou en milieu urbain.
- Indiens non inscrits.

1.7 Mise en œuvre et exécution des programmes

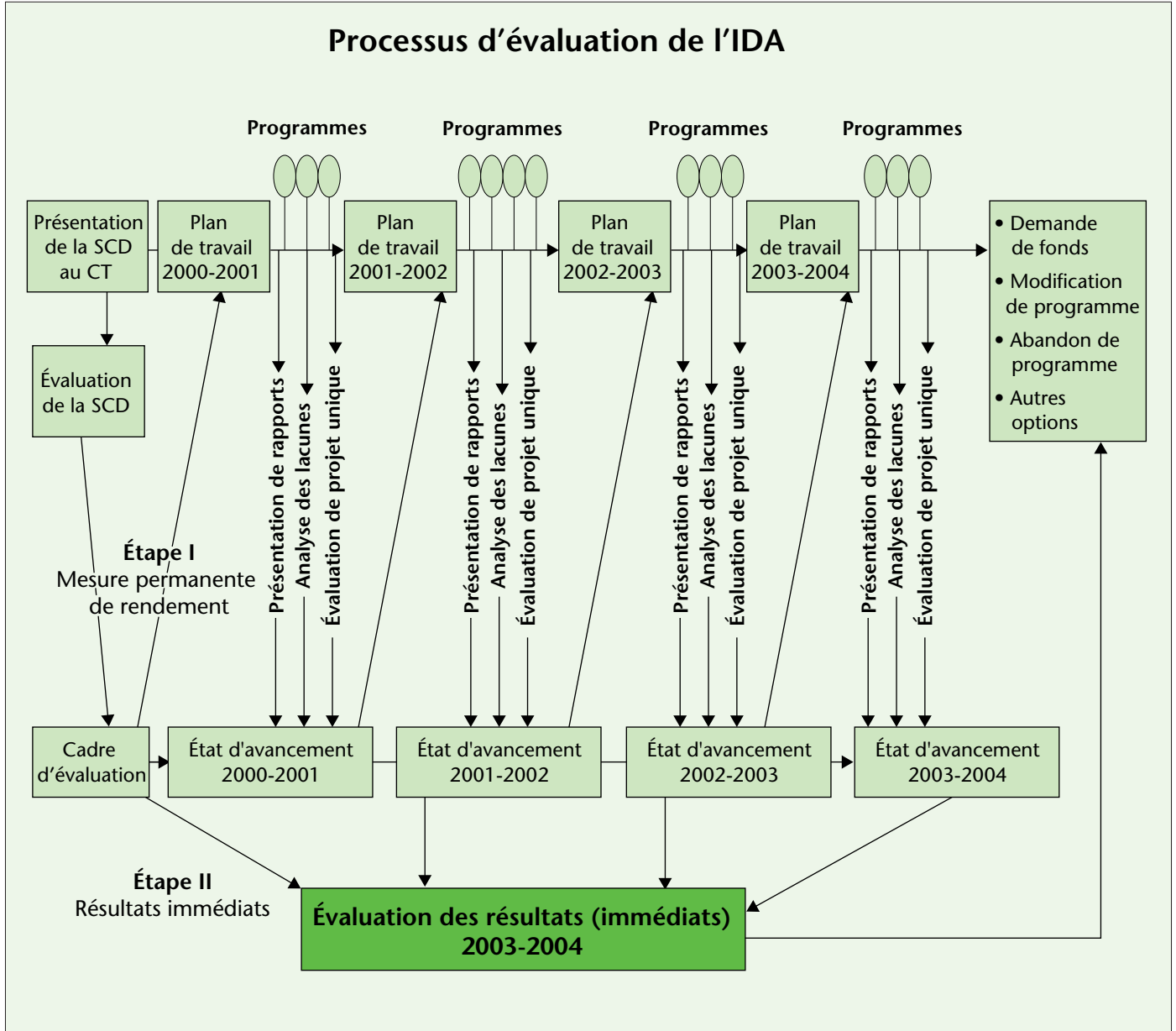
La mise en œuvre et l'exécution de l'IDA s'échelonnent sur cinq ans. À cette fin, un comité de direction national a été créé, qui regroupe des représentants des principaux organismes autochtones, de Santé Canada et de la National Aboriginal Diabetes Association.

- **Année I de l'IDA (1999-2000)** – Le comité de direction de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones a tenu des réunions de planification de mise en œuvre avec des représentants des organismes autochtones, des collectivités, du personnel régional et de l'administration centrale au début de l'hiver 1999-2000. Ces réunions nationales et régionales ont permis de confirmer les besoins et les priorités des programmes, de déceler les perspectives offertes, et ont donné lieu à un cadre de mise en œuvre intégrale. De plus, un financement a été offert aux projets pilotes en voie de réalisation (c.-à-d. des projets financés antérieurement par le Programme national de recherche et de développement en matière de santé et qui ont reçu un financement temporaire par la Direction générale des services médicaux de Santé Canada en 1998 afin d'éviter une perte de capacité et d'élan), à la ANAD et pour la planification de mise en œuvre au niveau régional.
- **Année II de l'IDA (2000-2001)** – Les efforts ont porté sur la mise en œuvre de la gamme complète des composantes soins et traitement, prévention et promotion, et soutien pour un meilleur mode de vie, dans les réserves et dans les collectivités inuites partout au pays dans le cadre du Programme pour les membres des Premières nations dans les réserves et les Inuits dans les collectivités inuites; et le lancement d'une demande de proposition qui a donné lieu à la mise en œuvre de 16 programmes de prévention primaire et de promotion de la santé dans le cadre du Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

- **Années III et IV de l'IDA (2001-2002 et 2002-2003)** – Les activités entamées au cours de l'année II se poursuivront, et seront accompagnées de cadres de reddition de comptes et de présentation de rapports. D'autres activités s'ajouteront à mesure que le niveau de financement s'accroîtra pour atteindre son point maximal.
- **Année V de l'IDA (2003-2004)** – Les activités comportant des cadres de reddition de comptes et de présentation de rapports se poursuivront. On effectuera une analyse des lacunes dans la programmation et des besoins permanents des programmes, et on effectuera également une évaluation des résultats (résultats immédiats).

Les évaluations de l'IDA comporteront deux étapes : l'étape I comprendra une mesure de rendement permanente. Il s'agira d'effectuer une surveillance, une analyse des lacunes et une évaluation pour les activités réalisées au cours des années III à V (2001-2002 à 2003-2004). L'étape II de l'évaluation comportera un bilan final sur les derniers résultats et impacts des programmes, et sur l'efficacité de l'IDA quant à atteindre ses buts et objectifs. Les résultats de ce bilan seront présentés au ministre de la Santé.

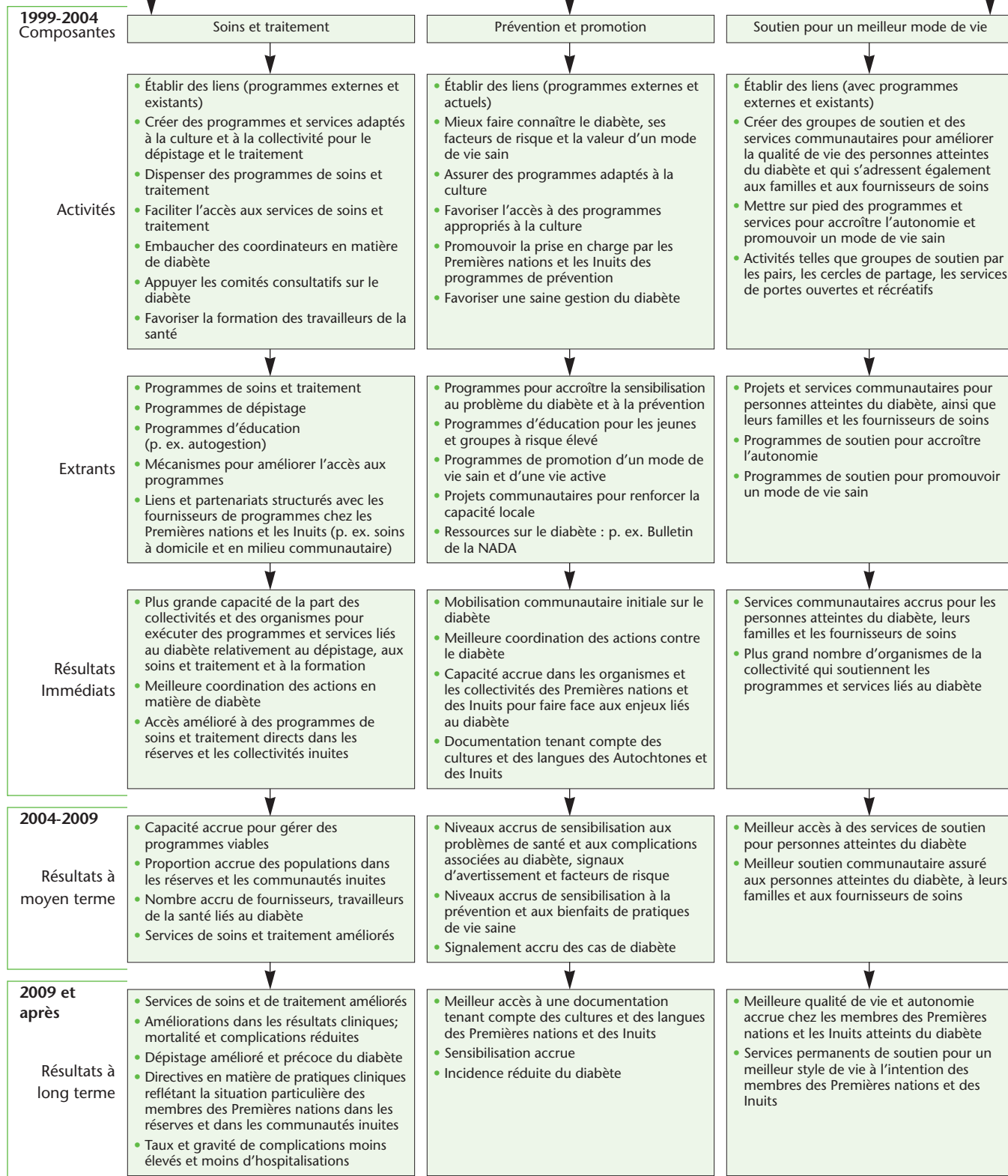
Il est essentiel d'établir des liens avec les provinces, les territoires, les régions, les collectivités et autres parties intéressées. Aussi, l'IDA entretient des rapports avec le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, puisqu'une bonne partie des services de soins et traitement directs liés au diabète à l'intention des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète seront dispensés par les préposés de ce programme dans le milieu. Des liens ont également été établis avec d'autres programmes tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA), le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) et le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI).



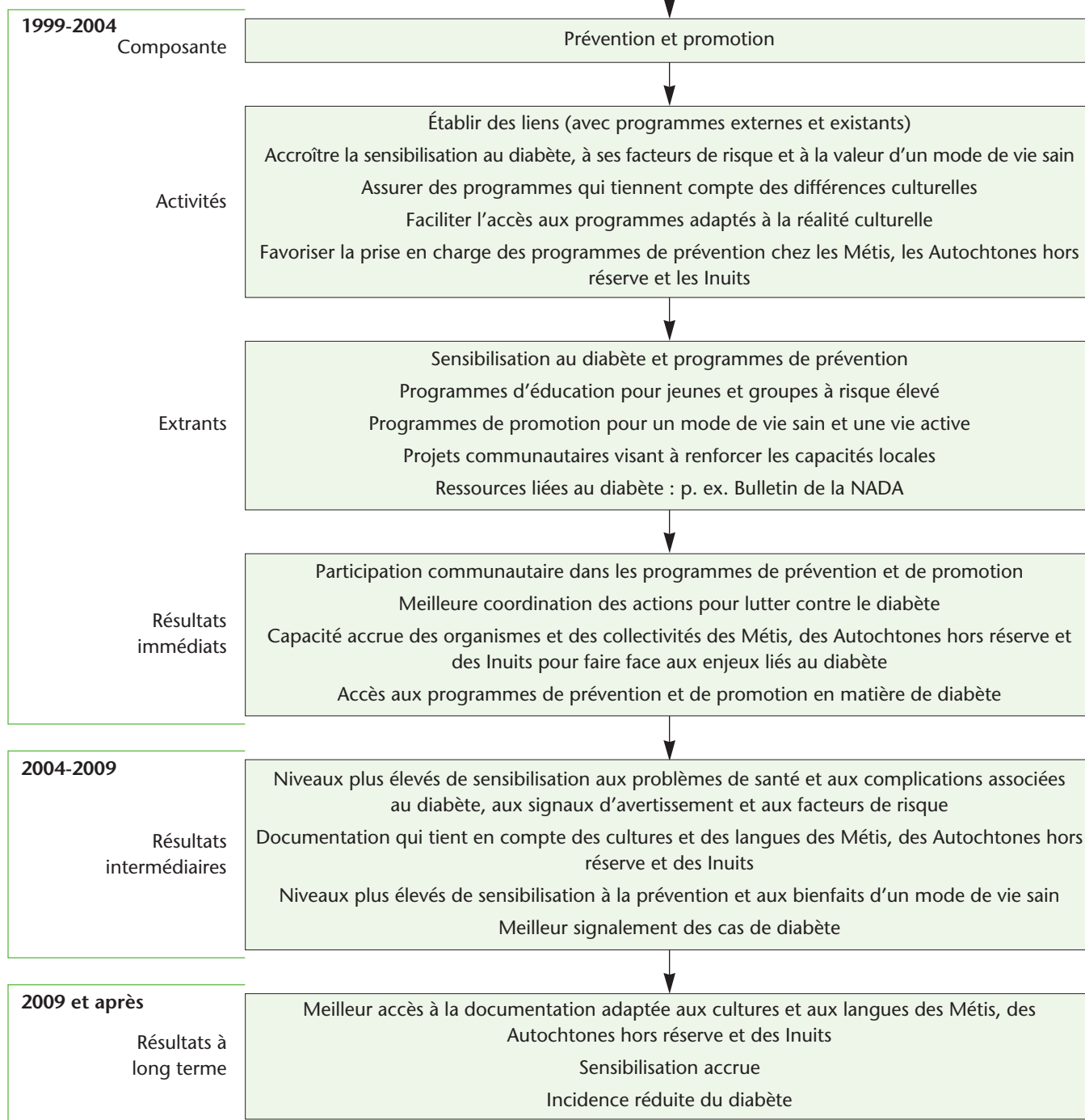
1.8 Modèle logique des programmes

Initiative sur le diabète chez les Autochtones

Premières nations dans les réserves et Inuits dans les collectivités inuites



**Initiative sur le diabète chez les Autochtones
Métis, Autochtones hors réserve et Inuits en milieu urbain
Prévention et promotion**



2.0 Stratégie d'évaluation

L'évaluation de programme est un outil qui favorise de bonnes pratiques de gestion et qui est utilisé de façon continue.

L'évaluation de programme est un outil qui favorise de bonnes pratiques de gestion et qui est utilisé de façon continue. Cette évaluation s'effectue généralement à la fin du cycle de vie du programme ou selon un délai prédéterminé. Toutefois, des concepts d'évaluation devraient être intégrés de façon suivie à toutes les étapes de l'exécution du programme, et notamment en amont, afin d'articuler les liens entre les activités et les résultats. Si une évaluation des diverses composantes du programme peut s'effectuer en fin de parcours, il est très important que des études d'évaluation stratégiques, complètes et opportunes de projets et d'activités soient menées pour chaque composante de façon suivie, de manière à enrichir les évaluations finales des composantes et du programme dans son ensemble.

Comme il a été mentionné dans la partie 1, l'évaluation de l'IDA comportera deux étapes. Une évaluation du processus portera sur la surveillance continue des programmes (étape I). Cette étape comprendra la surveillance, l'analyse des lacunes et une évaluation des projets pour les trois années de mise en œuvre intégrales des programmes. L'évaluation du processus, qui s'effectuera de façon continue, complètera et renforcera le bilan (résultats). Un bilan des résultats (étape II) portera sur les résultats et les impacts finaux des programmes et sur l'efficacité de l'IDA en regard des buts et des objectifs fixés.

Les activités de la première année de financement temporaire (1999-2000) seront couvertes au cours de la première année de mesures continues du rendement (2000-2001).

2.1 Défis en matière d'évaluation

L'évaluation de l'IDA est un processus continu qui couvre une période de cinq ans et qui met à contribution bon nombre de parties intéressées, ainsi que des organismes et des collectivités autochtones dans l'ensemble du pays. Voici un certain nombre de défis à surmonter pour mener à bien cette évaluation.

- *Acteurs multiples* – Santé Canada n'est que l'un des nombreux acteurs dont les activités et les politiques influent sur la santé des Canadiens.
- *Mandat et ressources limitées* – Santé Canada dispose d'un mandat et de ressources limitées pour agir sur une vaste gamme d'activités liées à la prévention du diabète, à la prise en charge et à la lutte contre cette maladie.
- *Coordination à long terme des efforts* – L'atteinte de ces cibles et objectifs exige une coordination à long terme des efforts des divers acteurs représentant toutes les zones de responsabilité au Canada.
- *Temps limité pour mesurer les objectifs de l'IDA* – Le délai d'exécution de l'IDA, de 1999-2000 à 2003-2004, ne suffira pas pour atteindre l'ensemble des objectifs fixés. L'évaluation devra porter sur l'état d'avancement des programmes, et sur les résultats à court terme (ou immédiats).
- *Réformes de la santé aux niveaux provincial et territorial* – Les initiatives en matière de réforme de santé aux niveaux provincial et territorial auront des répercussions sur les soins et le traitement liés au diabète chez les peuples autochtones.
- *Enjeux des compétences liées à l'exécution des programmes* – Les politiques et les programmes des autres ministères fédéraux, des gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que des organismes autochtones auront une incidence directe sur l'état de santé des Autochtones. Cet enjeu pourrait revêtir une importance particulière dans le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest, où les programmes sont dispensés indirectement aux Inuits par l'intermédiaire du gouvernement.
- *Déterminants de la santé* – Il y a un nombre de facteurs connus comme déterminants de la santé qui influent sur la santé des Canadiens.

- *Détermination de la causalité* – Dans la plupart des cas, étant donné le nombre de facteurs et d’agents qui influent sur le changement, il est difficile d’établir des liens de causalité directs entre l’IDA et des changements dans l’état de santé des Autochtones canadiens.
- *Administrations multiples* – Un nombre élevé d’administrations jouent un rôle dans la prestation des soins de santé, y compris les provinces, les territoires, Santé Canada, des organismes autochtones et des organismes non gouvernementaux. Pour atteindre des résultats importants, toutes les parties intéressées (locales, régionales et nationales) devront déployer des efforts à long terme au-delà d’une période de cinq ans.
- *Liens avec d’autres programmes tels que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits* – L’IDA fournit des fonds pour des types particuliers de projets. À tout moment donné, bon nombre de programmes communautaires sont administrés parallèlement : par exemple, le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (SDMCPNI) et le Programme d’Aide préscolaire aux Premières nations (PAPPN). Dans bon nombre de cas, ces programmes sont dispensés de façon collaborative. Le succès ou l’échec de l’IDA pourrait dépendre de la façon dont de tels programmes sont exécutés dans le milieu.
- *L’IDA et le programme SDMCPNI possèdent des niveaux différents de financement* – Dans certaines collectivités, les ressources de l’IDA et du programme SDMCPNI sont intégrées de façon à atteindre de meilleurs résultats. L’IDA assure un financement pour une période définie dans le cadre de son mandat de cinq ans, tandis que le programme de SDMCPNI reçoit des fonds de façon continue. Cette différence pourrait compliquer l’intégration des activités et la mise en œuvre de mécanismes de prestation.
- *Suivi du financement attribué* – Bon nombre d’activités de l’IDA seront parrainées et exécutées à divers niveaux, y compris les niveaux national, régional, communautaire et des conseils tribaux.

Pour suivre le calendrier d’attribution des fonds des organismes qui ont différentes pratiques de présentation d’information financière, il faudra disposer de mécanismes de communication fiables et d’une surveillance continue.

- *Partage d’information entre partenaires de programmes et intervenants* – Il peut être difficile d’assurer le partage, la recherche et la présentation d’information de la part des provinces, des régions, des collectivités et d’autres parties intéressées. Le nombre élevé de participants aux programmes compliquera les communications. Gérer les recouvrements et les liens au niveau des informations en provenance de programmes qui ont des perspectives et des mandats différents, tels que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits et le Système national de surveillance du diabète, présentera des défis de taille. Des partenaires d’exécution de programmes pourraient également se montrer réticents à établir de nouveaux protocoles de communication lorsque ceux qui sont déjà en place fonctionnent bien.

2.2 Niveaux d’évaluation

L’évaluation s’effectuera à quatre niveaux de regroupement différents :

- collectivités;
- conseils de bande/conseils tribaux;
- DGSPNI (régional);
- niveau national.

Les données d’évaluation peuvent se résumer pour appuyer l’analyse de chacun de ces quatre niveaux. Pour un programme de la taille et de la complexité de l’IDA, des sources de données spécifiques seront plus utiles pour les différents niveaux d’évaluation. Par exemple, le Système national de surveillance du diabète fournira des données très utiles aux niveaux national et régional, mais les données de ce système pourraient ne pas faciliter les analyses au niveau des collectivités et des conseils de bande/conseils tribaux. Par ailleurs, des

consultations, des examens ou des études de cas menés au niveau local pourraient fournir des résultats précieux pour l'évaluation au niveau des collectivités, mais pourraient ne pas être suffisants pour faciliter les analyses aux niveaux régional et national.

Les tableaux des sections 2.3 et 2.4 présentent un examen préliminaire des rapports entre différentes questions et méthodes d'évaluation, d'une part, et les quatre niveaux d'évaluation, d'autre part. Ces rapports devront être réexaminés lorsque la méthodologie d'évaluation aura été mise au point et que l'évaluateur aura eu l'occasion d'évaluer la qualité des données recueillies au moyen des différentes méthodes.

2.3 Questions d'évaluation et indicateurs

Conformément à l'approche utilisée pour évaluer la Stratégie canadienne sur le diabète exposée dans la présentation au Conseil du Trésor (cadre d'évaluation de la SCD), les progrès réalisés en regard des objectifs de l'IDA seront mesurés selon les critères suivants :

- Pertinence – dans quelle mesure les composantes des programmes sont toujours nécessaires.
- Progrès/succès – dans quelle mesure les activités et les extrants ont donné lieu aux résultats particuliers précisés dans le plan de programmes.
- Mise en œuvre et administration – dans quelle mesure la mise en œuvre et l'administration étaient appropriées et ont permis d'atteindre les résultats voulus.
- Rentabilité – les coûts associés à chacun des résultats.

Le tableau suivant présente les questions générales d'évaluation de l'IDA qui correspondent aux quatre critères ci-haut, auxquels s'ajoutent quelques indicateurs clés. On y trouve également des listes préliminaires de sources de données et de méthodologie de collecte de données ainsi que des niveaux d'évaluation. Des tableaux similaires pour les trois composantes de programmes se retrouvent dans la section 2.4.

Questions d'évaluation à l'échelle des programmes

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ Sources de données	Niveaux d'évaluation
1. Pertinence <ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure l'IDA a permis d'accroître la sensibilisation au diabète, et à réduire l'incidence et la prévalence des complications associées au diabète chez les membres des Premières nations, les Métis et les Inuits au Canada? 	<ul style="list-style-type: none"> Taux d'incidence et de prévalence du diabète et de ses complications Taux de morbidité et de mortalité chez les personnes atteintes du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> Système national de surveillance du diabète (SNSD) Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI) Organismes communautaires et fournisseurs de soins chez les Premières nations, les Métis et les Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional
2. Progrès/succès <ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure les activités liées à l'IDA ont contribué aux résultats suivants? <ul style="list-style-type: none"> Accès amélioré aux soins et traitement; Sensibilisation accrue et prévention du diabète; Programmes communautaires pour améliorer la qualité de vie et l'autonomie chez les personnes atteintes du diabète. 	<ul style="list-style-type: none"> Résultats cliniques améliorés Niveaux plus élevés de sensibilisation aux facteurs de risque liés au diabète et à la prévention Amélioration de la qualité de vie et de l'autonomie des membres des Premières nations et des Inuits atteints du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> SNSD/SISPNI Organismes communautaires et fournisseurs de soins autochtones Sondages auprès des populations autochtones Consultations auprès des personnes atteintes du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité
3. Mise en œuvre et administration <ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure la mise en œuvre et l'administration de l'IDA ont permis d'atteindre les objectifs des programmes? 	<ul style="list-style-type: none"> Le financement des programmes/projets reflète les objectifs et les priorités de l'IDA Attribution du financement selon le plan des programmes Ententes de collaboration avec les fournisseurs de soins autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programmes Étude de cas/examen de projets choisis Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional
4. Rentabilité <ul style="list-style-type: none"> Dans quelle mesure l'IDA a eu recours à des méthodes appropriées, efficaces et rentables pour atteindre les objectifs de ses programmes? 	<ul style="list-style-type: none"> Rentabilité globale de l'IDA Rentabilité des différentes options de programmes et des types de projets Pertinence des activités en matière de diabète pour les peuples et les collectivités autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données liées à l'administration des programmes Étude de cas/examen de projets choisis Analyse coûts-avantages des types de projets de l'IDA 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional

2.4 Questions d'évaluation et indicateurs à l'échelle des composantes

Soins et traitement

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ sources de données	Niveaux d'évaluation
L'IDA a-t-elle permis d'améliorer l'accès aux soins et traitement pour les membres des Premières nations et des Inuits atteints du diabète?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre accru de personnes dans les réserves et dans les communautés inuites desservies par les programmes de soins et traitement liés au diabète • Proportion accrue des populations dans les réserves et les collectivités inuites jouissant d'un accès aux soins et traitement • Meilleur dépistage et signalement précoce du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • SNSD/SISPNI • Organismes communautaires et fournisseurs de soins des Premières nations et des Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
L'IDA a-t-elle permis d'accroître la capacité des collectivités des Premières nations et des Inuits pour qu'elles puissent gérer des programmes efficaces et viables en matière de diabète?	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats plus solides avec les organismes des Premières nations et des Inuits fournissant des soins et traitement • Participation accrue des organismes des Premières nations et des Inuits dans les programmes de soins et traitement • Capacité accrue pour administrer les programmes sur le diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations auprès des organismes et des fournisseurs de soins autochtones • Consultations auprès des chefs de programme et des fournisseurs de soins de santé • Examen des dossiers de projet 	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
L'IDA a-t-elle permis de favoriser une gestion efficace du diabète?	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats dans l'exécution des programmes • Prestation en temps utile des programmes et des services 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des données de programme • Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
L'IDA a-t-elle permis de bâtir des capacités, des liens et une infrastructure pour toutes ses composantes dans les collectivités des Premières nations et des Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre accru d'organismes autochtones capables de fournir des programmes et des services sur le diabète • Partenariats dans l'exécution des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des données de programme • Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones • Gouvernements provinciaux et territoriaux 	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional • Conseil de bande/conseil tribal • Collectivité
L'IDA a-t-elle permis d'assurer une coordination avec d'autres programmes axés sur le milieu, tel que le Programme de soins à domicile et de soins en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> • Partenariats dans l'exécution des programmes 	<ul style="list-style-type: none"> • Examen des données de programme • Consultations auprès des responsables de l'IDA et des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> • National • Régional

Prévention et promotion

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ sources de données	Niveaux d'évaluation
L'IDA a-t-elle donné lieu à des améliorations globales pour ce qui est d'une sensibilisation au diabète, aux facteurs de risque et à la valeur d'un mode de vie sain?	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation accrue dans les organismes communautaires Sensibilisation accrue dans les populations des Premières nations, des Métis et des Inuits Sensibilisation dans les sous-groupes à risque élevé 	<ul style="list-style-type: none"> SNSD/SISPNI Consultations auprès des organismes et des fournisseurs de soins des Premières nations, des Métis et des collectivités inuites Sondages auprès des populations autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Collectivité
L'IDA a-t-elle assuré la mise en œuvre de programmes efficaces de prévention du diabète pour tous les Autochtones?	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre de programmes et projets de sensibilisation au diabète et de prévention Sensibilisation accrue au diabète, aux facteurs de risque et aux avantages d'un mode de vie sain Incidence réduite du diabète 	<ul style="list-style-type: none"> SNSD/SISPNI Examen des données de programme Consultations auprès des organismes communautaires et des fournisseurs de soins autochtones Consultations auprès des chefs de programme 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité
L'IDA a-t-elle permis d'adopter une approche adaptée à la culture pour les programmes de prévention et de promotion de la santé?	<ul style="list-style-type: none"> Soutien de la part des organismes des Premières nations, des Métis et des Inuits Conception et utilisation d'une documentation tenant compte des langues et des cultures autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme Étude de cas/examen de projets choisis Consultations auprès des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité
L'IDA a-t-elle favorisé la prise en charge chez les membres des Premières nations et des Inuits pour ce qui est des programmes de prévention et de promotion de la santé?	<ul style="list-style-type: none"> Partenariats dans l'exécution des programmes Parrainage des projets IDA par les Premières nations, les Métis et les Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme Étude de cas/examen de projets choisis Consultations auprès des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional
La répartition des ressources de l'IDA a-t-elle été loyale et équitable parmi les Métis, les Autochtones hors réserve et les Inuits en milieu urbain?	<ul style="list-style-type: none"> Attribution en pourcentage des fonds de programme entre les groupes cibles 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional
L'IDA a-t-elle permis d'adopter des approches novatrices à des projets de prévention primaire du diabète et de promotion de la santé?	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation mutuelle des projets de l'IDA Introduction de nouveaux programmes pour les Premières nations, les Métis et les Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme Étude de cas/examen de projets choisis Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité

Soutien pour un meilleur mode de vie

Questions d'évaluation clés	Indicateurs	Méthodologie/ sources de données	Niveaux d'évaluation
Des programmes et services de soutien efficaces et pertinents en matière de diabète ont-ils été mis en place?	<ul style="list-style-type: none"> Mise en œuvre en temps opportun de projets parrainés par l'IDA Évaluations mutuelles de l'efficacité et de la pertinence des programmes et services mis en place 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme Consultations auprès des chefs de programme, des promoteurs de projet et des organismes autochtones et Inuits 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité
Y a-t-il eu une amélioration dans la qualité de vie des membres des Premières nations et des Inuits atteints de diabète grâce à l'IDA?	<ul style="list-style-type: none"> Accès accru à des services de soutien pour les personnes atteintes du diabète, leurs familles et les fournisseurs de soins Groupes de soutien créés dans le milieu 	<ul style="list-style-type: none"> SNSD/SISPNI Consultations auprès des organismes autochtones et Inuits Sondage et consultations auprès des personnes atteintes du diabète et des fournisseurs de soins 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional Conseil de bande/conseil tribal Collectivité
Dans quelle mesure l'IDA a-t-elle permis de promouvoir l'autonomie et la gestion du diabète chez les Premières nations et les Inuits?	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation accrue aux pratiques de gestion du diabète Accès accru aux services de soutien Disponibilité et accessibilité accrues au matériel nécessaire pour une autogestion 	<ul style="list-style-type: none"> Examen des données de programme Consultations auprès des organismes autochtones et Inuits Sondage et consultations auprès des personnes atteintes du diabète et des fournisseurs de soins 	<ul style="list-style-type: none"> National Régional

2.5 Méthodologie et sources de données

Dans la mesure du possible, les méthodes et les sources de données utilisées pour évaluer l'IDA seront semblables à celles utilisées pour évaluer l'ensemble de la Stratégie canadienne sur le diabète (SCD). Il s'agit, entre autres, du Système national de surveillance du diabète (SNSD), la source de données primaires pour la surveillance et l'évaluation de la SCD. D'autres sources mises au point dans le cadre de la SCD et qui pourraient servir à évaluer l'IDA (peut-être sous une forme modifiée) comprennent le modèle en vue d'une cueillette de données minimales découlant des projets communautaires financés et la base de données des projets liés au Programme pour la prévention et la promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserve et des Inuits en milieu urbain.

Voici quelques autres sources de données et méthodes qui pourraient être utilisées pour évaluer l'IDA. Cette liste est provisoire et présente des sources potentielles uniquement. Une description plus précise des sources de données et de méthodes sera élaborée au cours de la conception de l'évaluation lorsqu'il sera possible d'obtenir plus d'information sur les projets de l'IDA et les participants.

A. Méthodes de collecte des données

Examen des données liées à l'administration des programmes – La vaste collecte de données recueillies au cours de l'administration des programmes sera une source importante d'information en vue de l'évaluation. Voici quelques-unes de ces sources de données :

- données de projets liés à l'IDA, y compris les applications, les plans de travail et les rapports d'avancement (lorsqu'ils sont requis ou disponibles);
- rapports des activités;
- rapports de financement et rapports financiers;
- rapports de programmes connexes tels que le SNSD et le PSDCPNI;
- rapports annuels de la SCD.

Examen des documents de projet – Chaque projet donnera lieu à une documentation, en plus de la demande initiale. Cette documentation pourrait comprendre du matériel de communication (p. ex., brochures, affiches, vidéos), des guides de formation, des documents de planification, des ordres du jour ou notes de réunion, de la correspondance ainsi que des sommaires ou des rapports de types divers. Demander aux promoteurs de projets de fournir des documents clés produits au cours de leurs activités permettra à Santé Canada de mieux surveiller et évaluer l'IDA. L'échantillonnage de projets et une demande de documentation plus détaillée sur les activités et les résultats permettront également d'assurer une information précieuse pour l'examen des projets.

Entrevues d'informateurs clés – Des consultations auprès des intervenants, des partenaires de programmes, des promoteurs de projets et autres particuliers et organismes intéressés peuvent être menées dans le cadre d'entrevues d'informateurs clés. De telles entrevues ont lieu habituellement avec une seule personne et sont confidentielles. Elles peuvent également comprendre des groupes restreints. Des entrevues en personne et par téléphone peuvent être effectuées selon le sujet et la période de temps requise pour l'entretien et les préférences de l'interviewé. Des considérations pratiques telles que les coûts de déplacement sont également très importantes.

Entrevues d'experts – Des consultations auprès de divers types d'experts peuvent s'avérer utiles pour la surveillance et l'évaluation des programmes. Le personnel médical possédant une expertise en diabète, les experts en soins communautaires, les travailleurs sociaux et les techniciens en assistance sociale, les experts en nutrition et en loisirs, ainsi que les experts en communication et en marketing, peuvent apporter une contribution utile à l'évaluation. Une compréhension et une sensibilité à l'endroit des populations des Premières nations, des Métis et des Inuits desservis par l'IDA sont indispensables de la part des experts consultés en vue de l'évaluation.

Sondages auprès des populations desservies par l'IDA – Des sondages d'un nombre élevé de clients desservis par les programmes (échantillons probabilistes représentatifs) peuvent contribuer à assurer une vaste vue d'ensemble des résultats et effets des programmes. De tels sondages permettent généralement de recueillir un nombre relativement restreint d'informations quantitatives d'un nombre élevé de personnes. L'avantage qui en découle est que l'information recueillie peut être utilisée pour faire des déductions statistiques (dans le cadre de paramètres d'erreurs discernables) pour les populations autochtones desservies par les programmes. Les sondages effectués auprès des populations autochtones présentent des défis particuliers pour ce qui est des méthodes d'entrevue, de l'accès à des échantillons représentatifs des populations étudiées (biais liés à l'échantillonnage) et de la logistique. Une planification soignée et un soutien de la part des groupes sondés sont des éléments critiques de succès.

Examens et évaluations de projets – Certains organismes parrainant des projets liés à l'IDA peuvent suivre leurs propres démarches pour ce qui est de l'examen et de l'évaluation des activités. Il pourrait s'agir d'études de cas, d'auto-évaluations et de consultations communautaires. Une telle information pourrait être intégrée à la surveillance et à l'évaluation de l'IDA lorsque les organismes en question sont disposés à partager leurs résultats.

Études de cas/révision de projets – Des études de cas ou d'autres types d'examens plus approfondis pourraient être menés pour des projets choisis. Les études de cas, qui normalement exigent de deux à cinq jours de la part du chercheur, comprendraient un examen approfondi de tous les aspects d'un projet particulier. Ils fourniraient une information détaillée sur les activités d'un projet, ainsi que sur ses résultats et effets. Une étude de cas menée à bien permet également de mieux comprendre les raisons d'un succès ou d'un échec.

B. Méthodes d'analyse

Surveillance du rendement – La surveillance du rendement peut être effectuée pour des projets IDA pour lesquels on dispose de données sur les progrès réalisés. La cueillette de telles données devrait comprendre des mesures qui correspondent aux indicateurs présentés dans le cadre d'évaluation.

Analyse coûts-avantages – Au niveau d'un projet, une analyse coûts-avantages exigerait des données détaillées qui pourraient être recueillies au moyen d'une étude de cas ou d'une vérification de projet. De telles analyses peuvent être effectuées après un délai suffisant pour permettre une mesure probante des résultats et des avantages. Une analyse coûts-avantages à des niveaux de regroupement plus élevés pourrait être effectuée lorsqu'il sera possible d'obtenir suffisamment de données au niveau des projets.

Analyse des liens – Une analyse des liens avec d'autres programmes clés pourrait être effectuée au cours des premières étapes du processus. Les intervenants clés devraient être consultés en vue d'examiner de façon préliminaire dans quelle mesure l'IDA a été intégrée avec succès à d'autres programmes.

Analyse des lacunes – Une analyse des lacunes peut être effectuée pour s'assurer que les plans de travail et les activités sont conformes aux objectifs de l'IDA. Une telle analyse comprend une comparaison systématique des activités réelles et prévues en regard des objectifs établis de l'IDA. De telles comparaisons peuvent être effectuées à chaque niveau d'analyse. Une analyse des lacunes peut être utilisée pour s'assurer que le programme est sur la bonne voie et indiquer tout changement à effectuer au programme à mi-parcours.

3.0 Évaluation

Cette section couvre l'attribution des coûts pour l'évaluation de l'IDA, précise les responsabilités et offre la possibilité d'apporter des changements au présent cadre d'évaluation.

3.1 Financement de l'évaluation

Le financement de l'évaluation s'effectuera à deux niveaux, correspondant aux diverses sphères de responsabilité. Le Bureau national fournira un soutien technique et financier aux régions, les montants devant être discutés et révisés de façon continue.

3.2 Responsabilités liées à l'évaluation

La Direction des programmes de santé communautaire (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits) de Santé Canada sera chargée d'évaluer l'IDA et d'effectuer de façon continue une mesure du rendement au cours des trois prochaines années et un bilan final en 2004.

Le Bureau national sera chargé du cadre d'évaluation et de sa conception, ainsi que du soutien technique et financier aux régions (au besoin). Les Régions seront chargées des projets au niveau régional et devront établir des liaisons avec les projets au niveau des conseils tribaux et des collectivités.

La Direction
des programmes
de santé
communautaire
(Direction générale
de la santé des
Premières nations et
des Inuits) de Santé
Canada sera chargée
d'évaluer l'IDA

Responsabilités liées à l'évaluation	
Cadre d'évaluation de l'IDA	Bureau national
Analyse des lacunes	Bureau national
Rapports annuels de la SCD	Bureau national
Rapports annuels de l'IDA	Bureau national
Évaluation – mesure de rendement continu	Bureau national, bureaux régionaux
Évaluation – étude d'évaluation du bilan	Bureau national, bureaux régionaux

3.3 Modifications du cadre d'évaluation de l'IDA

Le présent cadre d'évaluation, préparé en juillet 2001 (examiné et révisé en novembre), reflète la conception de l'IDA, et comprend les deux programmes et les trois composantes de l'Initiative. Il est probable que d'autres changements à apporter au cours des années à venir pourraient modifier le contenu de ce cadre. Il incombera au directeur général des Programmes de santé communautaire d'intégrer ces changements et d'en aviser tous les intervenants, y compris le Conseil du Trésor.