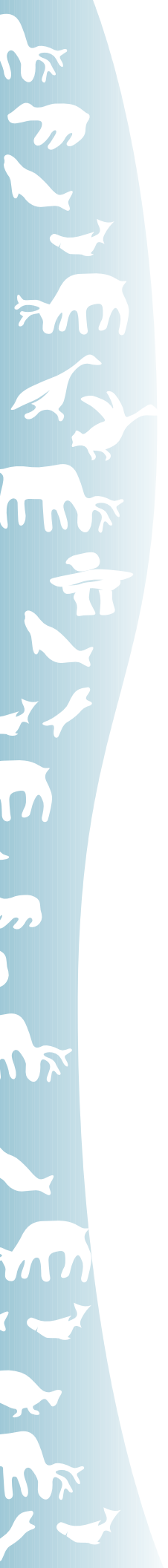


TABLE DES MATIÈRES



<i>Que sont les soins à domicile et en milieu communautaire?</i>	1
<i>Le programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI)</i>	4
<i>Aperçu national</i>	9
<i>Aperçu régional</i>	24
Pacifique	28
Alberta	34
Saskatchewan	39
Manitoba	44
Ontario	49
Québec	55
Atlantique	59
Secrétariat du Nord - Territoires	64
<i>Obstacles et Défis</i>	68
<i>Perspectives d'avenir : 2002/03</i>	74



QUE SONT LES SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE?



L'expression « soins à domicile et en milieu communautaire » évoque souvent différentes perceptions de types et de niveaux de services. La section suivante présente un aperçu des services de soins à domicile et en milieu communautaire dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI).

Aperçu des soins à domicile et en milieu communautaire

Voici les éléments fondamentaux des soins à domicile et en milieu communautaire :

- services fournis principalement au domicile des gens;
- services fournis en fonction des besoins cernés à l'aide d'une évaluation du client;
- services conçus pour aider les gens à vivre le plus longtemps possible chez eux, de façon autonome et entourée de leurs proches;
- soins dispensés de manière holistique qui tient compte des besoins physiques, sociaux, spirituels et émotionnels d'une personne, et du fait que chaque personne est différente et unique; et
- services qui appuient et améliorent les soins dispensés par la famille et la collectivité, sans toutefois les remplacer.

Services de soins à domicile et en milieu communautaire

Les soins à domicile et en milieu communautaire comprennent les services suivants :



Évaluation du client

Cette étape comporte :

- un entretien avec le client et sa famille;
- un entretien avec le médecin du client et d'autres personnes qui en ont pris soin;
- un examen des antécédents de santé du client;
- un examen physique.

Prise en charge du cas

Cette étape suit l'évaluation afin d'assurer que le plan de soins est celui qui convient au client et que les soins sont dispensés par le soignant indiqué au bon moment.

Soins infirmiers à domicile

- Soins infirmiers dispensés à domicile ou dans un cadre communautaire;
- conseils d'autogestion de la santé à l'intention du client et de sa famille;
- peuvent comprendre la surveillance des travailleurs qui prodiguent des soins personnels.

Soins personnels

- Aide pour des activités comme le bain, le soin des pieds, et se vêtir.

Soutien à domicile

- Aide pour des travaux ménagers légers, la lessive, la préparation des repas.

Services de relève à domicile

- Soins dispensés au client lorsqu'il n'est pas prudent de le laisser seul pendant que la famille, qui prend normalement soin de lui, s'accorde un répit.

Bénéficiaires des services de soins à domicile et en milieu communautaire

Les personnes de tous les âges dont le besoin a été évalué et qui :

- sortent de l'hôpital;
- ont une maladie nécessitant des soins de suivi;
- ne peuvent vivre seules en attendant de recevoir des soins dans un établissement de soins de longue durée;
- ont une incapacité et ne pourraient vivre seules sans aide;
- ont besoin de soins infirmiers à domicile; et/ou
- choisissent de vivre chez elles plutôt que dans un établissement de soins de longue durée, en autant qu'il n'y a pas de danger, que le coût est abordable et que des services lui sont offerts.

Parmi les autres bénéficiaires possibles de soins à domicile et en milieu communautaire, on compte les parents et amis qui ont besoin de soutien pour continuer à prendre soin de quelqu'un à domicile.

Aiguillage

Le client peut en faire la demande lui-même ou être dirigé par des parents, des amis, son médecin, un voisin ou un hôpital.

Fournisseurs de services

Les services de soins à domicile et en milieu communautaire sont fournis par des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des aides bénéficiaires ou préposés aux soins personnels agréés, au niveau communautaire. Les aides bénéficiaires ou préposés aux soins personnels devraient être appuyés et supervisés par des infirmières autorisées.



LE PROGRAMME DE SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS (PSDMCPNI)

Contexte

En 1998, un Groupe de travail sur les soins continus a été créé avec des représentants de l'Assemblée des Premières nations (APN), de l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada (DGSPNI) et du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC). Ce groupe a jeté les bases du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMCPNI) et s'est penché dans un premier temps sur les soins à domicile. Le Programme PSDMCPNI a été annoncé dans le budget fédéral de février 1999.

Le PSDMCPNI assure des services de soins à domicile et en milieu communautaire de base complets, respectueux des cultures autochtones, accessibles, efficaces et équivalents à ce que reçoivent les autres citoyens canadiens et qui reflètent les besoins particuliers des Premières nations et des Inuits en matière de santé et de services sociaux. Le Programme est structuré afin d'offrir des services dans le domaine de la santé à domicile et au sein de la collectivité, qui permettent aux personnes vivant avec un handicap, une maladie durable ou aiguë et aux personnes âgées de recevoir les soins dont elles ont besoin dans leur milieu de vie.

La planification et la mise en œuvre de cette initiative s'effectuent en partenariat par le gouvernement fédéral (par le truchement de la DGSPNI), l'APN et l'ITK. Le Programme viendra élargir ou améliorer d'autres programmes fédéraux comme le programme de soins aux adultes (volet soins à domicile), que finance Affaires indiennes et du Nord Canada (anciennement le MAINC), et le volet Soins à domicile de l'Initiative pour des collectivités en santé.

Un total de 152 millions de dollars a été réservé pour les trois premières années du Programme, qui correspondent à la phase de développement, puis celui-ci bénéficiera d'un niveau de financement permanent de 90 millions de dollars par année. Le financement pour les trois premières années du PSDMCPNI est le suivant :

Année du Programme	Exercice	Budget
1	1999/00	17 millions \$
2	2000/01	45 millions \$
3	2001/02	90 millions \$

Les années 2 et 3 comportaient d'importantes ressources budgétaires pour commencer à répondre aux besoins en immobilisations et en formation. Les critères d'attribution de ces ressources ont été formulés et approuvés par le Comité directeur national puis envoyés aux Régions de la DGSPNI ainsi qu'aux collectivités des Premières nations et des Inuits.

Objectifs du Programme

Voici quels sont les principaux objectifs du Programme :

- renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits à élaborer et à dispenser des soins à domicile complets, respectueux de leur culture, accessibles et efficaces;
- aider les membres des Premières nations et les Inuits atteints de maladies chroniques ou graves à maintenir une santé, une autonomie et un bien-être optimaux dans leur foyer et leur collectivité;
- faciliter une utilisation efficace des ressources en soins à domicile grâce à une démarche d'évaluation structurée, fondée sur la culture autochtone et respectueuse de cette dernière, pour déterminer les besoins des clients et établir un plan de soins;
- veiller à ce que tous les clients qui ont besoin de soins à domicile aient accès à un éventail complet de services au sein de leur collectivité, dans la mesure du possible;
- aider les clients et leur famille à participer à l'élaboration et à la réalisation du plan de soins dans la mesure du possible et à utiliser les services de soutien communautaire dans la mesure où ces services existent et répondent à leurs besoins;

- renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits à dispenser des soins à domicile par l'entremise de la formation et du recours à la technologie de pointe et aux systèmes d'information permettant d'assurer le suivi des soins et des services et d'établir des objectifs et des indicateurs mesurables.

Admissibilité

Les bénéficiaires suivants sont admissibles au Programme :

- les membres des Premières nations et les Inuits, peu importe leur âge;
- ceux qui habitent sur un territoire inuit, dans une réserve des Premières nations ou dans une collectivité des Premières nations située au nord du 60e parallèle;
- ceux dont les besoins en services de soins de longue durée ont fait l'objet d'une évaluation et qu'il a été déterminé qu'un ou plusieurs services essentiels étaient requis;
- ceux qui ont accès à des services qui peuvent être assurés de façon raisonnablement sécuritaire aux clients et aux fournisseurs de soins, selon les normes, les politiques et les règlements établis pour les services.

Éléments du Programme

Éléments de services essentiels

Voici les éléments de services essentiels constituant les bases sur lesquelles s'appuieront les améliorations qui pourront être apportées au Programme :

- un processus structuré d'évaluation qui comprend une évaluation continue et permet de déterminer les besoins des clients et la répartition des services. L'évaluation constitue un processus dynamique structuré de collecte d'information continue et de jugement bien informé qui confère un sens à

l'information recueillie. Les processus d'évaluation et de réévaluation peuvent inclure le client, sa famille, et d'autres donneurs de soins et/ou fournisseurs de services;

- un processus de soins gérés qui prévoit la prise en charge des cas, les aiguillages et l'établissement de liens entre les services et le service existant assuré tant dans les réserves et les territoires qu'à l'extérieur de ceux-ci;
- des services de soins infirmiers à domicile qui comprennent la prestation directe des services ainsi que la supervision et la formation des employés assurant des services de soins personnels;
- la prestation de services de soutien à domicile qui sont déterminés en fonction des besoins du plan d'évaluation des besoins de la collectivité et qui ne font pas double emploi avec les services de soins pour adultes (volet Soins à domicile) du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) mais viennent plutôt les améliorer (p. ex., le bain, l'hygiène personnelle, l'habillage, le transfert, les soins aux malades alités, y compris le tournage, les massages de dos et les soins courants de la peau, etc.);
- la prestation de services de relève à domicile;
- les liens établis avec d'autres services professionnels et sociaux, ce qui peut comprendre les processus d'évaluation coordonnés, les protocoles d'aiguillage et les liens avec des fournisseurs tels que les hôpitaux, les médecins, les infirmières auxiliaires, les infirmières exerçant à un niveau avancé, les services de relève et les services thérapeutiques;
- la prestation de fournitures médicales et d'équipement médical spécialisés et de produits pharmaceutiques spécialisés, ainsi que l'accès à ceux-ci, afin de dispenser des soins à domicile et en milieu communautaire;
- la capacité à gérer l'exécution du programme de soins à domicile et en milieu communautaire de façon sûre et sécuritaire, si l'infrastructure existe au sein de la collectivité;
- un système de tenue de documents et de collecte de données pour mener à bien les activités de surveillance, de planification permanente, de préparation de rapports et d'évaluation du Programme.



Éléments de services complémentaires

On prévoit que les éléments essentiels du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire seront élaborés d'abord dans chacune des collectivités des Premières nations et des Inuits. Compte tenu des besoins et des priorités des collectivités, de l'infrastructure existante et de la disponibilité des ressources, il se peut que le Programme soit élargi pour comprendre des éléments de services complémentaires.

Les éléments complémentaires qui peuvent être assurés dans un continuum de soins à domicile et en milieu communautaire comprennent notamment :

- la facilitation et l'établissement de liens pour les services de réadaptation et de thérapie;
- les services de relève;
- les soins de jour pour les adultes;
- les programmes de repas;
- les services de santé mentale communautaires pour les malades mentaux chroniques et les clients qui souffrent de maladie mentale ou affective. Ces services pourraient comprendre des services de counselling et de guérison traditionnels et la surveillance de la prise de médicaments;
- les services de soutien permettant de maintenir l'autonomie, ce qui peut comprendre des besoins en transport spécial, les emplettes, l'accès à des services spécialisés et à des services d'interprétation;
- les soins palliatifs à domicile;
- les services sociaux directement liés aux questions relatives aux soins de longue durée;
- les activités spécialisées de promotion de la santé, du mieux-être et de la condition physique.

Le Programme :

- **ne financera pas** la construction d'établissements de soins prolongés ni la prestation de services de soins prolongés en établissement et **ne fera pas double emploi** avec les services existants de soins aux adultes qui habitent des réserves.

APERÇU NATIONAL

Situation actuelle

Un outil de suivi a été mis au point pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, permettant de présenter des rapports sur l'avancement des activités de planification à l'échelle régionale trimestriellement à l'Administration centrale.

Voici un sommaire du niveau des activités à la fin de l'exercice 2001/02 :

- 667 de 697 collectivités admissibles ont reçu du financement pour des activités liées à l'élaboration de programme;
- 87 p. 100 ont terminé une évaluation des besoins associés au Programme;
- 80% ont présenté des plans de prestation de services;
- 51 p. 100 des collectivités admissibles ont accès à des services touchant plus de 63 p. 100 de la population des Premières nations et des Inuits (c.-à-d., plus de 282 000 Premières nations et Inuits ont accès à des services dans leur collectivité); et
- 34 des 54 collectivités inuites admissibles offrent des services.

PSDMCPNI : Statistiques pour l'ensemble du Canada

Population	441 634
Population moyenne par collectivité	634
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	697
Nombre de collectivités financées	669
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	87 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	80 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	73 %
% de collectivités recevant des services	51 %

2001/02

Comité directeur national

Contexte

Un Comité directeur national composé de membres du partenariat a été mis sur pied au cours de l'exercice 1999/00 et il a continué de contribuer activement à fournir une orientation et de l'information en retour concernant les activités de développement durant 2000/01 et 2001/02. Le Comité directeur national a tenu sa première réunion en mai 1999 et il s'est réuni trimestriellement pour fournir une orientation nationale concernant la mise en oeuvre du Programme.

Stratégie axée sur les besoins

Le Comité directeur national a approuvé le cadre de financement du PSDMCPNI avant la présentation au Conseil du Trésor. Le cadre de financement était censé constituer un point de départ à l'élaboration d'une véritable formule de financement axée sur les besoins. On a constaté que la quantité de données était insuffisante à l'obtention d'un cadre de financement correspondant vraiment aux besoins en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Le Comité directeur national a approuvé une stratégie axée sur les besoins en vue de recueillir des données qui serviraient à appuyer un programme viable.

Voici les éléments, les tâches et les activités établis pour la mise en oeuvre de la stratégie axée sur les besoins :

- élaboration, adoption et mise à jour d'une base nationale de données recueillies de façon cohérente sur les populations des Premières nations et des Inuits;
- évaluation des approximations liées aux soins dans la formule de financement et analyse de l'utilisation des services selon des indicateurs déterminés;
- détermination du coût de la prestation de services selon le type de service;
- établissement d'une base d'information utilisée pour déterminer les services de soutien de programme de deuxième et de troisième niveau et les coûts associés;
- établissement de preuves et collecte de données sur les enjeux qui auront une incidence sur la viabilité du Programme.

Plan de travail national 2001/02

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits est fondé sur le partenariat et la collaboration. Compte tenu du caractère national du partenariat, chaque année le plan de travail national est préparé en collaboration par l'Administration centrale de la DGSPNI, l'Assemblée des Premières nations (APN) et l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). Ce plan de travail est ensuite présenté au Comité directeur national pour approbation.

Voici le plan de travail qui a été élaboré et approuvé pour l'exercice 2001/02.

- adaptation aux besoins régionaux et territoriaux liés à l'élaboration et la mise en oeuvre du PSDMCPNI;
- amélioration des liens avec d'autres programmes associés à la DGSPNI, la télémédecine, le diabète et les soins infirmiers;
- participation à l'élaboration de stratégies afin d'améliorer la mise au point de soins continus pour les Inuits et les Premières nations;
- satisfaction des exigences de responsabilisation;
- accès à l'expertise du programme afin d'appuyer les activités de quatrième niveau;
- appui continu au processus de collaboration touchant l'élaboration et la mise en oeuvre du PSDMCPNI.

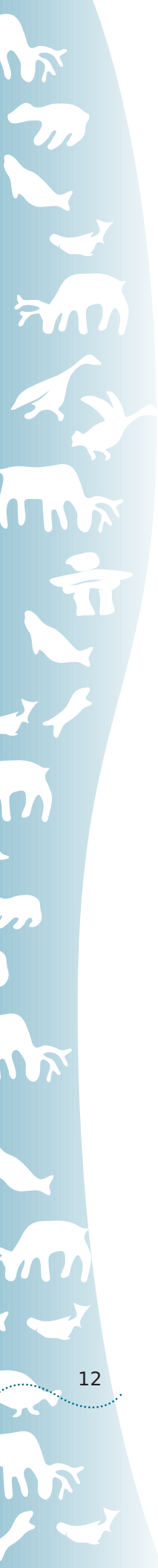
Phases du Programme

Le PSDMCPNI comporte quatre phases essentielles.

1. Évaluation des besoins.
2. Plan de prestation de services.
3. Politiques et procédures/préparation à la prestation.
4. Prestation de services complets.

Affectation du financement

En 2000/01, une modification a été apportée au processus de financement afin de régler le problème de stagnation de certaines



collectivités à la phase de l'évaluation des besoins, empêchant ainsi les membres de ces collectivités de recevoir des services. Bien qu'un principe fondamental du programme était de respecter le rythme de la collectivité, le Comité directeur national a modifié la formule du financement aux collectivités au cours de 2000/01 de façon à faire coïncider celui-ci avec la phase de la planification et de la mise en oeuvre. Cette modification avait pour but d'encourager les collectivités à atteindre la phase de la prestation des services. Bien que la période finale d'élaboration indiquée dans la présentation au Conseil du Trésor était l'exercice 2001/02, compte tenu de la nature des activités de planification « axées sur la collectivité et au rythme de la collectivité », ce ne sont pas toutes les collectivités des Premières nations et des Inuits qui en étaient à l'étape de la prestation de services.

La modification de la formule de financement a été controversée puisqu'elle visait à établir un équilibre entre la capacité et le rythme des collectivités et les exigences de soins à domicile de la population ayant besoin de services. Au cours de 2000/01 et de 2001/02, les collectivités ont traversé diverses phases avec l'appui des organisations des Premières nations et des Inuits, des conseils tribaux, des OPT, de Santé Canada, des travailleurs en soins de santé, et d'autres intervenants.

Processus d'examen par les pairs

Bien que tous les plans des collectivités aient été soumis à l'équipe nationale aux fins d'examen, de commentaires et d'approbation, suite à un examen approfondi de 600 propositions, on a déterminé que l'équipe nationale ne suffisait pas à la tâche et qu'une stratégie plus efficace serait de faire examiner aussi les plans par des pairs à l'intérieur de chaque Région. En 2000/01, un processus d'examen par les pairs a été formulé en collaboration avec les Régions, et la plupart d'entre elles ont mis sur pied des groupes de travail pour accomplir cette tâche. Une difficulté affrontée par bon nombre de Régions fut que des collectivités ne voulaient pas formuler de commentaires à propos des plans des autres collectivités. L'équipe nationale a donc coordonné des séances de formation sur la façon d'élaborer et de mettre en oeuvre un processus d'examen par les pairs et chaque région a délégué un participant à ces séances. Dans le cadre du programme de formation, des outils ont été fournis au représentant de chaque région.

Plans de formation

Des plans de formation ont été établis par les régions. Les plans ont été coordonnés par les Régions avec les collectivités, les conseils tribaux et les organisations des Premières nations et des Inuits, puis ils ont été présentés au Comité directeur national pour approbation. Des critères ont été élaborés pour assurer que la formation était agréée et divisée relativement également parmi les collectivités, de façon à ce qu'elle rejoigne le plus de gens possible et qu'elle crée le plus de capacités possible.

Selon les données de suivi de 2001/02, dans l'ensemble du Canada, environ 1 200 postes de formation ont été affectés aux travailleurs en soins personnels au titre des plans du Programme. Cela correspond au double du nombre de préposés aux soins personnels en comparaison avec les données précédant le PSDMCPNI. Avant le PSDMCPNI, on comptait 15 postes d'infirmières auxiliaires autorisées en soins à domicile, pour l'ensemble du pays. Selon les plans de formation, ce nombre devrait décupler pour se situer à 150. Pour les infirmières autorisées, le nombre de postes est passé de 124 à 402 selon les plans de formation.

Un Guide - Plan de formation a été rédigé dans le cadre de la trousse de planification afin d'aider les régions et les collectivités à élaborer leurs plans de formation.

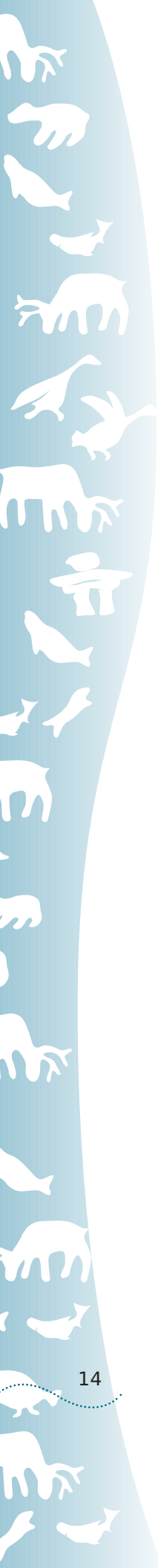
Plans des immobilisations

Durant cette période de deux ans, des plans régionaux des immobilisations ont été élaborés, approuvés et mis en oeuvre. L'Administration centrale a désigné un spécialiste dans ce domaine pour travailler avec les régions et les collectivités. Il était essentiel que l'établissement des plans des immobilisations se déroule de concert avec les autres activités liées aux immobilisations, par souci d'efficacité.

Un Guide - Plan des immobilisations a aussi été rédigé et distribué aux régions et aux collectivités.

Communications

Comme pour n'importe quel programme de cette portée et de cette envergure, des communications efficaces ont représenté un défi



perpétuel durant ces deux années. L'équipe nationale a travaillé avec les régions, les partenaires des Premières nations et des Inuits et les collectivités afin d'établir des méthodes et des voies de communications appropriées.

Visites des collectivités

Des membres de l'équipe nationale ont effectué des visites parmi les collectivités du pays pour rencontrer le personnel du Programme et se mettre au fait de la situation.

Exposés régionaux

Le Comité directeur national souhaitait être mis au fait de la situation directement par les régions. Plusieurs régions ont présenté des exposés au CDN durant cette période afin de présenter des mises à jour sur les réussites et les défis de chaque collectivité et région.

Établissement et distribution d'une trousse de planification

Une trousse de planification a été élaborée et distribuée aux régions et aux collectivités.

Les guides suivants font partie de cette trousse de planification et ils ont été conçus pour aider les collectivités concernant tous les aspects de la planification et de la mise en oeuvre :

- Mise en branle
- Évaluation des besoins de la communauté
- Plan de prestation des services
- Plan des immobilisations
- Plan de formation
- Activités préliminaires à la prestation des services
- Prestation des services

En outre, de l'information a été fournie sur des questions de responsabilité, et des normes, modèles et procédures touchant le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire ont été

créés et distribués. Des renseignements complets sur le Programme et des ressources sont disponibles sur le site Web de Santé Canada.

Réunions nationales et régionales et exposées

Dans le but de maintenir des communications continues, les membres de l'équipe nationale des PSDMCPNI ont présenté des mises à jour et des exposés à diverses réunions nationales et régionales. En plus des réunions avec diverses organisations des collectivités des Premières nations et des Inuits et avec les régions de la DGSPNI, des exposés ont été présentés aux conférences et ateliers suivants en 2000/01 :

Réunion ou conférence	Lieu	Date
Agents régionaux de soins infirmiers/ formateurs régionaux en soins infirmiers	Québec	Avril 2000
Atlantic Steering Committee à Moncton	Moncton	Avril 2000
Saskatchewan Region Management Committee	Regina	Avril 2000
Région de l'Ontario et Premières nations	Toronto	Mai 2000
Réunion nationale de l'IDA, du PSDMCPNI et de la télémédecine	Ottawa	Juillet 2000
Groupe de référence autochtone concernant les personnes handicapées	Calgary	Septembre 2000
Comité directeur du PSDMCPNI au Yukon	Whitehorse	Octobre/novembre 2000
Atlantic Health Conference	Halifax	Novembre 2000
BC Health Conference	Vancouver	Novembre 2000
Colloque national des soins à domicile	Calgary	Décembre 2000
Premières nations du Sud de l'Ontario	London	Février 2001
Conférence nationale sur la santé de l'APN	Ottawa	Février 2001
Premières nations du Nord de l'Ontario	Thunder Bay	Mars 2001



Liens avec les autres programmes

L'un des éléments mentionnés dans le plan de travail national pour 2001/02 était l'amélioration des liens avec d'autres programmes. Voici un sommaire de quelques-uns de ces liens.

Services de santé non assurés (SSNA)

L'un des éléments essentiels du PSDMCPNI est l'accès à l'équipement médical et aux fournitures médicales. Au cours de la première année du Programme, le Comité directeur national a dirigé l'élaboration d'une stratégie qui assurerait non seulement des liens avec les SSNA, mais aussi un accès opportun à l'équipement médical et aux fournitures médicales aux clients recevant des services de soins à domicile et en milieu communautaire.

Un groupe de travail a été établi avec des représentants régionaux et nationaux des deux programmes et des deux organisations. Une ébauche de stratégie a été déposée auprès des Comités directeurs nationaux des deux programmes. Une importante recommandation formulée par ce groupe de travail était de permettre aux infirmières à domicile d'autoriser l'achat et le paiement par les SSNA d'un nombre limité d'articles de grande utilisation, notamment des fournitures pour incontinence, des pansements et des fournitures de diabétique. Des processus et des procédures ont été amorcés en vue de la mise en oeuvre de la révision de cette politique.

Développement des ressources humaines Canada (DRHC)

DRHC a financé un certain nombre d'études sur la main-d'oeuvre. Il y a quelques années, une étude a été lancée sur la main-d'oeuvre du secteur des soins à domicile. Coordonnée par un Comité directeur national très imposant, l'étude comporte un comité de gestion composé de cinq organisations afin de permettre l'accès au financement de cette étude et la gestion du financement. Les Premières nations et les Inuits ont été invités à participer en tant que membres du Comité directeur national. En outre, une analyse documentaire sur les questions de soins à domicile des collectivités autochtones a été effectuée. Cette analyse documentaire a été intégrée au rapport final de la phase 1 de l'étude sectorielle. Un appel de propositions a été lancé pour la réalisation de recherches supplémentaires touchant la dotation, le recrutement et d'autres questions chez les collectivités des Premières nations et des

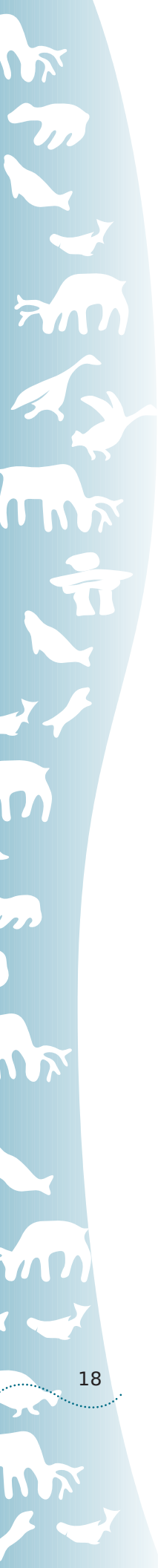
Inuits. Toutefois, compte tenu d'un manque de financement par DRHC, il semble maintenant que cet élément de la recherche ne sera pas poursuivi. Le Comité directeur national du PSDMCPNI a rencontré DRHC pour étudier les possibilités de chevauchement et obtenir des rapports de DRHC, en particulier concernant les personnes handicapées.

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC, auparavant MAINC)

Le Programme actuel de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a été lancé principalement suite aux travaux exécutés par un groupe de travail mixte DGSPNI/MAINC (maintenant AINC)/APN/ITK en 1998. Le plan initial consistait en l'élaboration d'un cadre de soins continus complets dont la phase 1 était les soins à domicile et en milieu communautaire. Depuis l'annonce de ce Programme, bon nombre des activités des collectivités des Premières nations et des Inuits ont été axées sur la mise en oeuvre du PSDMCPNI. Relativement peu de travail a été effectué concernant la poursuite de l'élaboration du cadre de soins continus, en particulier en ce qui a trait aux programmes de soins aux adultes et (ou) de soins en établissement.

De nombreuses Premières nations ont continué de cerner d'importantes lacunes concernant leur capacité de réaliser une gamme de programmes de soins continus. En l'absence d'un mandat touchant les soins en établissement à l'intérieur d'AINC ou de la DGSPNI, des efforts ont été accomplis pour réunir un groupe d'experts de programme afin d'amorcer la discussion sur l'élaboration du volet Soins en établissement de la stratégie des soins continus. Ce cadre devrait être terminé en 2002/03.

Tant AINC que la DGSPNI ont toujours eu l'intention de poursuivre l'élaboration du cadre de soins continus. AINC avait prévu la rédaction d'un certain nombre de documents de recherche générale. En outre, les Premières nations ont exercé de fortes pressions pour que l'on mette fin au moratoire. AINC a donc coordonné une réunion nationale qui a eu lieu à Winnipeg en novembre 2000. De nombreux coordonnateurs régionaux des soins à domicile et en milieu communautaire (à la fois des Premières nations et de la DGSPNI) ont assisté à cette réunion, ainsi que des représentants des Régions d'AINC et des techniciens en développement social. La réunion a servi à mieux cerner les enjeux et les lacunes des soins continus. Des représentants des Inuits ont participé comme observateurs à cette réunion.



Lorsque les Premières nations et les Inuits ont commencé leur évaluation des besoins et leurs activités de planification de programme, l'absence d'accès à des établissements de soins et des logements respectueux de la culture autochtone a été reconnue comme une importante lacune dans le continuum de soins. Depuis le milieu des années 1980, le MAINC (maintenant AINC) a instauré un moratoire sur le financement destiné à la construction et l'exploitation des établissements de soins dans la réserve.

Durant ces deux années, les communications et le partage d'information ont constitué un élément essentiel de la collaboration entre les représentants des deux programmes et une personne a été spécifiquement désignée par AINC pour travailler avec l'équipe du PSDMCPNI. Des activités ont été accomplies en collaboration à la fois à l'échelle nationale et régionale pour régler des questions de mise en œuvre de politique et de programme.

En février 2001, une réunion du comité sur la santé d'ITK a eu lieu à Ottawa. Les participants ont cerné le besoin de soins continus des Inuits et le comité sur la santé a demandé au service de santé d'ITK d'élaborer une proposition pour présentation à la DGSPNI en vue d'effectuer des recherches dans ce secteur.

Soins palliatifs et soins de fin de vie

Il y a plusieurs années, un comité du Sénat présidé par la sénatrice Sharon Carstairs a tenu une série d'audiences un peu partout au pays afin d'obtenir de l'information en retour sur les besoins en soins palliatifs et soins de fin de vie des Canadiens. Suite à ces audiences, le gouvernement fédéral a créé un Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie au sein de Santé Canada et la sénatrice Carstairs a été nommée Ministre responsable des soins palliatifs.

L'une des tâches essentielles du Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie a été l'élaboration d'un plan d'action national sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie. Une réunion nationale a eu lieu à Winnipeg en mars 2002. Environ cent cinquante (150) personnes ayant des connaissances spéciales et une expertise en soins palliatifs et soins de fin de vie avaient été invitées à participer à cette réunion. Des dispositions avaient aussi été prises pour assurer la participation des Premières nations et des Inuits.

Deux activités ont été réalisées au titre du PSDMCPNI afin d'appuyer l'élaboration du plan d'action national sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie. Ce sont les suivantes :

1. Recrutement des participants de la réunion

On a demandé aux régions et aux organisations des Premières nations et des Inuits d'identifier des personnes ayant de l'expérience touchant les soins palliatifs et les soins de fin de vie ou ayant une connaissance spéciale de ces questions. Environ 30 personnes ont été désignées. Le Secrétariat des soins palliatifs et des soins de fin de vie avait toutefois la responsabilité d'effectuer la sélection finale des participants de la réunion. Environ quinze personnes ont participé, y compris deux aînés qui ont partagé leur sagesse et leurs connaissances non seulement avec les participants autochtones mais aussi avec les experts et les professionnels de la santé qui assistaient à la réunion. La contribution des représentants des Premières nations et des Inuits transparaît clairement dans le rapport final de l'atelier.

2. Financement de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) pour la rédaction d'un document de travail sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie pour les populations autochtones

Il existait un grave manque de données sur les besoins des populations autochtones dans le domaine des soins palliatifs et des soins de fin de vie. Ce document de travail a été présenté à l'atelier national et il a été utilisé par les participants autochtones à la réunion pour traiter de certaines des questions soulevées. L'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) a produit un document de travail sur les soins palliatifs contenant une description des caractéristiques inuites et des questions de planification qui avaient besoin d'être intégrées au plan d'action national sur les soins palliatifs et les soins en fin de vie.

Bureau de services infirmiers

Des discussions préliminaires ont eu lieu durant cette période avec des membres du Bureau des services infirmiers de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin de trouver des façons d'intégrer activités et communications.



Le Bureau des services infirmiers est responsable de ce qui suit :

- recrutement, gestion et maintien en poste des infirmières en santé communautaire de la Direction générale de la santé des Premières nations et les Inuits;
- soutien des Régions de la DGSPNI touchant la prestation des services en soins infirmiers;
- analyse des tendances et de la direction stratégique des services en soins infirmiers;
- pratique des soins infirmiers, normes et compétences;
- éducation en soins infirmiers et perfectionnement du personnel.

Normes génériques et politiques

Une exigence de la mise en œuvre du PSDMCPNI est la démonstration par les collectivités que des normes de programme ainsi que des politiques ont été établies. Compte tenu des différents modèles de programme élaborés et des diverses questions de compétence, il n'y a eu aucune tentative d'imposition de normes et de politiques aux Premières nations et aux Inuits. On a toutefois reconnu que l'élaboration de normes constituait une lourde tâche et que plusieurs collectivités n'avaient pas la capacité de l'assumer.

Pour cette raison, en 2000/01, St. Elizabeth's Health care, un organisme de santé privé, sans but lucratif, en Ontario, avait reçu le contrat d'élaborer des normes et des politiques génériques pour utilisation, adaptation et modification par les Premières nations et les Inuits. Le groupe de travail national sur les normes, les politiques, les champs d'activité et la formation a guidé ces activités d'élaboration.

Fonds pour l'adaptation des services de santé : évaluation des projets pilotes de soins à domicile

En 1997, Santé Canada créait un Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) afin d'appuyer des méthodes innovatrices répondant aux questions de santé soulevées par les réformes mises en œuvre dans les réseaux de santé canadiens. La DGSPNI a présenté une proposition visant le financement de projets pilotes de soins à domicile. Au cours de la phase 1, cinq projets de soins à domicile et en milieu communautaire

ont été mis sur pied et ont servi à l'évaluation de la faisabilité de la mise en œuvre du cadre de soins à domicile élaboré par un groupe de travail national. Ces projets pilotes ont été réalisés au cours de l'exercice 1999/00.

Avant l'achèvement de la première ronde des projets pilotes FASS, la DGSPNI a de nouveau établi un partenariat avec les Premières nations et les Inuits et a présenté une proposition pour une autre série de projets pilotes de soins à domicile et en milieu communautaire axés sur le diabète. Le but de ces projets était :

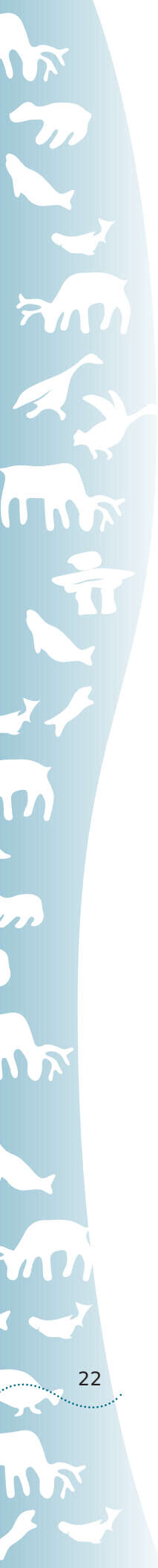
- d'élaborer et de mettre à l'essai des modes de soins à domicile et en milieu communautaire axés sur les soins et le soutien aux diabétiques ainsi que sur l'information sur le diabète;
- de créer des liens et de coordonner des services; et
- de valider le cadre de soins à domicile et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones.

En 2000/01, une évaluation finale a été réalisée à l'égard de ces projets pilotes. Voici les principales constatations de l'évaluation :

- la participation des membres de la collectivité au processus de planification est essentielle pour assurer que les services répondent aux besoins communautaires; et
- les programmes efficaces de soins à domicile pour les diabétiques sont fondés sur les besoins de la collectivité, tandis que les services sont axés sur les clients.

Évaluation du programme et responsabilisation

Un Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation (CGRR) forme le cadre d'évaluation pour le PSDMCPNI. Le CGRR décrit la méthode intégrée qui sera utilisée par les responsables du PSDMCPNI pour mesurer, gérer, évaluer les résultats et présenter des rapports tout au long du cycle de vie du Programme. Il contient aussi un plan d'évaluation, qui comprend de l'information du type quoi, quand et comment évaluer.



Un Groupe de travail sur l'évaluation a été mis sur pied. Ce Groupe est composé de représentants des collectivités, des Premières nations et des Inuits et de Santé Canada. L'une des principales tâches du Groupe de travail durant cette période a été l'élaboration et la publication du CGRR pour le PSDMCPNI.

Le CGRR décrit le rôle et les responsabilités de Santé Canada et des collectivités des Premières nations et des Inuits dans la mise en œuvre et la prestation du PSDMCPNI. Il présente un concept de programme clair et logique qui établit un lien entre les ressources du Programme et les résultats attendus, et ce par une série d'activités, extrants et résultats prévus. Il décrit un mode approprié de gestion du rendement qui comprend l'évaluation permanente du rendement, une stratégie d'évaluation, la présentation de rapports adéquats sur les réalisations et la responsabilisation à l'égard des résultats.

Le CGRR constitue une entente entre tous les partenaires qui participent à la prestation du Programme en ce qui concerne le but poursuivi, la façon de collaborer pour atteindre ce but et la manière de mesurer les résultats obtenus et d'en faire rapport. Le CGRR est un outil pour faciliter la gestion du Programme et l'apprentissage continu.

Voici quelques mesures stratégiques contenues dans le CGRR :

- plan d'évaluation qui comprend : trois études distinctes pour examiner les questions liées à l'élaboration et à la mise en œuvre; l'élaboration d'indicateurs et de résultats précis et la collecte d'éléments de données particuliers pour la mesure de ces indicateurs; et
- mise au point de ressources à partager avec les collectivités afin de faciliter le renforcement des capacités et l'engagement dans ces activités, p. ex., un menu de questions d'évaluation axées sur la collectivité, le conseil tribal et la région est en voie d'élaboration pour étude par les collectivités, les conseils tribaux et les Régions.

Le document complet est présenté dans la publication de la DGSPNI intitulée *Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire*.

Système d'information sur la santé (SIS)

Un groupe d'experts composé principalement de fournisseurs de soins de santé a établi les exigences de l'utilisateur pour le module des soins à domicile du Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI). Cybersanté a donné son approbation en 2001/02.

Outil de suivi

Durant 2000/01, l'équipe nationale a offert un outil de suivi aux régions pour faciliter la collecte de données et la présentation de rapports pour le Programme. Des exposés ont été présentés pour aider les régions à utiliser l'outil de suivi.

Les données recueillies à l'aide de l'outil de suivi comprenaient :

- Nombre de collectivités admissibles aux fonds
- Nombre de collectivités financées
- Population
- % d'évaluations des besoins qui sont terminées
- % de collectivités ayant présenté leurs plans
- % de collectivités en planification/mise en œuvre
- % de collectivités recevant des services
- % de la population recevant des services
- Aperçu de l'affiliation au Programme /du modèle de prestation
- Aperçu de la formation
- Profil des ressources humaines
- Liens créés entre le PSDMCPNI et d'autres programmes

Les éléments qui ressortent des données de suivi pour 2001/02 ont été inclus dans les sommaires régionaux.

APERÇU RÉGIONAL

Les sections suivantes présentent des sommaires de la structure et des activités régionales durant les exercices 2000/01 et 2001/02. Comme l'illustrent les sommaires, chaque région possède un environnement unique dans lequel doivent se dérouler la planification et la mise en œuvre du Programme. Les facteurs entrant en ligne de compte comprennent la taille et le nombre de collectivités, les capacités et l'infrastructure établies, les partenariats régionaux, la dotation en personnel de la région et les besoins de la collectivité.

Par exemple, la Colombie-Britannique compte plus de 200 collectivités, le plus grand nombre de toutes les régions. Par ailleurs, ces collectivités ont tendance à être petites et bon nombre d'entre elles sont isolées. En Saskatchewan, un groupe de travail sur les soins à domicile des Premières nations était établi depuis plus d'une décennie, ce qui constituait un point de départ unique pour le renforcement des services et des capacités. Bien que la région de l'Atlantique puisse être comparativement plus petite que la plupart des régions quant à la population totale des Premières nations et des Inuits, les initiatives doivent être coordonnées parmi quatre provinces et plusieurs organisations des Premières nations et des Inuits offrant des services à ces différentes collectivités. Les Territoires affrontent des défis particuliers, notamment, et non le moindre, celui de renfermer des collectivités extrêmement isolées qui trouvent très ardue la tâche de se doter de capacités, en raison partiellement de l'isolement et des coûts élevés qui y sont associés.

Bien que la planification et la mise en œuvre du Programme aient varié d'une région à l'autre, elles ont partagé certaines activités et difficultés.

Communications

Les équipes de coordination régionale ont eu recours à plusieurs méthodes pour communiquer avec les collectivités, les conseils tribaux, les OPT, les partenaires des Premières nations et des Inuits, l'équipe nationale et d'autres intervenants.

Avec les autres régions

Bien qu'au cours de cette période de deux ans, des réunions se soient déroulées avec des représentants des équipes nationale et régionales,

en 2001/02, les coordonnateurs régionaux du Programme ont assumé la direction de leur propre groupe de travail. Ces groupes de travail avaient pour objectif de relever les défis communs et de partager les leçons apprises du programme. Les groupes de travail ont étudié diverses questions, notamment les soins infirmiers, la collecte de données, l'isolement et l'évaluation.

Avec l'équipe nationale

En plus des réunions spéciales et des téléconférences, un important outil de communication pour les régions a été l'utilisation de l'outil de suivi pour présenter des rapports sur la situation du Programme.

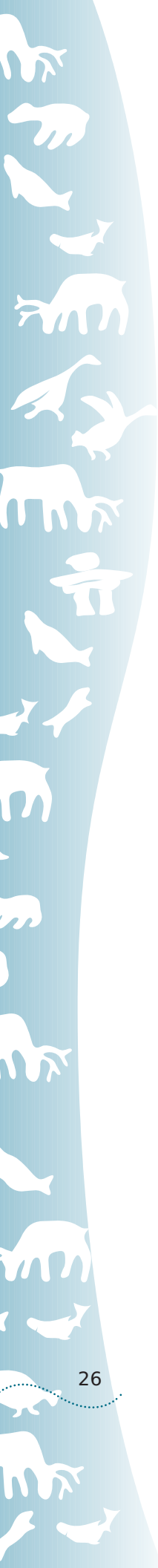
Avec les partenaires

Des partenariats ont été à la fois établis et renforcés parmi les régions durant cette période. Des réunions ont eu lieu, des renseignements ont été partagés et des groupes de travail ainsi que des sous-comités ont été formés. Ces partenariats ont été créés à un certain nombre de niveaux et variaient d'une région à l'autre, mais comprenaient généralement :

- des organisations des Premières nations et des Inuits à l'échelle locale, régionale, provinciale/territoriale et nationale;
- des établissements d'enseignement et de formation;
- des ministères et des organismes responsables de la santé à l'échelle provinciale et régionale;
- des ministères et des organismes (p. ex. AINC, autres programmes de Santé Canada, etc.)

Avec les collectivités

Bien que le temps et les ressources allouées aux déplacements aient été limités, le personnel régional et national s'est déplacé vers les collectivités lorsque c'était possible pour la tenue d'exposés et de réunions officiels et non officiels avec le personnel du Programme. Les contacts par téléphone, télécopie, courrier et courriel avec le personnel du Programme étaient courants parmi les régions au cours de cette période, afin de traiter des enjeux communautaires et de communiquer de l'information.



Un défi de taille a été de faire comprendre aux gens ce que représentent les « soins à domicile ». Contrairement aux soins aux adultes d'AINC (volet Soins à domicile), les soins à domicile doivent être fondés sur un besoin évalué. Une éducation permanente était nécessaire à propos des types de services fournis par l'intermédiaire du PSDMCPNI.

En plus des exigences continues de présentation de rapports, certaines collectivités présentaient des rapports mensuels ou spéciaux en plus des rapports exigés pour mettre à jour les équipes de coordination.

Formation

Des plans de formation ont été élaborés à l'échelle régionale, habituellement en consultation avec les collectivités, les conseils tribaux, les OPT et les autres partenaires des Premières nations et des Inuits. Ces plans ont ensuite été présentés à l'équipe nationale pour approbation.

Les besoins variaient à l'intérieur de chaque région, tout comme les besoins de formation et les sources de formation. Les régions ont travaillé avec des établissements d'enseignement et de formation pour trouver des solutions originales de prestation de la formation et de programmes de formation afin de favoriser la réalisation des objectifs du Programme tout en travaillant avec un budget déterminé prévoyant le financement de la formation pour les exercices 2000/01 et 2001/02.

Projets d'immobilisations

Tout comme les plans de formation, des plans d'immobilisations ont été élaborés par les régions en consultation avec les collectivités, et ils s'inspirent en partie des évaluations des besoins de la collectivité. Les régions ont mis sur pied des groupes de travail ou des comités d'immobilisations pour se pencher sur cette tâche. Les projets d'immobilisations étaient essentiels durant cette période, car une partie importante des fonds du Programme pour 2000/01 et 2001/02 était réservée à de tels projets. Encore une fois, comme pour la formation, les plans d'immobilisations régionaux ont été présentés à l'équipe nationale pour examen, commentaires et approbation.

Dans la plupart des régions, les projets d'immobilisations étaient concentrés sur la construction ou l'aménagement de locaux de soins à domicile et en milieu communautaire et sur l'achat de fournitures médicales et d'équipement médical essentiels. Dans certaines régions, l'accent était davantage placé sur les bureaux et les locaux d'entreposage ou des locaux pour les travailleurs en soins de santé, tandis que dans d'autres régions, on s'est concentré sur les fournitures et l'équipement. Bien que les fonds d'immobilisations fournis aient assuré le soutien si nécessaire à l'aménagement de l'infrastructure pour faciliter la réalisation du Programme dans les collectivités, les régions ont fait état d'un besoin criant d'autres fonds d'immobilisations afin d'élaborer et de maintenir le travail accompli dans les collectivités. Après la prestation de services complets, les régions assument la responsabilité des besoins permanents en immobilisations.

Tandis que les régions ont été en mesure de fournir certains locaux d'entreposage, locaux à bureaux, certaines fournitures et de l'équipement supplémentaires, elles ont aussi éprouvé de la difficulté à répondre à tous les besoins d'immobilisations avec les fonds prévus pour les deux exercices. Quelques régions ont utilisé les écarts budgétaires pour augmenter les budgets d'immobilisations.

Les régions

Huit régions participent au Programme :

- Pacifique
- Alberta
- Saskatchewan
- Manitoba
- Ontario
- Québec
- Atlantique
- Secrétariat du Nord (Territoires)

Voici un sommaire pour chaque région pour les exercices 2000/01 et 2001/02.

Pacifique

Profil de la Région du Pacifique

Population	63 416
Population moyenne par collectivité	311
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	204
Nombre de collectivités financées	191
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	72 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	69 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	58 %
% de collectivités recevant des services	40 %

2001/02

La région du Pacifique (Colombie-Britannique) compte 204 collectivités, soit le nombre le plus élevé de toutes les régions. La plupart des collectivités sont petites et bon nombre d'entre elles sont isolées. Étant donné que la collectivité moyenne compte 311 habitants, les collectivités de la région ont tendance à être beaucoup plus petites en comparaison avec celles des autres régions.

Structure

Un partenariat a été établi avec le comité des chefs des Premières nations sur la santé (CHC) pour le PSDMCPNI. Les collectivités ont reçu de l'aide touchant l'évaluation de leurs besoins et leurs plans de prestation de services, les plans ont été examinés par les pairs et un comité directeur mixte régional a été mis sur pied.

Deux infirmières conseillères en soins à domicile ont été embauchées. L'une travaillait à partir des bureaux du comité des chefs des Premières nations sur la santé et l'autre à partir du bureau régional de la DGSPNI. En outre, des fonds ont été alloués pour un poste de

soutien administratif et un coordonnateur régional en soins à domicile et en milieu communautaire. Un processus de recrutement était aussi en cours pour une deuxième infirmière conseillère à la DGSPNI pour desservir les collectivités du sud. Le CHC a embauché une deuxième personne pour travailler dans le cadre du PSDMCPNI, un conseiller en élaboration afin d'aider les collectivités à élaborer les évaluations des besoins et les plans de prestation de services conjointement avec les deux infirmières conseillères. Des groupes de travail comme le groupe de travail des SSNA ont été mis sur pied.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

L'équipe de coordination a aidé à accroître la sensibilisation au Programme dans les collectivités et à augmenter le nombre de collectivités ayant terminé l'évaluation de leurs besoins et leurs plans de prestation de services. Un plus grand nombre de collectivités ont ainsi eu accès à des services complets. Avec une plus grande sensibilisation aux services communautaires et l'accès à des fonds pour des programmes locaux de soins à domicile, un plus grand nombre de populations des Premières nations en Colombie-Britannique ont eu accès aux services de soins à domicile et en milieu communautaire. Une augmentation des membres de l'équipe de soins à domicile et en milieu communautaire a eu pour effet d'accroître le nombre de contacts établis avec les bandes, ce qui représente un défi avec plus de 204 bandes dans la province.

Le fait que la région compte à la fois de nombreuses collectivités et des collectivités petites et isolées, constitue un défi unique pour le renforcement des capacités parmi les collectivités des Premières nations en vue de l'évaluation, de la planification, de la mise en oeuvre, du maintien et de la surveillance du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. En dépit des difficultés de la situation, près des trois quarts des collectivités avaient terminé l'évaluation de leurs besoins à la fin de 2001/02 en Colombie-Britannique. En outre, environ 40 p. 100 des collectivités se trouvaient dans la phase de prestation des services. Ces collectivités représentaient 51 p. 100 de la population des Premières nations dans la province, ce qui démontre que les collectivités plus grandes ont eu tendance à atteindre la phase de prestation des services plus tôt que les collectivités plus petites. À la fin de 2001/02, plus de 93 % des collectivités avaient eu accès au financement du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire.



Formation

Le nombre accru de collectivités ayant eu accès au financement du PSDMCPNI durant cette période a entraîné une capacité accrue chez les collectivités des Premières nations en Colombie-Britannique. Cette capacité accrue a aussi été accompagnée d'une augmentation des possibilités de formation et de travail pour les populations des Premières nations en raison des fonds alloués par ce Programme. Les collectivités ont cerné diverses possibilités de formation pour les travailleurs en soutien à domicile et les infirmières de soins à domicile et une gamme de modèles de partenariats et de formation ont été établis.

Selon les données de suivi du Programme, en C.-B., le nombre de préposés aux soins personnels était inférieur à dix avant l'implantation du PSDMCPNI. Selon les plans de formation, ce nombre devait passer à 267 grâce au financement du PSDMCPNI. Deux formations, structurée et informelle, ont été offertes.

La *formation structurée* comprenait une formation pour les auxiliaires de soins à domicile agréés (aides au service de soins personnels), une formation en soins infirmiers à domicile et une formation pour les membres du Comité d'examen par les pairs.

- Les bandes et les collectivités ont travaillé ensemble pour fournir des soins à domicile et en milieu communautaire ainsi qu'une formation pour les auxiliaires de soins à domicile.
- Dans plusieurs cas, les grandes collectivités ont aidé les collectivités plus petites en offrant, lorsque c'était possible, des locaux pour la formation. L'équipe du PSDMCPNI a aussi préparé et examiné l'étendue des travaux pour les aides au service de soins personnels, et l'a communiqué aux collectivités.
- Dans certaines collectivités, des programmes de mobilité verticale ont été élaborés, permettant aux étudiants ayant reçu une formation d'auxiliaires de soins à domicile de devenir des infirmières auxiliaires autorisées puis des infirmières autorisées.
- Des représentants tant du CHC que de la DGSPNI ont suivi la formation en soins infirmiers à domicile du University College

of Cariboo à Kamloops. La formation s'est déroulée pendant six fins de semaine sur une période de huit semaines, et elle a permis au personnel du Programme d'acquérir davantage de connaissances sur les aspects plus techniques d'un programme de soins à domicile et la réalisation de ce programme dans un réseau provincial. Le collège a modifié le programme d'études pour l'adapter aux collectivités des Premières nations, offrant des points de vue tant théorique que pratique. Le stage de deux semaines dans une régie régionale de la santé (provinciale) s'est révélé très profitable aux représentants du Programme.

La *formation informelle* offerte aux collectivités comprenait des séances de formation initiales pour l'implantation du Programme à plusieurs endroits en C.-B. et la présentation d'exposés aux diverses collectivités.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

Premières nations

- Un partenariat solide formé avec le comité des chefs des Premières nations sur la santé (CHC), en particulier par l'intermédiaire de l'infirmière conseillère en soins à domicile du CHC.
- La BC Aboriginal Network on Disabilities Society (BCANDS) a reçu le contrat de l'envoi postal de plusieurs centaines de copies de la vidéo sur les soins à domicile aux bandes des Premières nations dans l'ensemble du Canada.
- Trois bandes ou collectivités des Premières nations ont participé à la création d'une vidéo sur les soins à domicile qui a été distribuée à la grandeur du Canada.

Provincial

- On a augmenté la sensibilisation au programme provincial Continuing Care, ainsi que les possibilités de liens avec le PSDMCPNI à l'échelon communautaire.

Établissements d'enseignement et de formation

- Un partenariat a été établi avec le University College of the Cariboo à Kamloops pour une formation en soins infirmiers à domicile adaptée au milieu des Premières nations.
- Des groupes éducatifs ont été mis sur pied et ont offert une formation aux auxiliaires de soins à domicile.

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Voici certains des liens créés en C.-B. :

AINC (MAINIC)

- Du travail a été effectué sur la façon de lier le programme de soins à domicile aux adultes d'AINC avec le PSDMCPNI à l'échelle communautaire.

DRHC

- Un exposé a été présenté à l'ARDA de C.-B. concernant les exigences de formation pour les auxiliaires de soins à domicile pour augmenter la sensibilisation au programme et souligner la nécessité d'une plus grande aide financière pour ces étudiants.

À l'intérieur de Santé Canada

- Des liens ont été établis avec la Direction générale des services de gestion pour faciliter l'aménagement de locaux pour le PSDMCPNI dans les collectivités des Premières nations partout en C.-B.
- Des discussions ont eu lieu avec des représentants du programme des SSNA, en partie pour déterminer l'équipement et désigner les clients qui seraient admissibles au titre du programme des SSNA. Des discussions ont aussi eu lieu concernant la création d'un partenariat entre les SSNA et Anciens combattants Canada (ACC) pour le partage

d'un dépôt de matériel qui fournirait de l'équipement neuf ou remis à neuf aux clients des soins à domicile et en milieu communautaire. Le matériel des clients d'ACC est assez vaste et cette solution originale aide à maximiser l'utilisation et la rentabilité par la réutilisation faisant suite à la remise à neuf.

Ressources créées et distribuées

Voici certaines des ressources créées ou distribuées à l'intérieur de la C.-B. durant cette période.

- Une vidéo sur les soins à domicile a été créée en partenariat avec trois collectivités des Premières nations. La vidéo a été distribuée à l'échelle nationale à toutes les bandes du Canada par BCANDS.
- Une trousse de planification de prestation de services a été offerte à toutes les collectivités qui travaillaient à la réalisation de leur plan de prestation de services en 2001/02. Elle comprenait des exemples de « meilleures pratiques » de collectivités qui avaient terminé leur plan, avec l'autorisation de celles-ci. La trousse était présentée sous la forme d'un imprimé et comprenait un sommaire de ce qui suit : évaluation des besoins de la collectivité (trois volets), buts et objectifs du Programme, principes de base pour faire face aux besoins changeants, plan des immobilisations, liens, processus d'aiguillage entre organismes, aperçu des besoins en ressources, compétences d'une description de poste, plan d'orientation, les relations entre membres d'une équipe, assurance responsabilité adéquate, stratégie et échéancier de mise en œuvre, évaluation (trois volets), responsabilité financière, assurance de la qualité du programme, responsabilité envers les membres de la collectivité, budget avec un échantillon de budget, plans de formation, partenariats, information et collecte de données.
- Le matériel pour les exposés (c.-à-d. transparents) a été examiné, révisé et mis à jour de façon continue pour utilisation avec les collectivités et les autres organismes fédéraux.

- Trois guides ont été rédigés et distribués aux collectivités à l'intérieur de la province et offerts aux autres Régions. Ils comprenaient :
 - guide de politiques et de procédures pour les auxiliaires de soins à domicile;
 - guide de politiques et de procédures pour les soins infirmiers à domicile; et
 - manuel d'orientation pour les infirmières de soins à domicile et leurs superviseurs.

Alberta

Profil de la Région de l'Alberta

Population	58,305
Population moyenne par collectivité	1 005
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	58
Nombre de collectivités financées	57
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	97 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	97 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	97 %
% de collectivités recevant des services	95 %

2001/02

Avec une population des Premières nations légèrement au-dessus de 58 000 personnes dans 58 collectivités, la population des réserves de l'Alberta approche celle de son voisin, la C.-B. Pourtant l'Alberta ne compte que le quart du nombre de collectivités. La Tribu des Blood, située dans la partie sud de la province, est géographiquement la plus grande réserve au Canada et elle compte près de 10 000 habitants.

Structure

Le processus d'examen par les pairs a commencé en janvier 1999 avec des représentants de chacune des trois zones de traité de la province (Traité 6, Traité 7 et Traité 8). Le processus comprenait aussi des représentants d'AINC.

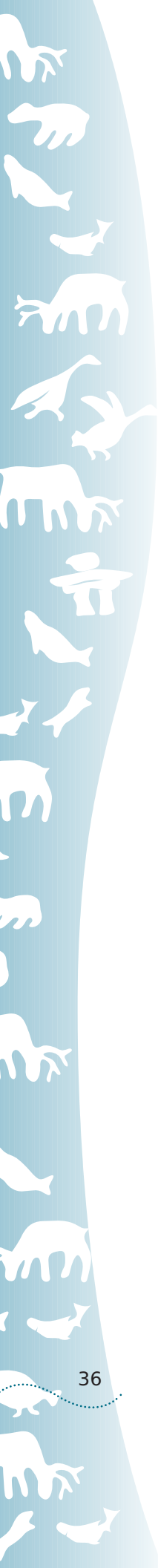
À l'échelle régionale, le coordonnateur régional du PSDMCPNI représentait la seule ressource réservée au Programme en Alberta durant cette période.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

À la fin de 2000/01, 38 plans de mise en œuvre avaient été reçus, représentant 44 Premières nations. Ils englobaient 31 collectivités indépendantes et sept conseils tribaux. Les exigences du plan de travail communautaire comprenaient le budget ventilé requis pour les dépenses telles que salaires, avantages, E et E, soins de relève, soins palliatifs, réadaptation, assurance-responsabilité, etc. Des plans d'immobilisations et de formation ont aussi été reçus.

De nombreuses collectivités se trouvaient dans la phase de la prestation de services à la fin de 2000/01 et presque toutes à la fin de 2001/02, chaque bande dirigeant directement la plupart des programmes de soins à domicile. Puisque les collectivités de l'Alberta traversaient les phases du Programme relativement rapidement, les plans de travail régionaux et d'autres renseignements pertinents ont été partagés avec d'autres régions, le cas échéant.

La plupart des collectivités pouvaient compter sur les services d'une infirmière de soins à domicile et quelques collectivités étaient en mesure d'embaucher des aides au service de soins personnels et des infirmières auxiliaires autorisées. Les collectivités plus populeuses avaient tendance à disposer d'une capacité plus grande pour la prestation d'un plus grand nombre de services de soutien comme les soins palliatifs et les repas à domicile. À la fin de 2001/02, il y avait 38 infirmières de soins à domicile de bande et cinq infirmières de soins à domicile de la DGSPNI. Les responsables de la santé sont devenus de plus en plus sensibilisés au programme de soins à domicile et aux besoins correspondants de la collectivité.



Les collectivités ont dû s'adapter à des courbes d'apprentissage exigeantes, y compris la portée générale des soins à domicile et les processus d'aiguillage et d'évaluation en cause. Par exemple, certaines des plus petites collectivités ont relevé des défis concernant l'embauche et la gestion des infirmières de soins à domicile tout en étant encore à l'étape d'apprendre le rôle et la portée des soins infirmiers à domicile. Les travailleurs en santé communautaire et les préposés aux soins à domicile ont travaillé en étroite collaboration. Dans les petites collectivités, la population n'avait pas besoin de services directs durant cette période, mais avait davantage recours aux services de soutien. D'autres collectivités pouvaient avoir eu de nombreux clients aux soins palliatifs, exigeant une gamme entièrement différente de services et de soins.

Formation

Initialement, une bonne partie des plans de formation communautaires étaient concentrés sur la formation d'aides au service de soins personnels, puisque de nombreuses collectivités faisaient appel aux représentants de la santé communautaire pour les soins à domicile. Selon les données de suivi du Programme, les collectivités de l'Alberta comptaient 134 préposés aux soins personnels avant le Programme. Selon les plans de formation, ce nombre augmenterait à 404 grâce au financement du Programme. Le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées passerait de 13 à 84 et le nombre d'infirmières autorisées de 42 à 118.

- Vingt plans de formation communautaires ont été approuvés, entre autres dans les domaines suivants : aides au service de soins personnels, infirmières auxiliaires autorisées, aides en réadaptation, soins des plaies et soins palliatifs.
- Trente-trois personnes à l'échelon communautaire ont reçu une formation en réparation et entretien de maison pour être en mesure d'effectuer des réparations de base aux domiciles des personnes n'ayant ni soutien familial ni capacité financière.
- Des infirmières autorisées et des infirmières auxiliaires autorisées ont terminé une formation de base ou avancée en soins des pieds. Les aides au service de soins personnels ont

aussi participé à une séance de soins des pieds pour les travailleurs non réglementés.

- Huit infirmières de soins à domicile ont suivi le programme de prise en charge des cas au Grant MacEwan College à Edmonton.
- En 2001/02, le programme des aides au service de soins personnels a été relié à un programme d'infirmières auxiliaires autorisées. Certaines collectivités ont formé des aides en réhabilitation et/ou ont offert des cours en soins des plaies et soins palliatifs.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

Premières nations

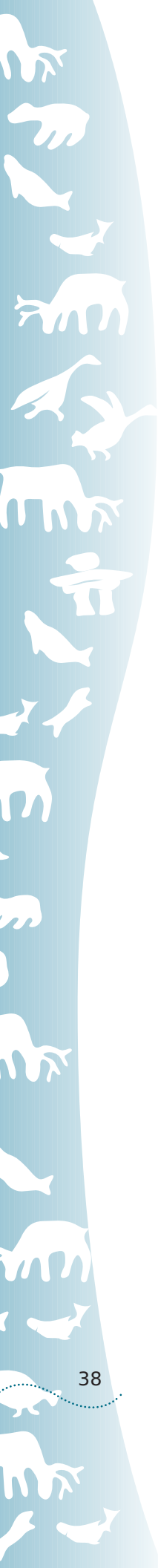
- Chacune des trois zones de traité de la province (Traité 6, Traité 7 et Traité 8) faisait partie du processus de planification et de mise en oeuvre.

Provincial

- Par l'intermédiaire de la Capital Health Authority (CHA), les politiques et les procédures établies ont été adaptées aux besoins des soins à domicile et en milieu communautaire. On a aussi eu recours à la CHA pour obtenir les résultats de recherches récentes concernant des directives sur les soins des plaies, fondées sur des faits probants.

Établissements d'enseignement et de formation

- Des réunions ont eu lieu en 2000/01 avec des représentants d'établissements de formation afin d'accroître la sensibilisation au PSDMCPNI et bon nombre d'entre eux ont adapté des programmes de formation aux collectivités. Par exemple, un programme de perfectionnement pour les aides au service de soins personnels et les infirmières auxiliaires autorisées a été mis sur pied pour répondre aux exigences



courantes en matière d'éducation et d'alphabétisme. Une partie de cette formation s'est déroulée dans les collectivités, une autre dans des collèges régionaux. Le financement englobait les formateurs, les livres et les fournitures, mais non les frais de déplacement ou les indemnités.

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Voici certains des liens créés en Alberta :

AINC

- Quatorze collectivités de l'Alberta ont adopté le programme de soins aux adultes d'AINC, y compris le transfert de ressources financières et humaines vers les soins à domicile. La réalisation de ce programme a été difficile à de nombreux égards, notamment le fait que des membres de la famille n'étaient plus payés pour prendre soin d'autres membres de la famille alors qu'ils l'étaient auparavant. Des politiques connexes ont été élaborées dans ces collectivités.

DRHC

- Les collectivités ont eu accès aux services de DRHC et aux services sociaux pour l'obtention d'autres sources de financement afin de compléter les services fournis grâce au financement du PSDMCPNI.

À l'intérieur de Santé Canada

- De nombreuses collectivités ont combiné l'IDA et le PSDMCPNI à l'échelon communautaire. Les collectivités présentaient des programmes au titre de l'IDA pour l'obtention d'un financement et bon nombre d'entre elles ont été en mesure de tirer avantage des ressources humaines par le truchement de ces liens.
- Par la suite, le Drug Distribution Centre et le groupe de travail sur l'équipement médical et les fournitures médicales ont

conçu une formule particulière pour les services de soins à domicile, distincte de la santé communautaire. Le groupe de travail s'est aussi occupé du financement de l'équipement et des fournitures connexes.

Ressources créées et distribuées

Une infirmière en soins à domicile a été embauchée en novembre 2000 pour examiner et réviser un guide de soins à domicile périmé. L'information du guide national a été adaptée à la Région de l'Alberta et les guides ont été distribués en mars 2002 à tous les gestionnaires de soins infirmiers de zone et de programmes de soins à domicile.

Saskatchewan

Profil de la Région de la Saskatchewan

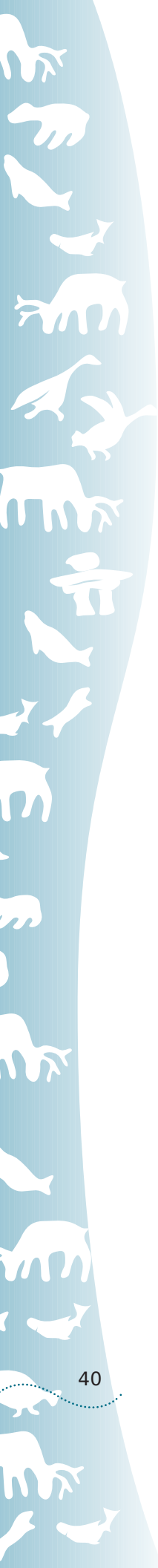
Population	52 168
Population moyenne par collectivité	629
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	83
Nombre de collectivités financées	82
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	99 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	99 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	99 %
% de collectivités recevant des services	99 %

2001/02

À la fin de 2001/02, toutes les collectivités admissibles avaient terminé l'évaluation de leurs besoins, avaient présenté des plans et avaient atteint la phase de mise en oeuvre de la planification. En fait, toutes les collectivités sauf une recevaient des services.

Structure

Avant l'implantation du PSDMCPNI, la Saskatchewan avait mis sur pied au début des années 1990 un groupe de travail sur les soins à domicile des Premières nations de la Saskatchewan. Créé par le truchement de la



Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN), ce groupe était composé principalement de responsables de la santé et de fournisseurs de services de soins à domicile employés par les Premières nations. Ce groupe de travail avait déjà élaboré un cadre et une infrastructure pour les soins à domicile des Premières nations dans la province et il a joué un rôle essentiel dans l'appui de la mise en œuvre du PSDMCPNI.

La Saskatchewan compte deux collectivités dont la population dépasse 2 000 habitants et un petit nombre de collectivités comportant entre 1 000 et 2 000 habitants. Quelques collectivités plus petites ont choisi de conclure un contrat avec la régie régionale de la santé de district au lieu de suivre les collectivités des Premières nations. En 2000/01, avec l'accord des Premières nations, une partie des fonds réservés à la planification a été utilisée pour l'établissement de postes de coordonnateur pour le Programme, notamment :

- un coordonnateur régional à la FSIN; et
- trois coordonnateurs pour chacun des secteurs du Nord, du Centre et du Sud.

Ces quatre postes étant dotés au moyen des fonds du PSDMCPNI pendant les deux années, ainsi que le poste de coordonnateur régional à la DGSPNI, on disposait de moyens considérables pour aider les collectivités concernant l'évaluation des besoins, la planification de la prestation des services et les processus d'examen par les pairs du Programme.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

L'équipe de coordination, de concert avec le groupe de travail sur les soins à domicile, s'est employée à favoriser l'évaluation des besoins axée sur la collectivité, que presque toutes les collectivités avaient terminée à la fin de 2000/01. Compte tenu de ces efforts collectifs, les collectivités étaient suffisamment sensibilisées au PSDMCPNI à la fin de 2000/01.

Bien que la province disposait de programmes et de moyens, quelques collectivités plus petites n'avaient ni ressource ni alliance. Le Programme a donc eu pour effet d'améliorer les services dans certaines collectivités et de fournir de nouveaux services dans d'autres collectivités dépourvues de service. L'infrastructure a été mise en place durant ces deux années pour ces services.

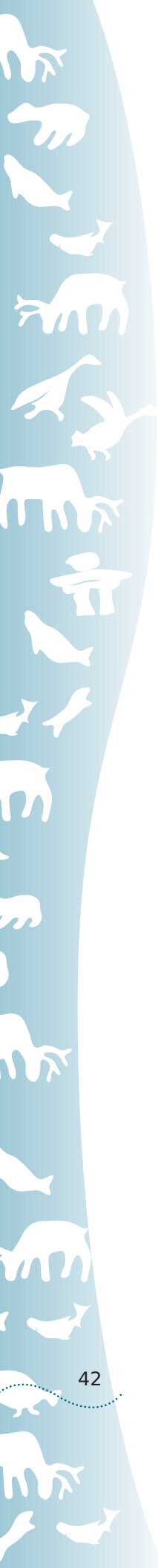
À l'aide des plans de formation et d'immobilisations, les collectivités ont été en mesure de renforcer les capacités afin de fournir des services de soins à domicile.

En 2001/02, l'une des principales réalisations dans la Région a été l'achèvement de tous les plans de prestation de services, y compris le processus d'examen par les pairs. Ce travail a été accompli au moyen d'une combinaison de séances et d'ateliers, de collaboration et de soutien. Étant donné que les Premières nations ne voulaient pas perdre de fonds, les plans ont été dressés dans un laps de temps relativement court pour répondre aux exigences de financement.

Les Premières nations de la Saskatchewan ont dirigé le développement durant les deux années à l'échelon de la collectivité et du conseil tribal et par le truchement d'organisations comme la FSIN et la Northern Inter-Tribal Health Authority. Ce dernier groupe a contribué à la grande capacité que l'on retrouve dans le nord de la Saskatchewan. La Saskatchewan bénéficie d'un transfert relatif à la santé relativement élevé, qui a accru la capacité des Premières nations. Certaines collectivités de la Saskatchewan dirigeaient leurs propres programmes de santé depuis plus de dix ans. L'équipe de soins de santé du Battleford Tribal Council (BTC) dans le centre de la Saskatchewan a participé à une recherche sur le diabète avec un hôpital de Toronto. La Peter Ballantyne Cree Nation comprend plusieurs collectivités dans le nord-est. En 2001/02, la Nation a mis au point un système électronique d'information sur la santé pour leur programme de soins à domicile. Dans le cadre du programme, des infirmières utilisent des ordinateurs de poche « Palm Pilot » pour consigner des données sur le terrain.

Formation

L'équipe de la Saskatchewan a élaboré un plan de formation régional en 2000 et a commencé à offrir une formation aux collectivités concernant la création de plans de prestation de services. Une équipe d'examen par les pairs a été mise sur pied et une formation a suivi sur la réalisation d'examens par les pairs pour la planification de prestation de services et l'élaboration de critères associés pour les examens. Lors de l'élaboration des critères, les critères nationaux ont été utilisés comme modèle de base et adaptés aux besoins propres à la Saskatchewan.



La formation d'aides de soins de santé à domicile a été primordiale. L'objectif était d'avoir au moins une aide de soins de santé à domicile dans chaque collectivité à la fin de 2001/02. Des séances de formation ont eu lieu dans dix endroits dans l'ensemble de la province; elles étaient géographiquement structurées de façon à ce que la plupart des collectivités y aient accès facilement. À la fin de 2001/02, l'objectif original qui était la formation d'au moins une aide de soins de santé à domicile dans chaque collectivité avait été atteint et même surpassé dans de nombreuses collectivités. Selon les données de suivi du Programme, le nombre de préposés aux soins personnels dans les collectivités était de 131 avant le Programme. Selon les plans de formation, ce nombre passerait à 289 grâce au financement du Programme. Le nombre d'infirmières autorisées pour les soins à domicile passerait de 31 à 100 selon les plans de formation.

La formation en prise en charge de cas/évaluation a aussi été coordonnée pour les professionnels des soins à domicile et en milieu communautaire. L'équipe de coordination de la Saskatchewan était en liaison avec un certain nombre d'établissements d'enseignement, d'employeurs et d'étudiants pour l'élaboration et la prestation de programmes de formation conformément aux plans de formation approuvés.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

Premières nations

- La Federation of Saskatchewan Indian Nations (FSIN) a collaboré étroitement à tous les aspects de la planification et de la mise en œuvre du Programme durant cette période.

Établissements d'enseignement et de formation

- Des partenariats ont été formés avec des établissements d'enseignement comme le Saskatchewan Indian Institute of Technologies (SIIT) et le Saskatchewan Institute of Applied Science and Technology (SIAST) afin d'établir des programmes de formation respectueux de la culture autochtone.

Provincial

- Des liens ont été établis avec certaines régies régionales ou provinciales de la santé et avec les ministères provinciaux responsables des soins à domicile.

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les Régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Voici certains des liens créés en Saskatchewan :

AINC

- Quelques travaux préliminaires ont été effectués de concert avec AINC concernant le cadre de soins continus.

À l'intérieur de Santé Canada

- L'équipe a participé aux discussions nationales et régionales sur l'incidence de la politique des SSNA sur le PSDMCPNI. La communication était continue avec l'IDA et les programmes de soins infirmiers communautaires afin de trouver des façons de tirer avantage des programmes.

Ressources créées et distribuées

En Saskatchewan, la solide infrastructure en place a réduit au minimum le besoin d'élaboration d'un nouveau matériel. Des manuels de politiques, des normes et des tableaux déjà établis ont été distribués, au besoin, et la trousse de planification du bureau national a été distribuée à toutes les collectivités.

Manitoba

Profil de la Région du Manitoba

Population	67 556
Population moyenne par collectivité	1 090
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	62
Nombre de collectivités financées	61
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	97 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	82 %
% de collectivités recevant des services	55 %

2001/02

Le Manitoba est la deuxième province qui compte la plus grande population des Premières nations vivant dans des réserves au Canada, dépassé à cet égard seulement par la province de l'Ontario. À la fin de 2001/02, toutes les évaluations des besoins des collectivités avaient été terminées et la plupart des collectivités avaient présenté des plans de prestation de services pour le processus d'examen par les pairs. Seulement un peu plus de la moitié de ces collectivités recevait des services complets, ce qui représente environ les deux tiers de la population de la province.

Sur le plan de la taille, six collectivités ont une population de moins de 500 habitants, 21 une population variant entre 500 et 1 000 habitants et 25 une population de plus de 1 000 habitants. Sur le plan des types de collectivités, la Région du Manitoba compte une collectivité de type 1, 23 de type 2, 10 de type 3 et 24 de type 4.

Structure

En février 2000, une infirmière de service de la santé communautaire a été embauchée comme coordonnatrice régionale adjointe pour le PSDMCPNI. En plus de cette personne et du coordonnateur régional déjà en poste au PSDMCPNI, une personne affectée au soutien administratif à temps plein a aussi été embauchée en juin 2000.

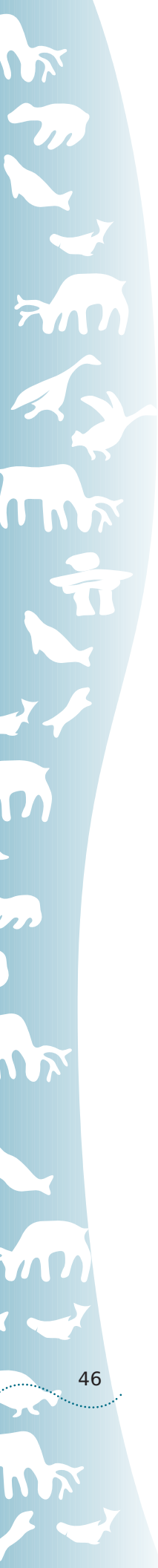
Sept postes de coordonnateurs de soins infirmiers à temps plein financés par les conseils tribaux (coordonnateurs des soins à domicile et en milieu communautaire de conseil tribal). Par exemple, le coordonnateur de soins infirmiers du conseil tribal Keewatin a travaillé avec les 11 collectivités affiliées. L'Office régional de la santé Four Arrows compte quatre collectivités desservies par le coordonnateur. Des 62 collectivités des Premières nations de la province, 51 collectivités sont affiliées avec l'un des sept conseils tribaux, et les 11 autres collectivités sont indépendantes. Le personnel régional desservait les collectivités indépendantes.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

Tel que mandaté par le Chiefs' Health Committee avec l'Assembly of Manitoba Chiefs, un comité de planification et de mise en œuvre pour le Programme a été établi et des réunions trimestrielles ont eu lieu. Ce comité était composé de représentants des conseils tribaux, des collectivités indépendantes et des coordonnateurs régionaux de la province.

Un grand travail de planification a été accompli en 1999/00, beaucoup axée sur l'évaluation des besoins en 2000/01. En outre, en 2000/01, on a offert une formation touchant le processus d'examen par les pairs et un comité d'examen par les pairs a été établi. Le processus d'examen par les pairs comportait des représentants des conseils tribaux, des collectivités indépendantes des Premières nations, des membres des Premières nations et de la DGSPNI. Une brochure a été rédigée, présentant des renseignements sur le rôle, le mandat, les buts et objectifs, les critères d'évaluation, une liste de contrôle et le processus d'appel.

Trois ateliers ont été présentés sur la planification de la prestation de services, un dans chacun des secteurs sud, ouest et nord. On a participé à de nombreux forums sur la santé et des exposés ont été présentés dans l'ensemble de la province à propos du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Un élément essentiel des plans de prestation de service a été d'intégrer le programme de soins aux adultes d'AINC déjà place. Les collectivités devaient démontrer comment le programme HCC s'intégrerait aux services communautaires fournis par AINC.



En 2001/02, des ateliers supplémentaires ont été tenus dans l'ensemble de la Région. Par exemple, un atelier sur les normes et politiques a été présenté par St. Elizabeth, un dans chacun des secteurs sud, ouest et nord de la province. Le personnel du Programme a aussi participé à divers ateliers et a présenté une gamme d'exposés tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la Région.

Les sept coordonnateurs régionaux, ainsi que l'équipe de coordination régionale de la DGSPNI, ont mis au point une grande capacité pour aider les collectivités concernant tous les aspects du Programme, y compris la formation, la planification des immobilisations et la mise en œuvre, les services infirmiers et le recrutement et le maintien des services.

Formation

Fondée sur l'évaluation des besoins de la collectivité, la formation en 2000/01 s'est adressée surtout aux aides de soins de santé. Plus de 300 aides de soins de santé ont été formés et la capacité a augmenté en conséquence. Les initiatives de formation ont été améliorées grâce à l'accès à d'autres bailleurs de fonds comme DRHC, quoique la formation ait dépassé l'estimation budgétaire préliminaire. Une bonne partie de la formation s'est déroulée à l'intérieur des collectivités, et quelques stagiaires ont dû prendre l'avion pour obtenir la formation dans les centres régionaux. Selon les données de suivi du Programme, le nombre de préposés aux soins personnels (aides de soins de santé) était de 73 avant le Programme. Selon les plans de formation, ce nombre passerait à 398 grâce au financement du Programme.

En plus des aides de soins de santé, des programmes de formation pour les infirmières auxiliaires autorisées ont été établis dans différentes régions de la province. Au nord, par exemple, les fonds ont permis la formation de 31 infirmières auxiliaires autorisées durant cette période. Selon les données de suivi, il n'y avait pas d'infirmière auxiliaire autorisée ou d'infirmière autorisée pour les soins à domicile avant le PSDMCPNI. Selon les plans de formation, ces nombres passeraient à 18 et 85, respectivement, grâce au financement.

Les coordonnateurs du Programme ont participé à des symposiums sur la prise en charge de cas, tenus à l'Université du Manitoba. En outre,

des représentants du Programme ont participé à la conférence sur les soins palliatifs et à la conférence sur le développement social de l'Assembly of Manitoba Chiefs. Cette dernière était axée sur le renforcement des capacités à l'intérieur des collectivités des Premières nations en matière d'emploi et de formation pour aider les collectivités à avoir accès à différentes sources de financement offert par différents organismes.

Le Yellowquill College est un collège et un institut de formation des Premières nations situé à Winnipeg. Le collège a conçu un programme de soins à domicile et en milieu communautaire, en fonction des besoins des collectivités dans des domaines comme la gestion, les finances et l'analyse des données.

Une formation a aussi été fournie aux représentants communautaires dans le domaine des accords de contribution, un domaine qui selon les collectivités a besoin d'être mieux compris.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

St. Elizabeth Health Care (Ontario)

- A fourni une formation sur les politiques et les procédures, fondée sur une expertise en soins à domicile.

Première nation Kahnawake

- A fournir une formation en examen par les pairs et une orientation afin de faciliter la participation des Premières nations au processus d'examen par les pairs.

VON

- A fourni des processus d'évaluation du client et une planification des soins.



Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les Régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Voici certains des liens créés au Manitoba :

À l'intérieur de Santé Canada

- L'intégration aux programmes d'AINC a été amorcée à l'échelle régionale et locale, le cas échéant, afin d'améliorer le plus possible la prestation des services. Les liens ont aussi été renforcés avec l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) afin de communiquer de l'information et des ressources liées au programme et d'explorer des possibilités de collaboration à l'échelle régionale et locale.

Ressources créées et distribuées

Un sous-groupe de travail a été formé par les coordonnateurs des soins à domicile et en milieu communautaire de la Région afin d'élaborer des politiques et des procédures cliniques et de programme s'harmonisant avec les modèles de normes fournis par St. Elizabeth. Sous la direction des conseils tribaux, des manuels de politiques et de procédures ont été rédigés à l'intention des professionnels, des auxiliaires, ainsi qu'un manuel de procédures cliniques et des manuels de politiques de programmes. Un conseiller a coordonné le projet, ce qui a abouti à quatre manuels à l'intention des collectivités.

Le guide d'évaluation par les pairs a été élaboré de concert avec Kahnawake (Québec)

L'outil de suivi des données a été utilisé pour répondre aux exigences nationales de présentation de rapports. Les collectivités ont présenté des données électroniquement et manuellement.

Ontario

Profil de la Région de l'Ontario

Population	77 879
Population moyenne par collectivité	628
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	124
Nombre de collectivités financées	117
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	82 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	63 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	46 %
% de collectivités recevant des services	11 %

2001/02

La Région de l'Ontario est celle qui compte la plus grande population de membres des Premières nations au Canada et le deuxième plus grand nombre de collectivités, après la Colombie-Britannique.

Structure

En Ontario, la DGSPNI a conclu une entente avec les Chiefs of Ontario. À leur tour, les Chiefs of Ontario ont conclu des contrats avec divers organismes provinciaux ou territoriaux. Les OPT comprennent :

- Association of Iroquois and Allied Indians
- Grand Council Treaty No 3
- Independent First Nations
- Nishnawbe-Aski Nation (NAN)
- Union of Ontario Indians

À l'automne 2000, NAN, Grand Council Treaty No 3, et 15 Premières nations additionnelles ont choisi de travailler directement avec la DGSPNI. Le partenariat consistait en un gestionnaire de programme des Chiefs of Ontario aidant 38 Premières nations, un gestionnaire de programme de la DGSPNI et le Grand Council Treaty No 3 aidant 51 Premières nations, et un gestionnaire de programme de NAN aidant 35 Premières nations.



OPT de l'Ontario

Association of Iroquois and Allied Indians (AIAI)

- Représente huit nations d'Indiens inscrits en Ontario, soit au total environ 16 000 membres.

Independent First Nations

- Compte douze nations dans la province.

Nishnawbe Aski Nation (NAN)

- Issue du Grand Council Treaty No 9, qui en a fait en 1973 une organisation régionale représentant les intérêts de 49 Premières nations dans le Nord de l'Ontario, qui sont aussi signataires du Traité no 9 et du Traité no 5 (en Ontario). En 1982, le nom a changé pour Nishnawbe Aski Nation. La population est estimée à environ 25 000 habitants.

Grand Council Treaty No 3

- Représente 28 nations dans la partie nord-ouest de la province.

Union of Ontario Indians

- Représente 43 nations dans le sud de la Région de l'Ontario avec une population estimée à environ 20 000 habitants.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

Au cours de 2000/01, des accords ont été conclus et des séances de formation touchant l'examen par les pairs ont eu lieu dans l'ensemble de la province. Plus des deux tiers des collectivités de l'Ontario sont petites, et les programmes sont soit administrés de façon indépendante ou par le truchement des conseils tribaux. Le rythme de la planification et de la mise en œuvre du Programme a varié d'une collectivité à l'autre partout dans la province.

En 2001/02, le travail s'est poursuivi touchant les diverses phases de la mise en œuvre du PSDMCPNI, les collectivités avançant à leur propre rythme. À la fin de l'année, la plupart des collectivités avaient terminé une évaluation des besoins et avaient présenté des plans. Les collectivités plus grandes, telles que Mohawk Bay of Quinte près de Belleville et les Algonquins de Golden Lake, ont eu tendance à progresser plus rapidement que les collectivités plus petites. En fait,

près de 11 p. 100 des collectivités recevaient des services à la fin de 2001/02, soit près de 34 p. 100 de la population des réserves en Ontario.

Tandis que les collectivités plus grandes disposant aussi d'une plus grande capacité étaient plus aptes à franchir rapidement les étapes du processus, certaines petites collectivités ont aussi procédé avec célérité. Avec une infirmière coordonnant les secteurs du Nord au titre du Programme, cette partie de la province a eu tendance à avancer plus rapidement que les secteurs du Sud.

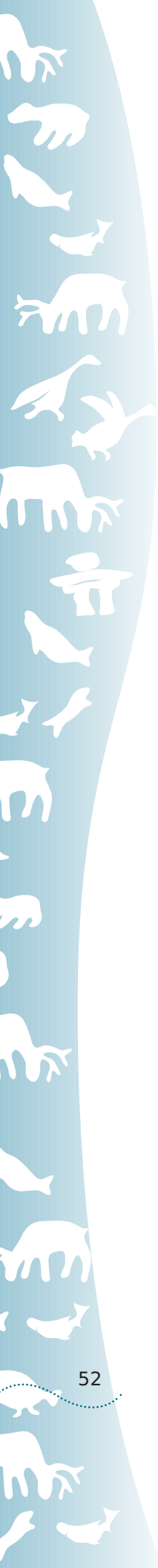
Au cours de ces deux années, de plus en plus d'organismes dans l'ensemble de la province ont commencé à entendre parler du Programme et à se renseigner pour le compte de leurs clients. Dans certains secteurs, des infirmières ont été embauchées par contrat et ont assumé la responsabilité de surveiller les préposés aux services de soutien à la personne. En Ontario, les collectivités ont utilisé les fonds provinciaux pour accroître les fonds alloués par le PSDMCPNI. Ces fonds combinés ont constitué un point de départ pour l'obtention d'éléments essentiels et de soutien. Certaines collectivités hésitaient à communiquer le montant des fonds provinciaux par crainte de perdre le financement fédéral prévu par le PSDMCPNI.

Grâce au processus de planification et au financement connexe pour la planification, les collectivités ont été en mesure de cerner les lacunes touchant la formation, les immobilisations et les services de soins à domicile. Un écart budgétaire pendant cette période a permis l'affectation d'un montant plus élevé à la formation et aux fournitures médicales ainsi qu'à l'équipement médical afin d'appuyer les initiatives au titre du Programme.

Les coordonnateurs des Premières nations se sont réunis fréquemment pour discuter des enjeux et tenter de trouver des solutions aux difficultés. Des ateliers ont été réalisés dans l'ensemble de la province pour discuter du Programme et des options et paramètres connexes.

Formation

En 2001/02, le plan de formation du Nord a été présenté et a reçu une approbation pour 80 p. 100 des fonds. Le plan de formation du Sud a aussi été présenté et a reçu le reste des fonds, soit 20 p. 100.



Voici quelques cours de formation qui ont été donnés dans la Région de l'Ontario durant cette période :

- cours d'amélioration des compétences pour les administrateurs de la santé;
- formation de préposés aux services de soutien à la personne dans l'ensemble de la province; et
- cours sur les soins des pieds et la démence pour les infirmières.

Selon les données de suivi du Programme, le nombre de préposés aux services de soutien à la personne dans les collectivités avant le Programme était de 167. Selon les plans de formation, ce nombre passerait à 257 grâce au financement du Programme. Le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées de soins à domicile passerait de zéro à 10 et le nombre d'infirmières autorisées de soins à domicile passerait de 4 à 40.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

Premières nations

- Le PSDMCPNI a été planifié et mis en œuvre en consultant de façon approfondie les Chiefs of Ontario et les cinq OPT (Association of Iroquois and Allied Indians, First Nations of Treaty 3, Independent First Nations, Nishnawbe-Aski Nation (NAN) et Union of Ontario Indians).

Éducation et formation

- Les coordonnateurs de secteur ont travaillé avec des collèges communautaires et des organismes tels que l'Association ontarienne de soutien communautaire et la Croix-Rouge pour élaborer des programmes de formation. Ces programmes

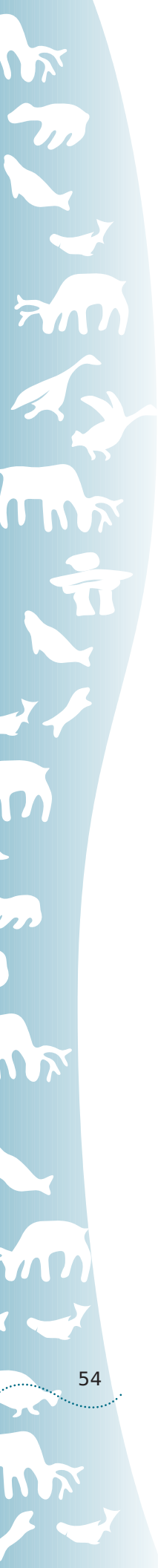
comprenaient une formation dans certaines collectivités, dans des collèges régionaux ou en direct. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et la DGSPNI ont mis en commun des fonds afin d'accroître le financement de la formation de façon à pouvoir former plus d'auxiliaires familiales comme préposées aux services de soutien à la personne.

Provincial

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario disposait de certaines sommes pour les soins à domicile dans les réserves et on a cherché à établir des liaisons. Par exemple, ce financement a servi à fournir certaines ressources pour des services d'auxiliaires familiales (nettoyage, etc.) et des discussions ont eu lieu afin d'examiner l'amélioration des compétences pour la formation de préposés aux services de soutien à la personne.
- Des liens ont été établis avec le programme provincial de soins infirmiers en Ontario et des réunions ont eu lieu pour la communication d'information.
- La Province coordonne aussi 43 Centres d'accès aux soins communautaires (CASC) partout en Ontario. Bien que ces centres ne s'adressent pas exclusivement aux Premières nations, les membres des collectivités ont accès aux services offerts par ces centres, le cas échéant.

Les CASC simplifient l'accès aux services et ils sont chargés :

- de déterminer l'accessibilité aux services d'auxiliaires familiales et de professionnels visiteurs, de la plus haute qualité et au meilleur prix, fournis à domicile et dans les écoles financées par les deniers publics, et d'acheter ces services pour le compte des consommateurs;
- de déterminer l'accessibilité aux établissements de soins de longue durée, et d'autoriser toutes les admissions à ces établissements (maisons de soins infirmiers et foyers pour personnes âgées);

- 
- d'assurer la planification des services et la gestion de cas pour chaque client, et
 - de fournir de l'information sur tous les autres services de soins de longue durée, y compris les services communautaires fondés sur le bénévolat.

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les Régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. En Ontario, des relations de travail ont été établies avec AINC, en particulier concernant le programme de soins aux adultes du Ministère (volet soins à domicile).

Ressources créées et distribuées

Les ressources distribuées comprenaient les publications suivantes :

- Association ontarienne de soutien communautaire
- Managing Risk
- Evaluation Handbook
- Becoming a Personal Support Worker
- Standards and Indicators for Personal Support and Homemaking Services
- Provincial Standards and Guidelines for Case Management
- Guide de modèles des politiques du PSDMCPNI
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario - Recueil des normes d'exercice de la profession infirmière en Ontario

Certaines Premières nations ont demandé et ont reçu l'Ontario Region Nursing Policy and Practice Manual, qui s'harmonise avec le Community Health Nurses Tuberculosis Manual. De l'information a aussi été présentée sur le site Web des Chiefs of Ontario et cette-ci est mise à jour mensuellement.

Québec

Profil de la Région du Québec

Population	53 525
Population moyenne par collectivité	1,029
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	52
Nombre de collectivités financées	51
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	98 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	98 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	98 %
% de collectivités recevant des services	98 %

2001/02

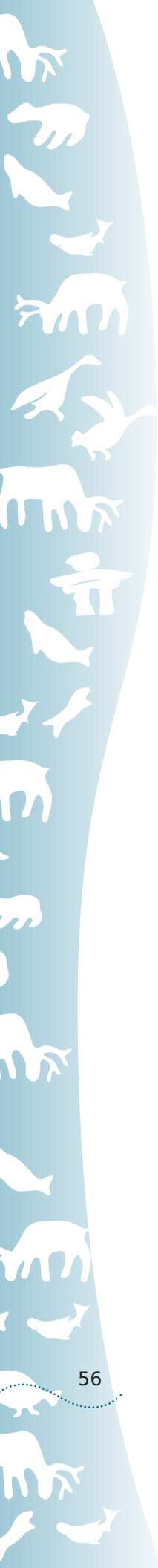
Dans la Région du Québec, les collectivités des Premières nations comptent pour 85 p. 100 de la population des Premières nations et des Inuits de la Région. Les 38 collectivités des Premières nations représentent 10 Premières nations. La plus grande collectivité est Kahnawake, près de Montréal, qui compte plus de 7 000 membres dans la réserve elle-même.

Environ 15 p. 100 de la population desservie est inuite et vit dans les collectivités inuites dans la Région du Nunavik. Parmi les quatorze collectivités inuites, quatre comptent plus de 1 000 habitants alors que d'autres comptent à peine 125 personnes.

Structure

Au Québec, la collaboration permanente avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) font partie intégrante du PSDMCPNI. Ces deux organisations jouent un rôle vital dans la planification, la mise en oeuvre et la surveillance du Programme.

Les collectivités inuites sont liées entre elles par l'intermédiaire du RRSSSN. À l'exception des neuf collectivités cries, les collectivités



des Premières nations mettent en œuvre le Programme de façon indépendante.

Des comités ont été formés au début du processus afin d'établir des mécanismes de distribution des fonds aux collectivités. Environ la moitié des collectivités de la province sont petites et isolées.

Le personnel du Programme communiquait quotidiennement avec les partenaires et les collectivités. En plus d'un coordonnateur régional à la DGSPNI, il y avait aussi un agent préposé aux contributions et une infirmière à temps partiel en 2000/01. En 2001/02, une infirmière spécialisée en soins à domicile a été embauchée et un préposé au soutien administratif a été embauché.

À la CSSSPNQL, un technicien en soins à domicile a travaillé en collaboration étroite avec la DGSPNI et a offert un soutien aux collectivités tout au long du processus.

À propos du Nunavik

La Région du Nunavik s'étend au nord du 55ième parallèle dans la province de Québec. Le Nunavik compte 14 collectivités où vivent près de 8 000 Inuits. Kuujuaq en est le centre administratif régional et 1 500 personnes y résident.

Étant donné l'absence de routes reliant les collectivités, les principaux modes de transport entre le Nunavik et le Sud sont par voie aérienne et voie maritime.

Source: www.tapirisat.ca

À propos de la CSSSPNQL

La CSSSPNQL est administrée par un conseil d'administration dont les membres sont élus par l'assemblée générale. Le Conseil d'administration possède tous les pouvoirs que lui accorde l'assemblée générale des Premières nations du Québec et du Labrador, ainsi que tous les devoirs qui s'y rattachent. Le Conseil d'administration est responsable devant les chefs de l'Assemblée des Premières nations du Québec et du Labrador et devant l'assemblée générale.

Voici la mission de la CSSSPNQL :

Améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des personnes, des familles et des communautés des Premières Nations et des Inuits dans le respect de leur culture et autonomie locale. En aidant les Communautés qui le désirent, à mettre sur pied, développer et faire avancer des programmes et des services globaux de santé et de services sociaux adaptés et conçus par des organismes des Premières Nations et des Inuits.

Source : www.cssspnql.com

À propos du RRSSN

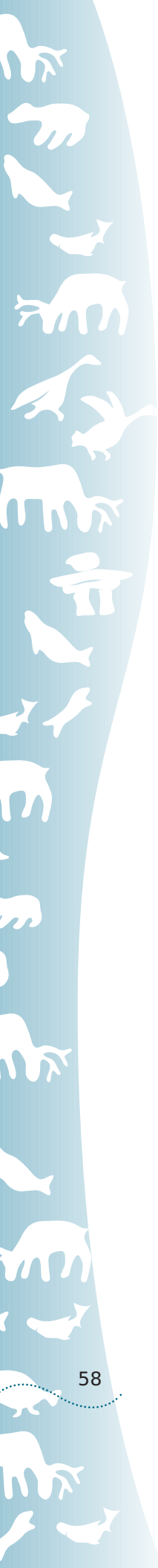
La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est responsable de l'administration et de la prestation des services sociaux et de santé aux résidents de la Région du Nunavik.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

À la fin de 2001/02, presque toutes les collectivités du Québec avaient franchi les étapes de l'évaluation des besoins et de la planification, et elles recevaient des services. Au début du Programme, des réunions ont eu lieu annuellement avec les représentants des collectivités.

Les plans de prestation de services ont été examinés par des pairs et évalués par des comités, et des représentants ont visité certaines collectivités afin de discuter des plans et des domaines susceptibles d'amélioration. À la fin d'août 2001, tous les plans avaient été approuvés.

Bien qu'à la fin de 2000/01, une seule collectivité recevait des services complets, à la fin de l'année suivante, ce nombre était passé à cinq.



Quant aux autres collectivités, leurs plans étaient approuvés et elles avaient atteint la phase de mise en œuvre, en bonne voie vers la prestation de services complets.

Formation

Au Québec, comme dans la plupart des autres Régions, on a mis davantage l'accent sur la formation d'auxiliaires de soins à domicile que sur la formation d'infirmières. Quant au nombre de postes financés par le Programme, les données de suivi indiquent que le nombre de préposés aux soins personnels dans la province était de 431 avant le Programme. Selon les plans de formation, ce nombre passerait à 488 grâce au financement du Programme. Dans le cas des infirmières auxiliaires autorisées de soins à domicile, le nombre passerait de 1 à 13 dans la province et le nombre d'infirmières autorisées de soins à domicile passerait de 20 à 57.

C'était un défi à relever pour les collectivités de la Région, puisque la norme de formation au Québec exige 960 heures de formation pour les auxiliaires de soins à domicile. Dans la plupart des autres Régions, le temps de formation n'est parfois que le tiers des heures exigées au Québec. Non seulement ces heures supplémentaires ont une incidence sur le financement de la formation, mais il est aussi plus difficile de garder les gens à l'extérieur de la collectivité pendant une période aussi longue, particulièrement lorsque les fonds du Programme ne comprennent pas de montants alloués pour le remplacement des personnes qui quittent pour suivre une formation. Des programmes de formation sont souvent exigés pour les anglophones et les francophones en raison de l'utilisation de ces deux langues parmi les collectivités. En dépit de ces difficultés, au moins une personne dans chaque collectivité a reçu une formation en tant qu'auxiliaire de soins à domicile. Dans la Région du Nunavik, quatre-vingt-dix personnes ont reçu une formation à l'intérieur des 14 collectivités et 30 Inuits ont été agréés en tant qu'auxiliaires de soins à domicile.

In 2001/02, une séance de formation de deux jours a eu lieu dans la ville de Québec afin d'enseigner aux travailleurs comment se servir d'appareils comme le glucomètre, les appareils de levage hydraulique pour les patients, et comment obtenir un soutien technique. Des administrateurs de la santé, des infirmières et des préposés aux soins à domicile ont aussi reçu une formation en informatique pour les aider concernant leurs programmes et leurs documents.

Partenariats

Au Québec, les partenariats les plus importants ont été formés avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN).

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les Régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Au Québec, l'un des principaux liens créés a été avec AINC. Les deux organisations ont travaillé en collaboration étroite à des projets, y compris l'élaboration de mécanismes de présentation de rapports communs pour les collectivités.

Ressources créées et distribuées

En 2001/02, avec l'aide d'un expert-conseil, la Région du Québec a créé un chiffrier comme outil pour permettre aux collectivités de communiquer des données concernant le Programme. Le chiffrier a été si utile qu'il a été adapté pour devenir un modèle national de présentation de données.

Atlantique

Profil de la Région de l'Atlantique

Population	24 707
Population moyenne par collectivité	618
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	40
Nombre de collectivités financées	38
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	95 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	83 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	80 %
% de collectivités recevant des services	45 %

2001/02

Bien que la Région de l'Atlantique compte une population totale des Premières nations et des Inuits comparativement plus petite que celle de la plupart des Régions, elle couvre quatre provinces qui renferment de nombreuses collectivités petites et isolées. La moitié des collectivités de la Région comptent moins de 500 habitants. Parmi les autres collectivités, huit ont plus de 1 000 habitants et douze ont une population variant entre 500 et 1 000 habitants.

Province	Nombre de collectivités des Premières nations	Nombre de collectivités inuites	Nombre de collectivités innues
Île-du-Prince-Édouard	2	—	—
Nouveau-Brunswick	16	—	—
Nouvelle-Écosse	13	—	—
Terre-Neuve et Labrador	1	5	2

À propos des collectivités inuites et innues du Labrador

Les Inuits sont les descendants du peuple de Thulé qui a émigré au Labrador à partir de l'Arctique canadien il y a 700 à 800 ans. Les principaux établissements inuits sont Nain, Hopedale, Postville, Makkovik et Rigolet sur la côte nord du Labrador, mais la population inuite se trouve également dans un certain nombre d'autres collectivités du Labrador. Les Inuits sont représentés par la Labrador Inuit Association.

Les Innus, appelés auparavant Naskapi-Montagnais, descendent des chasseurs-cueilleurs de langue algonquienne qui formaient l'un des deux peuples autochtones habitant le Labrador au moment de l'arrivée des Européens. Les principales collectivités innues au Labrador sont les Sheshatshiu et Utshimassit (Davis Inlet), avec des populations respectives de 1 000 et de 500 habitants. Le nom Innu signifie «personne» et la langue innue est l'« Innu-aimun ». De nos jours, plus de 16 000 Innus vivent dans onze collectivités au Québec et deux au Labrador

Source : www.heritage.nf.ca/aboriginal/

Structure

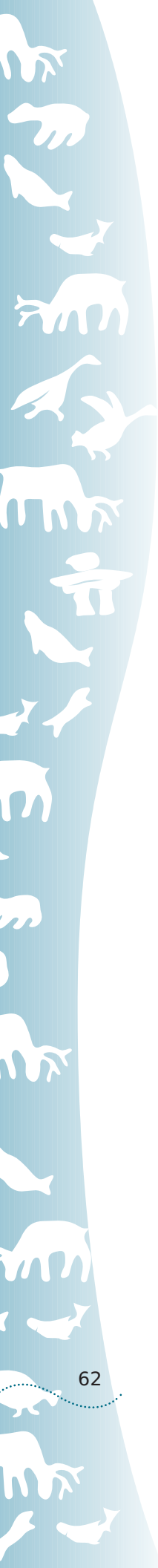
Un comité directeur pour le Programme a été formé au début du processus et il est composé de représentants d'organisations des Premières nations. Des séances d'information communautaires ont eu lieu un peu partout dans la Région pour sensibiliser la population au Programme. Le comité de santé des Mi'kmaq et des Maliseet, par exemple, a joué un rôle intégral dans la planification et les communications.

Deux coordonnateurs ont été embauchés et employés par une organisation des Premières nations. Un coordonnateur a couvert le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard et l'autre, la Nouvelle-Écosse et une partie de Terre-Neuve et du Labrador. Initialement, la responsabilité de la coordination régionale a été assumée par le principal agent régional de soins infirmiers jusqu'à l'embauche du coordonnateur régional du PSDMCPNI à la DGSPNI vers la fin de 2001.

Aperçu du Programme : 2000/01 et 2001/02

Avec les fonds alloués au titre du Programme, les besoins ont été évalués, notamment en ce qui concerne la formation, les immobilisations et les soins à domicile et en milieu communautaire. Suite à l'évaluation des besoins, chaque collectivité s'est employée à élaborer des politiques, des programmes et des procédures. Les collectivités plus grandes avaient la capacité d'exécuter cette partie du Programme, mais les collectivités plus petites disposaient habituellement d'une capacité bien moindre. En rétrospective, une politique et des procédures régionales pouvant être modifiées et adaptées par les collectivités auraient pu aider les collectivités et améliorer le processus. En dépit des difficultés, à la fin de 2001/02, 80 p. 100 des collectivités avaient terminé la phase de la mise en œuvre de la planification et près de la moitié recevait des services.

À l'exception des fonds destinés à la coordination régionale, la majeure partie des fonds pour la Région ont été versés directement aux collectivités, la principale exception étant les collectivités inuites et innues. Dans le cas de ces sept collectivités, les fonds ont été versés par l'intermédiaire de la Commission des services de santé des Inuits du Labrador.



À mesure que les collectivités franchissaient les étapes, les travailleurs du Programme enrichissaient leurs connaissances, et ils ont commencé à établir des politiques et des procédures, puis sont passés à la phase de la prestation des services pour que la population puisse avoir accès aux services. Une collectivité du Nouveau-Brunswick, Eell River Bar First Nation, faisait partie d'un projet pilote original de soins à domicile et en milieu communautaire. De l'information tirée de cette expérience ainsi que des renseignements pertinents ont été présentés en exemple aux autres collectivités.

À la fin de 2001/02, les membres des collectivités étaient en mesure de garder les gens dans leur foyer, changer des pansements et fournir des soins à domicile à ceux qui en avaient besoin.

Formation

Les normes de formation des préposés aux soins à domicile varient d'une Région à l'autre, mais elles variaient aussi considérablement à l'intérieur de la Région de l'Atlantique. Autrement dit, certaines provinces avaient des normes de formation plus exigeantes que celles d'autres provinces. Parmi les autres difficultés, il y avait l'absence d'incitatif financier pour la participation à la formation puisque celle-ci avait pour effet d'annuler les autres aides financières. Certains travailleurs formés restaient dans leurs collectivités, mais d'autres partaient travailler dans des collectivités n'appartenant pas aux Premières nations.

Selon les données de suivi du Programme, le nombre de préposés aux soins personnels dans les collectivités avant le PSDMCPNI était de 63. Selon les plans de formation, ce nombre passerait à 116 grâce au financement prévu par le Programme. Le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées de soins à domicile passerait de zéro à 14, tandis que le nombre d'infirmières autorisées de soins à domicile passerait de 2 à 29.

La Société canadienne de la Croix-Rouge et l'Ambulance Saint-Jean ont fourni une formation directement à bon nombre des grandes collectivités de la Région et, lorsque c'était possible, des travailleurs de collectivités plus petites ont aussi participé.

Partenariats

Voici des exemples de partenariats favorisés durant les deux premières années du Programme.

Provincial

- Les provinces et divers hôpitaux ont vu dans le PSDMCPNI l'occasion de retourner des gens dans leur foyer plus tôt. Les communications avec ces établissements se sont améliorées avec la poursuite du travail dans ce domaine. Au Nouveau-Brunswick, quelques services de soins à domicile de base étaient déjà fournis lorsque les clients quittaient l'hôpital, permettant aux collectivités de se concentrer sur l'amplification des services déjà fournis par la province.
- Les régies régionales de la santé ont offert des services de physiothérapie et de soins des pieds à certains endroits. Elles ont conclu des contrats avec des bureaux locaux de VON pour la prestation des services nécessaires, par exemple lorsqu'une petite collectivité ne peut compter sur une infirmière à temps plein.

Éducation et formation

- Des partenariats ont été créés avec des collèges régionaux et des organismes qui offrent une formation en services de soutien à domicile pour que la formation soit mieux adaptée à la culture autochtone.

Liens avec d'autres programmes

Partout au pays, les Régions ont créé des liens avec d'autres organismes et programmes fédéraux, lorsque c'était possible. Voici certains des liens créés dans la Région de l'Atlantique:

AINC

- Les collectivités ont créé des liens avec le programme de soins aux adultes financé par AINC afin de prévenir le chevauchement des services. Dans quelques collectivités, les deux programmes ont été combinés.

DRHC

- Les collectivités ont eu accès aux fonds réservés à la formation, le cas échéant.

À l'intérieur de Santé Canada

- Des communications et des liens sur le plan des ressources humaines ont été établis avec Santé communautaire et l'IDA. Le programme des SSNA a aussi joué un rôle essentiel dans la détermination et l'offre de fournitures médicales et d'équipement médical.

Ressources créées et distribuées

La Région de l'Atlantique a distribué à toutes les collectivités la trousse de planification élaborée par le bureau national. Des exemples de politiques en matière de soins à domicile, un manuel de modèles offert par St. Elizabeth et une vidéo ont aussi été distribués. Un bulletin régional a été distribué semi-annuellement aux collectivités.

Secrétariat du Nord - Territoires

Le Secrétariat du Nord

Le Secrétariat du Nord a été créé à l'automne 1998 afin d'offrir aux Premières nations et aux Inuits vivant au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) et au Nunavut, une approche coordonnée, cohérente et équitable pour la prestation des programmes de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Le Secrétariat du Nord a aussi été l'organisme ministériel chargé d'aider le gouvernement du Nunavut à mettre sur pied son ministère de la Santé et des Services sociaux. À l'automne 2000, on a aussi attribué au Secrétariat du Nord la responsabilité des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies de Santé Canada et des autres communications avec les gouvernements et les intervenants territoriaux dans une relation de partenariat.

Mandat

Le Secrétariat du Nord appuiera l'utilisation d'un nouveau « guichet unique », qui facilitera la prestation optimale des programmes et des services de santé fédéraux dans les territoires, en partenariat avec les gouvernements territoriaux, les Premières nations, les Inuits et d'autres intervenants provinciaux, pour améliorer l'état de santé des résidents des territoires ainsi que les ressources qui leur permettent d'offrir un ensemble élargi de programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Les principales responsabilités du Secrétariat du Nord sont les suivantes :

- gérer la mise en oeuvre et la prestation des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies en milieu communautaire dans les territoires;
- intégrer et simplifier la planification, la gestion et la mise en oeuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies de Santé Canada;
- gérer la prestation des Services de santé non assurés dans les trois territoires;
- représenter et conseiller Santé Canada, faire valoir son point de vue et coordonner les questions relatives à la participation de Santé Canada et à son rôle dans les territoires;
- participer aux négociations et à la mise en oeuvre des ententes d'autonomie gouvernementale dans les territoires; et
- maintenir et renforcer des partenariats avec les gouvernements territoriaux, les Premières nations, les Inuits et les autres intervenants des territoires.

Le Secrétariat du Nord offre aussi du soutien supplémentaire, notamment en faisant ce qui suit :

- il assume le rôle de chef de file dans l'établissement de politiques relatives à l'élaboration et à la mise en oeuvre de programmes de santé dans les territoires;
- il fait partie de comités ministériels et interministériels sur des questions qui touchent les programmes et les services de santé dans les territoires;
- il mettra au point une approche stratégique coordonnée pour l'élaboration, l'adaptation et la mise en oeuvre de programmes et de services de promotion de la santé et de prévention des maladies dans les territoires; et
- il sert d'agent de coordination des activités de Santé Canada dans les territoires.

Profil du Nunavut

Population	21 144
Population moyenne par collectivité	783
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	27
Nombre de collectivités financées	25
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	100 %
% de collectivités en planification/mise en œuvre	100 %
% de collectivités recevant des services	93 %

2001/02

Au Nunavut, une conférence de « mise en branle » des soins à domicile et en milieu communautaire a eu lieu à Rankin Inlet du 24 au 27 mars 2001.

Selon les données de suivi du Programme, le nombre de préposés aux soins personnels au Nunavut qui était de 102 avant le Programme passerait à 166, nombre prévu dans les plans de formation. Le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées de soins à domicile passerait de 5 à 20.

Profil des Territoires du Nord-Ouest

Population	15 376
Population moyenne par collectivité	466
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	33
Nombre de collectivités financées	33
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	100 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	100 %
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	100 %
% de collectivités recevant des services	100 %

2001/02

Les T.N.-O comptent 33 collectivités, représentant une combinaison des Premières nations et des Inuits. Bien qu'il y ait plus de collectivités dans

les T.N.-O. qu'au Nunavut ou au Yukon, la taille de la collectivité moyenne, moins de 500 habitants, est plus petite que celle des deux autres territoires.

La Inuvialuit Regional Corporation a créé des affiches pour augmenter la sensibilisation aux soins à domicile et en milieu communautaire. La région d'Inuvik a présenté un plan pour cinq jours de formation sur les soins des pieds, mais les fonds ont été différés à l'exercice suivant. Des représentants des T.N.-O. siègent au comité directeur régional des SDMC. On ne dispose pas de statistiques concernant les plans de formation au titre du Programme pour les T.N.-O.

Profil du Yukon

Population	7 558
Population moyenne par collectivité	540
Nombre de collectivités admissibles aux fonds	14
Nombre de collectivités financées	14
% d'évaluations des besoins qui sont terminées	36 %
% de collectivités ayant présenté leurs plans	—
% de collectivités en planification/mise en oeuvre	—
% de collectivités recevant des services	7 %

2001/02

Environ la moitié des 14 Premières nations au Yukon comptent moins de 500 membres et seulement une collectivité, Kwanlin Dun, a une population de plus de 1 000 habitants. De nombreuses collectivités sont isolées. En dépit des obstacles sur le plan de la capacité, plus d'un tiers des collectivités ont réussi à réaliser une évaluation de leurs besoins durant cette période et une collectivité recevait des services à la fin de 2001/02.

Selon les données de suivi du Programme, les collectivités ne comptaient aucun préposé aux soins personnels ou infirmière auxiliaire autorisée de soins à domicile avant le financement au titre du programme. Selon les plans de formation, le nombre de préposés aux soins personnels passerait à neuf, et le nombre d'infirmières auxiliaires autorisées passerait à quatre, grâce au financement prévu par le Programme. Il y avait une infirmière autorisée de soins à domicile avant la formation et on ne prévoyait pas en former d'autre.

OBSTACLES ET DÉFIS

L'implantation du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits a été parsemée d'obstacles au cours de ces deux années, et bon nombre d'entre eux existaient déjà avant l'annonce du Programme. En dépit de ces obstacles, des progrès importants ont été accomplis afin d'assurer la satisfaction des besoins en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits.

Partenariat et collaboration

Dans le passé, les collectivités des Premières nations et des Inuits ne participaient pas activement aux premières étapes de l'accès au financement nécessaire pour de nouvelles initiatives. Dans le cas PSDMCPNI, les Premières nations et les Inuits ont participé en fournissant de l'information pour la présentation au Conseil du Trésor. En outre, il était prévu à l'échelon national que cette nouvelle initiative devait être planifiée et mise en œuvre en partenariat et en collaboration avec les Premières nations et les Inuits. Pour cette raison, un Comité directeur national a été établi avec autant de représentants du gouvernement que des Premières nations et des Inuits.

Les activités accomplies en partenariat et en collaboration devaient également être réalisées à l'échelle de la Région ou du Territoire. Dans bon nombre de Régions ou Territoires, cette situation a créé des obstacles puisque des relations de travail s'étaient formées au fil des ans et qu'il existait des différences historiques quant aux méthodes de prestation des programmes.

L'établissement de liens avec d'autres programmes et ministères constituait également un obstacle à surmonter à l'échelle nationale, régionale et locale. Tandis que certains liens ont été faciles à créer, d'autres programmes ont été plus difficiles à intégrer en raison de conflits sur le plan des mandats, des priorités ou des possibilités de collaboration. Cela dit, le travail avec ces partenaires potentiels s'est poursuivi afin de cerner des possibilités d'offrir des soins plus efficaces et de faire un usage plus efficient des ressources humaines et financières.

Financement pour la coordination des Régions et des conseils tribaux

Le cadre de financement pour le PSDMCPNI a été élaboré afin d'assurer que l'on disposerait des fonds nécessaires pour livrer les éléments essentiels du Programme. Afin d'appuyer les Premières nations et les

Inuits dans le processus de planification, des fonds ont été réservés pour la coordination régionale. Dans de nombreux cas, les fonds alloués aux activités de coordination n'étaient pas suffisants pour les activités nécessaires. De nombreuses Régions ont utilisé des ressources internes ou des ressources d'autres programmes pour fournir des services de coordination additionnels. Plusieurs conseils tribaux ont fait clairement savoir qu'ils ont besoin de fonds pour la coordination afin d'être en mesure de fournir conseils et orientation aux membres des collectivités. Lorsque la réalisation du Programme sera plus avancée, à la phase de la prestation des services, il faudra aussi offrir des services de deuxième et de troisième niveau ainsi que la surveillance des soins infirmiers. Certains des volets de la stratégie axée sur les besoins devraient comprendre la consignation complète des services de coordination des Régions et des conseils tribaux (services de deuxième et de troisième niveau).

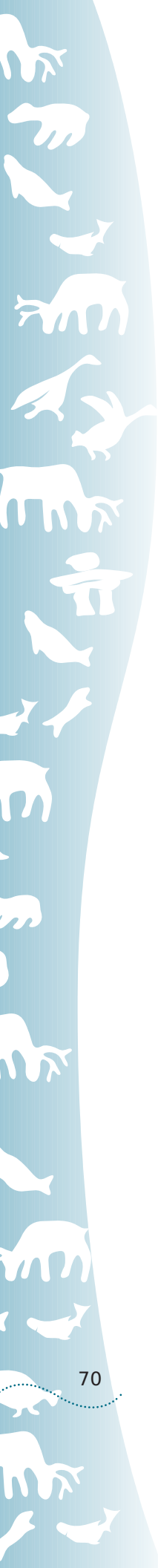
Dans plusieurs Régions, beaucoup de collectivités sont isolées et un bon nombre ne sont accessibles que pendant les mois d'été ou par voie aérienne. Les coûts de déplacement sont donc extrêmement élevés.

Financement pour la formation et les immobilisations

Bien que des fonds aient été réservés pour la formation et les immobilisations tant pour 2000/01 que 2001/02, les Régions avaient tellement besoin d'argent que d'importantes lacunes se sont manifestées. Celles-ci touchaient l'équipement ainsi que des biens immobilisés comme des logements pour les travailleurs de la santé et des locaux à bureaux et d'entreposage. Le financement futur ne comporte pas de montants précis pour ces deux secteurs et les Régions devront affecter un montant à partir des fonds totaux qui leur sont alloués.

Dotation

Tel que mentionné, la dotation à l'échelle régionale variait considérablement dans l'ensemble du pays. Dans certaines Régions, il n'y avait qu'une personne affectée à la coordination des activités du Programme tandis que dans d'autres Régions, des ressources ont permis l'emploi d'un coordonnateur à l'échelle du district et (ou) de personnel supplémentaire travaillant soit à Santé Canada ou faisant partie d'un partenariat avec des organisations des Premières nations et des Inuits. On constate sans surprise que plus le personnel était nombreux, plus il était facile de travailler en collaboration étroite avec les collectivités et



les conseils tribaux afin de contribuer aux efforts de planification, de formation, d'établissement des immobilisations et de mise en œuvre de la prestation des services.

Dans certains secteurs, le roulement à l'échelon communautaire constituait un obstacle quant au renforcement des capacités et à l'élaboration de communications efficaces. De nombreux participants au Programme avaient un autre emploi et coordonnaient les activités bénévolement. Ceux qui disposaient d'un plus grand nombre de ressources à l'échelle régionale étaient mieux en mesure de traiter certains de ces éléments.

Rythme c. prestation des services

Un paradoxe avec lequel ont dû composer tous les participants du Programme est l'établissement d'un équilibre entre l'aspect du Programme qui est d'avancer « au rythme de la collectivité » et celui qui est d'assurer que les clients qui ont besoin de soins dans la collectivité reçoivent des services dès que possible. Pour régler cette dernière préoccupation, en 2000/01, le Comité directeur national a modifié le processus de financement. Essentiellement, les fonds étaient versés à la collectivité en fonction de la phase du Programme où se trouvait celle-ci. Il faut reconnaître que cette modification de la formule de financement a été controversée, et perçue par certains comme étant contradictoire avec le principe de réalisation du Programme « au rythme de la collectivité ». Cette modification a eu comme conséquence positive de permettre aux collectivités de franchir les étapes du processus plus rapidement, et ainsi de commencer à recevoir des services plus rapidement que ce qui aurait pu être le cas autrement.

Il était indiqué dans la présentation originale du Conseil du Trésor que les collectivités devaient avoir atteint la phase de la prestation des services avant la fin de 2001/02. Bien que certaines collectivités ont été en mesure de réaliser cet objectif, d'autres, notamment celles disposant d'une capacité plus faible et/ou des collectivités plus petites, ont éprouvé plus de difficultés à réaliser les phases du Programme. Des collectivités ont pris plus de temps que prévu pour accomplir toutes les activités du processus de planification et la capacité dans l'ensemble était plus limitée que ce qui avait été prévu. Parmi les autres modifications apportées durant cette période, on compte la modification du modèle d'accord de contribution. L'intégration des principes théoriques de gestion du changement pendant cette période de transition peut avoir réduit l'incidence du changement sur les collectivités et les autres intervenants.

Communications

Comme c'est le cas de la plupart des programmes de cette envergure, les communications représentent un défi permanent, notamment en ce qui a trait aux aspects suivants.

Nombre d'intervenants

Ce Programme met en cause une combinaison complexe d'intervenants qui représentent les intérêts nationaux, régionaux et locaux des soins de santé des Premières nations et des Inuits. L'élaboration de processus de communications à la fois efficaces et pratiques constitue un défi permanent étant donné la grande ampleur des renseignements à partager à tous les niveaux.

Quantité de communications

Les besoins en communications sont vastes puisque le Programme exige de l'information et des communications continues parmi les représentants à l'échelle nationale, régionale et de la collectivité, des organisations des Premières nations et des Inuits, d'autres ministères et organisations et des professionnels des soins de santé, entre autres.

Enjeux de la dotation

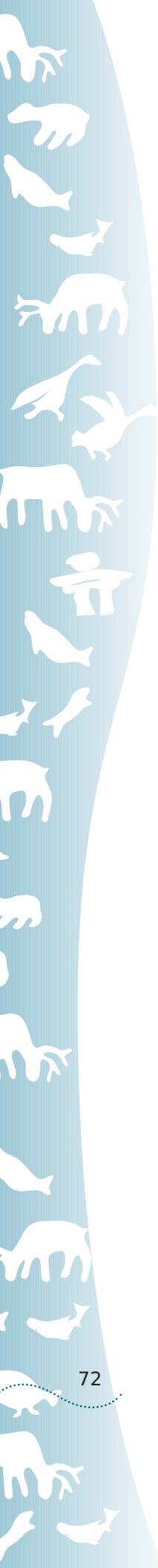
Certaines collectivités et Régions étaient mieux dotées en personnel que d'autres. Celles qui se trouvaient dans des secteurs comportant moins de soutien ou un taux de roulement plus élevé ont eu plus de difficulté à maintenir des communications efficaces avec tous les intervenants.

Perceptions différentes des communications parmi les intervenants

Il n'y avait pas de consensus concernant la quantité, la présentation ou les voies de communications parmi l'ensemble des intervenants. Toutes les parties participaient à un nouveau programme dans un calendrier comprimé.

Surmonter les obstacles de la communication

Pour surmonter ces obstacles, les intervenants à tous les échelons ont examiné diverses possibilités. Par exemple, les coordonnateurs régionaux



et les partenaires régionaux ont officialisé des réunions parmi les Régions durant 2001/02. Des réunions semi-annuelles ont été prévues ainsi que des téléconférences mensuelles pour échanger de l'information sur les réussites et les obstacles.

Les Régions ont mis au point des processus visant à tirer le maximum des ressources humaines et financières à leur disposition pour coordonner les activités et communiquer avec les collectivités et les partenaires des Premières nations et des Inuits. Ces processus comprenaient des visites dans les collectivités lorsque c'était possible, ainsi que des communications continues au moyen d'appels téléphoniques, de courriels, du courrier et de télécopies.

L'équipe nationale a travaillé à l'élaboration et la mise en œuvre d'outils pour aider les collectivités et les Régions à répondre aux exigences de présentation de rapports concernant le Programme. Celles-ci comprenaient la mise au point de l'outil de suivi, les modèles de présentation de rapports, le cadre d'évaluation et la formation connexe. Il n'est pas surprenant de constater que les exigences de présentation de rapports n'aient pas fait l'unanimité. On a organisé dans toutes les Régions des ateliers et séances de formation afin d'aider les travailleurs à comprendre ses exigences et à les respecter.

Normes de formation

Les normes de formation pour les préposés aux soins personnels varient d'une Région à l'autre et dans certains cas, comme pour la Région de l'Atlantique, elles varient considérablement à l'intérieur de la Région.

Étant donné que certains secteurs ont des normes beaucoup plus exigeantes, les collectivités ont dû s'efforcer de répondre à ces exigences à l'aide des montants prédéterminés accordés à la formation au cours de ces deux années.

Défis pour les Inuits

Bien que toutes les collectivités en cause aient dû relever des défis présentant divers degrés de difficulté, il faut signaler particulièrement les facteurs influant sur la planification et la mise en œuvre du PSDMCPNI avec lesquels ont dû composer toutes les Régions inuites. Dans les quatre Régions inuites, Nunavik, Nunavut, Inuvialuit et Labrador, des facteurs politiques, géographiques et culturels ont influé sur la prestation des services sociaux et de santé uniques au Nord.

Ces facteurs comprennent les suivants, sans y être limités :

- éloignement et isolement;
- coût de la prestation des services;
- disponibilité des services de soins de santé appropriés et accès à ceux-ci;
- accès aux fournisseurs de soins de santé;
- facteurs socioculturels (p. ex., de nombreux Inuits ne parlent que l’Inuktitut).

Bien que ces défis ne soient certainement pas exclusifs aux collectivités inuites, ils contribuent à illustrer le fait que la culture, la situation géographique, les ressources et l’accès aux services établis influent considérablement sur la capacité touchant les soins de santé à domicile et en milieu communautaire des collectivités.

À propos des Régions inuites

L’Arctique canadien compte quatre Régions inuites, chacune avec sa propre association inuite.

Inuvialuit

- L’Inuvialuit Regional Corporation a été établie en 1984 et représente 5 000 Inuits de l’Ouest de l’Arctique.

Labrador

- La Labrador Inuit Association a été établie en 1975 et représente les 5 000 Inuits du Labrador.

Nunavik

- La Makivik Corporation a été établie en 1978 et représente les 9 000 Inuits de la Région du Nunavik dans le Nord du Québec.

Nunavut

- La Nunavut Tunngavik Incorporated a été établie en 1992 et représente les 21 500 Inuits du Nunavut.

Source : www.itk.ca



PERSPECTIVES D'AVENIR : 2002/03

Pour 2002/03, les intervenants, y compris les organisations partenaires des Premières nations et des Inuits, les collectivités, les conseils tribaux, le personnel du Programme à l'échelle régionale et nationale et les professionnels des soins de santé, continueront à travailler ensemble en vue d'améliorer la prestation des services dans les collectivités ayant déjà atteint cette phase. En outre, les intervenants travailleront résolument avec les autres collectivités, qui représentent environ la moitié des collectivités au pays, en vue d'entrer dans la phase de la prestation des services, de sorte les membres de la collectivité et leur famille puissent commencer à recevoir les services offerts par le Programme.

Bien que durant les années 2000/01 et 2001/02, des fonds importants aient été réservés aux plans de formation et d'immobilisations, les Régions et leurs partenaires des Premières nations et des Inuits devront maintenant envisager l'utilisation de fonds à partir du budget régional, puisque, aucun montant particulier n'est affecté à ces deux domaines en 2002/03. Jusqu'à maintenant, le Programme a contribué à l'implantation d'installations, de fournitures et d'équipement ainsi qu'à former des centaines de travailleurs, surtout des préposés aux soins personnels. Ces efforts devront se poursuivre alors que d'autres collectivités entrent dans la phase de prestation des services et que des lacunes persistent dans le domaine de la formation et que les besoins en immobilisations sont cernés.

À la fin de 2001/02, un peu plus de la moitié des collectivités des Premières nations et des Inuits ayant reçu des fonds au titre du PSDMCPNI avait atteint la phase de la prestation des services. Ces collectivités représentaient 282 000 personnes des Premières nations et des Inuits, près des deux tiers de la population totale visée par le Programme.

Quant aux autres collectivités qui travaillent en vue de recevoir des services, plusieurs affrontent des obstacles comme la taille de la collectivité, les ressources et l'isolement. Toutefois, la plupart de ces collectivités ont déjà présenté des plans et travaillent activement avec des partenaires du Programme pour surmonter ces obstacles et en bout de ligne, fournir des services de soins à domicile et en milieu communautaire essentiels aux membres de ces collectivités.