

SANTÉ CANADA

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS
PROGRAMME DES SOINS À DOMICILE ET
EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

*Cadre de gestion axée sur les résultats
et de responsabilisation*



Santé
Canada

Health
Canada

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

Santé Canada

Le présent cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation (CGRR) a été rédigé par le Groupe de travail sur l'évaluation du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Ce groupe comprend les personnes suivantes:

Joe Barnes, *Gouvernement du Nunavut*
Brenda Blom, *Conseil tribal Dakota Ojibway*
Suzanne Dubois, *Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada*
Bill Duncan, *DGSPNI, Santé Canada*
Carol Eshkakogan, *Conseil tribal North Shore*
Alma Favel-King, *Assemblée des Premières nations*
Kirsten Dupres, *Conseil tribal Kee Tas Kee Now*
Claire Goldie, *Secrétariat du nord, Santé Canada*
Lucie Kalinda, *Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)*
Joanne Lucarz-Simpson, *DGSPNI, Santé Canada*
Elizabeth Michelin, *Centre de santé Maniashini*
Satish Seetharam, *DGSPNI, Santé Canada*
Susan Taylor-Clapp, *DGSPNI, Santé Canada*
Bob Walker, *Secrétariat du nord, Santé Canada*
Joanette Wallace, *DGSPNI, Santé Canada*

Une reconnaissance spéciale est attribuée aux personnes suivantes pour leur norme contribution dans la rédaction du CGRR:

Geoffrey Cole, *Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC), Santé Canada*
Kevin McKenzie, *DGIAC, Santé Canada*

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

Satish Seetharam
Gestionnaire de projet, Évaluation de programme
Direction des soins primaires et santé publique
Immeuble Jeanne Mance, pièce 2007
Pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 952-4230
Télé. : (613) 954-8107
Courriel : satish_seetharam@hc-sc.gc.ca

Publication autorisée par le ministre de la Santé

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

© Ministre, Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2002
Cat. H35-4/ 28-2002
ISBN: 0-662-66913-4

Table des *matières*

1.0	Objet du Cadre de gestion axée sur les <i>résultats</i> et de responsabilisation	1
2.0	Mise au point d'un CGRR pour le Programme de <i>soins à domicile et en milieu communautaire</i> des Premières nations et des Inuits	1
3.0	<i>Méthodologie</i> employée pour l'élaboration du CGRR	2
4.0	<i>Profil</i> du Programme	3
4.1	Contexte	3
4.2	Vision, principes et objectifs.	5
4.3	Critères d'admissibilité	7
4.4	Modèle de programme et de prestation de services	7
4.5	Liens.	10
4.6	Ressources	11
5.0	<i>Modèle logique</i> du Programme	12
6.0	<i>Stratégie de gestion</i> du rendement	14
6.1	Collecte permanente de données	14
6.2	Évaluation du programme	18
6.3	Présentation de rapports et responsabilisation	23
7.0	<i>Coûts</i> du CGRR	25
	<i>Annexe A</i> – Tableaux des mesures du rendement	26
	<i>Annexe B</i> – Glossaire sur l'évaluation du rendement	31

1.0 Objet du Cadre de gestion axée sur les **résultats** et de responsabilisation

Le présent Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation (CGRR) décrit la méthode intégrée qui sera utilisée dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (PSDMC des PNI) pour mesurer, gérer et évaluer les résultats obtenus tout au long du cycle de vie du Programme, et pour présenter des rapports à cet égard.

Le présent document décrit le rôle et les responsabilités de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, et des communautés des Premières nations et Inuits dans la mise en œuvre et la prestation du PSDMC des PNI. Il présente un concept de programme clair et logique qui établit un lien entre les ressources allouées au Programme et les résultats escomptés, 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 sur les réalisations et la responsabilisation à l'égard des résultats.

Ce CGRR constitue une entente entre tous les partenaires du programme eu égard au but poursuivi, à la façon de collaborer pour atteindre ce but et à la manière de mesurer les résultats obtenus et d'en faire rapport. Ce CGRR se veut un outil pour faciliter la gestion du programme et l'apprentissage continu.

2.0 Mise au point d'un CGRR pour le Programme de **soins à domicile et en milieu communautaire** des Premières nations et des Inuits

Ce CGRR remplit ou remplace les engagements pris dans la présentation initiale au Conseil du Trésor, telle qu'approuvée le 25 avril 2000. Dans cette présentation, on s'engageait à créer un cadre pour la présentation de rapports sur le rendement au plus tard le 31 mars 2000, un tableau des indicateurs de rendement pour l'ensemble du programme, un module PSDMC PNI pour le SISPN, un cadre d'évaluation au plus tard le 30 avril 2000 et une évaluation à terminer pour le 31 mars 2005.

Au 1^{er} avril 2001, on n'avait pas pu respecter les engagements à l'égard du cadre pour la présentation de rapports sur le rendement, du tableau des indicateurs de rendement et du cadre d'évaluation. En outre, l'échéancier pour le



développement du SISPNi a été retardé et, par conséquent, le module PSDMC des PNI n'a pu être créé.

De plus, des changements de politique de la part d'agences centrales au sujet des programmes de paiement de transfert ont eu des répercussions sur les engagements pris au sujet du rendement et de l'évaluation du PSDMC des PNI. La Politique du Conseil du Trésor sur les paiements de transfert, en particulier, est entrée en vigueur le 1^{er} juin 2000. Cette nouvelle politique exige un cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation pour tous les programmes qui donnent lieu à des paiements de transfert.

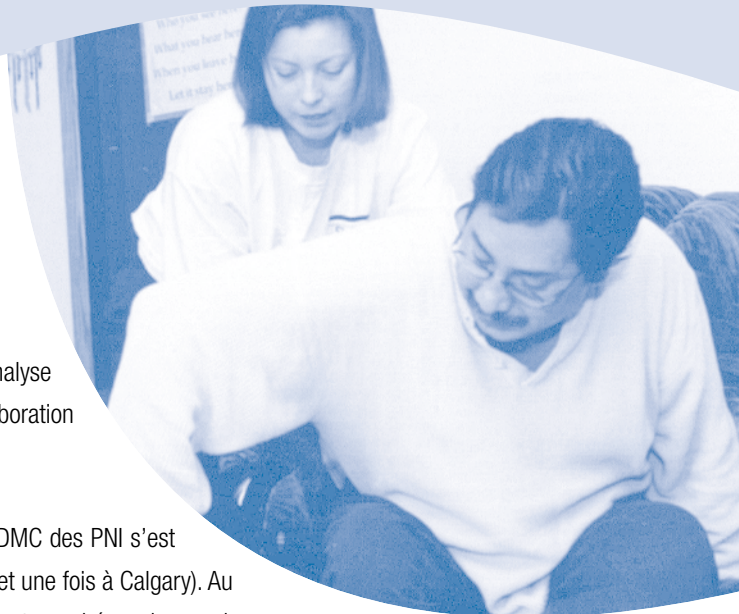
Après des discussions avec les représentants du Secrétariat du Conseil du Trésor au sujet du non-respect des engagements en matière de rendement et d'évaluation concernant le PSDMC des PNI, on a conclu que l'élaboration d'un CGRR permettrait de répondre aux engagements pris dans la présentation initiale et de se conformer aux exigences de la nouvelle politique sur les paiements de transfert en matière de mesure du rendement et de gestion.

3.0 *Méthodologie* employée pour l'élaboration du CGRR

Le présent CGRR a été élaboré au cours d'un processus participatif et inclusif qui s'est déroulé pendant l'exercice 2001/2002. L'élaboration du CGRR repose largement sur le groupe de travail sur l'évaluation du PSDMC des PNI, composé de représentants des Premières nations et des Inuits, des représentants et coordonnateurs régionaux et nationaux du PSDMC des PNI, le personnel du PSDMC des PNI provenant des communautés, l'Assemblée des Premières nations, et la Inuit Tapiriiksat Kanatami (ITK). Vous trouverez à l'annexe A la liste complète des membres du groupe de travail.

On s'est aussi inspiré, pour la mise au point du CGRR, des documents existants et approuvés dans le cadre du Programme, notamment des mémoires au Cabinet, des présentations au Conseil du Trésor, et des documents d'orientation rédigés pour et avec les communautés qui appliquent le PSDMC des PNI.

Un gestionnaire de l'évaluation de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, et la Division de l'évaluation ministérielle des programmes,



Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, ont contribué à l'élaboration du CGRR.

Le groupe de travail sur l'évaluation du PSDMC des PNI s'est réuni à trois reprises (deux fois à Winnipeg et une fois à Calgary). Au cours de sa première réunion, le groupe s'est penché sur le premier remue-méninges qui portait sur le développement du modèle logique. La deuxième réunion a permis d'examiner et d'approuver le projet de modèle logique préparé par la Division de l'évaluation ministérielle des programmes, et d'examiner la première ébauche de tableau de mesures du rendement fondée sur le modèle logique. On a eu recours à des outils structurés et à des feuilles de calcul pour entrer les informations des membres du groupe de travail. Au cours de sa troisième réunion, le groupe s'est concentré sur l'examen et l'approbation du projet complet de CGRR. Entre ces réunions, les membres du groupe se sont consultés par courrier électronique.

On croit que le mode participatif et inclusif utilisé dans l'élaboration du CGRR permettra de retenir une perspective pertinente sur le rendement national du PSDMC des PNI, perspective qui conviendra à tous les partenaires, et d'atteindre l'équilibre en ce qui a trait à la responsabilisation et à la présentation des rapports. Le but visé est un mode de gestion du rendement jugé utile et crédible par tous les participants à la conception, au financement et à la prestation du PSDMC des PNI.

4.0 **Profil** du Programme

4.1 *Contexte*

On reconnaît depuis plus de 15 ans que les services de soins à domicile pour les communautés des Premières nations et des Inuits constituent un point important. Voici quelques-uns des principaux indicateurs démographiques et relatifs à la santé qui le prouvent :

Santé

- Les taux d'incapacité sont deux fois plus élevés chez les communautés autochtones que dans la population en général.



- L'Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits a permis de tirer les conclusions suivantes :
 - quelque 50 % des répondants de 65 ans et plus souffrent d'arthrite ou de rhumatisme et d'hypertension;
 - quelque 30 % des aînés autochtones souffrent aussi de diabète et de problèmes cardiaques et pulmonaires.
- Le taux de blessure dans les communautés autochtones est trois fois plus élevé que le taux national.
- Quelque 37 % des personnes de 75 ans et plus ont besoin d'aide pour leurs soins d'hygiène personnelle.

(Source : annexe D, *First Nations and Inuit Home and Community Care Program Description and Implementation Plan*, présentation au Conseil du Trésor, 25 avril 2000)

Démographie

- La population autochtone va doubler au cours des vingt prochaines années.
- Les statistiques sur la population vivant dans les réserves indiquent que les aînés des Premières nations sont de plus en plus nombreux à retourner vivre dans leur communauté d'origine.

Étant donné leur état de santé, les changements démographiques et la réforme du système de santé, une plus grande proportion des communautés des Premières nations et des Inuits en général (y compris celles qui se trouvent au nord du 60^e parallèle) a besoin de soins à domicile. La situation s'aggrave du fait que les Premières nations et les Inuits ne jouissent pas du même type d'accès aux soins de santé que les autres Canadiens, comme le réinvestissement dans des services de soins à domicile plus complexes et plus complets. Les programmes dispensés à l'heure actuelle aux Premières nations et aux Inuits ne peuvent répondre à la hausse de la demande en matière de soins à domicile.

Afin de combler ce besoin, on a mis sur pied un groupe de travail composé de représentants de Santé Canada, du MAINC, des Premières nations et des Inuits, afin qu'il mette au point un cadre définissant un programme complet de soins à domicile. Leur travail a guidé au départ l'élaboration du PSDMC des PNI.

Après la création du Programme par le Cabinet en juin 1999, une série de séances d'information et de discussion a eu lieu auprès des Premières nations et des Inuits de toutes les provinces et des territoires. Ces séances portaient essentiellement sur la conception du Programme, son application, son financement, les principes de responsabilisation qui s'y appliqueraient, et enfin, les rôles et responsabilités du Programme eu égard à la stratégie employée pour répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits en matière de soins de santé. Plus de 75 % des plus de 700 communautés des Premières nations et des Inuits étaient représentées à ces séances (Source : annexe D, *First Nations and Inuit Home and Community Care Program Description and Implementation Plan*, présentation au Conseil du Trésor, 25 avril 2000).

Des séances d'information ont également été organisées à l'intention des représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la santé et des bureaux régionaux du MAINC pour leur parler du nouveau programme et pour faciliter la création de liens avec le Programme. On a créé des partenariats avec les gouvernements territoriaux, comme on peut le constater dans les accords de gouvernement à gouvernement. On a également consulté un certain nombre d'organisations et associations représentant les Premières nations, les Inuits et les professionnels de la santé relativement à la conception du Programme.

4.2 *Vision, principes et objectifs*

La vision générale du PSDMC des PNI est la suivante :

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits vise à assurer des services fondamentaux de soins à domicile et en milieu communautaire qui soient complets, respectueux des cultures autochtones, accessibles, efficaces, 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 un système coordonné de services de soins à domicile et en milieu communautaire qui permet aux personnes handicapées, ou qui souffrent d'une maladie chronique ou grave et aux personnes âgées de recevoir les soins dont ils ont besoin dans leur communauté.



Les lignes directrices du Programme sont les suivantes :

- respect des approches traditionnelles et contemporaines des Premières nations et des Inuits en matière de guérison et de mieux-être;
- planification faite par la communauté, au rythme de celle-ci;
- programmes offerts aux personnes de tous âges qui présentent un besoin ayant été évalué;
- services assurés pour le moins équitables, efficaces, équivalents aux services offerts au grand public et soutenus par des mesures d'assurance de la qualité;
- services qui favorisent la participation de la famille et de la communauté.

Les grands objectifs du PSDMC des PNI sont les suivants :

- Renforcer la capacité des Premières nations et des Inuits d'élaborer et de dispenser des soins à domicile complets, respectueux de leur culture, accessibles et efficaces, et ce, à un rythme qu'ils jugent acceptable;
- 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 communauté;
- 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 communauté, 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 de dispenser des soins à domicile par l'entremise de la formation, du recours à la technologie de pointe et aux systèmes d'information, d'assurer le suivi des soins et des services et d'établir des objectifs et des indicateurs mesurables.

Les fonds nécessaires au Programme seront alloués aux communautés par l'AC, par le biais des bureaux régionaux, au moyen d'une formule spécialement conçue de financement des soins à domicile et en milieu communautaire, expliquée en détail dans l'annexe E de la présentation au Conseil du Trésor sur le PSDMC des PNI. Cette formule de financement vise à favoriser un mode d'approche axé sur la population. Elle favorise la prestation des éléments essentiels du Programme au moyen de modes de prestation courants et futurs.

4.3 *Critères d'admissibilité*

Les personnes suivantes sont admissibles aux services de soins à domicile dans le cadre du PSDMC des PNI :

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

4.4 *Modèle de programme et de prestation de services*

Le PSDMC des PNI vise à assurer des services fondamentaux de soins à domicile et en milieu communautaire qui sont complets, respectueux des cultures autochtones, accessibles, efficaces, 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 un système coordonné de services de soins à domicile et en milieu communautaire qui permet aux personnes handicapées, ou qui souffrent d'une maladie chronique ou grave et aux personnes âgées de recevoir les soins dont ils ont besoin dans leur communauté. Le Programme sera assuré principalement par des auxiliaires

familiales et des préposés aux soins personnels en milieu communautaire formés et accrédités qui sont épaulés et supervisés par des infirmières autorisées.

Le PSDMC des PNI comprendra des éléments de services essentiels. Si tous ces services sont assurés, on pourrait élargir le Programme afin d'y enchâsser des éléments de services complémentaires, en fonction des ressources disponibles et des besoins déterminés à l'étape de planification du Programme.

Si les communautés reçoivent déjà en partie ou en totalité des services essentiels d'autres sources, le Programme n'offrira pas ces services, mais il permettra aux communautés de compléter les services existants de façon à offrir des services supérieurs de soins à domicile et en milieu communautaire.

Les éléments de services complémentaires constituent une base à partir de laquelle on pourra améliorer le Programme. Citons notamment :

- un processus structuré d'évaluation du client qui comprend une évaluation continue et permet de déterminer les besoins des clients et la répartition des services. L'évaluation est un processus structuré dynamique fondé sur la collecte permanente d'information et sur des jugements éclairés qui permettent de donner du sens à l'information recueillie. Les processus d'évaluation et de réévaluation peuvent toucher le client, la famille et les autres dispensateurs de soins et/ou 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 offert 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 du plan d'évaluation des besoins de la communauté et qui ne font pas double emploi avec les services de soins pour adultes du MAINC mais viennent plutôt les améliorer;
- 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 services de relève et les services thérapeutiques;

- les modalités de prestation des soins à domicile et en milieu communautaire;
- la capacité de gérer le PSDMC des PNI de manière à ce que les services soient dispensés de manière sécuritaire et efficace, dans les cas où la communauté possède l'infrastructure requise;
- 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.

Compte tenu des besoins et des priorités des communautés, de l'infrastructure existante et de la disponibilité des ressources, il se peut que le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire 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 adultes;
- les programmes de repas;
- les services de santé mentale communautaires pour les malades mentaux chroniques et les clients qui souffrent de maladie mentale. Ces services pourraient comprendre des services de conseils 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 PSDMC des PNI :

- ne financera pas la construction d'établissements de soins prolongés ni la prestation de services de soins prolongés en établissement;
- ne fera pas double emploi avec les services existants de soins aux adultes dispensés dans les réserves.

4.5 Liens

Le modèle prévu pour le PSDMC des PNI mise sur les investissements actuels dans les services de santé et les services sociaux en milieu communautaire. En raison de ce modèle, il existe de nombreux liens entre le PSDMC des PNI et d'autres programmes de Santé Canada, des programmes offerts par d'autres ministères du gouvernement fédéral, des investissements faits par d'autres ordres de gouvernements, de même qu'avec des organisations financées par le gouvernement ou indépendantes. Parmi l'ensemble de programmes communautaires financés par Santé Canada, le PSDMC des PNI a établi des liens notamment avec l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (qui fait partie de la Stratégie canadienne du diabète), le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones et le Programme canadien de nutrition prénatale. De plus, le PSDMC et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones préparent la création d'un lien avec le Système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits (SISPNI), initiative financée dans le cadre de Gouvernement en direct. Le SISPNI permettra d'entrer les données statistiques dont ont besoin les utilisateurs (clients, dispensateurs de soins, coordonnateurs de programme et planificateurs de programme) dans leurs activités quotidiennes, y compris pour la prise en charge des cas et la gestion des programmes.

Plusieurs ministères du gouvernement fédéral se partagent la responsabilité des programmes communautaires destinés aux Premières nations et aux Inuits. Toutefois, Santé Canada et le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) sont les principaux fournisseurs. C'est pourquoi on trouve des liens entre le PSDMC des PNI et des programmes du MAINC, notamment avec le programme d'auxiliaires familiales financé par le MAINC.

De plus, quelques provinces et territoires ont investi dans la prestation des services de soins à domicile dans les réserves et dans les établissements inuits, créant des liens entre les divers ordres de gouvernement.

Étant donné les diverses méthodes employées pour mettre sur pied ces initiatives et éléments dans les régions et au sein des communautés, l'établissement de liens entre les programmes ne se fait pas toujours de la même façon. Par contre, en ce qui concerne la mesure du rendement et la stratégie d'évaluation qui permettra de connaître le succès du Programme, on tentera d'adopter une méthode globale et complète.

4.6 Ressources

Le tableau ci-dessous illustre les ressources allouées au PSDMC des PNI, telles qu'approuvées par le Conseil du Trésor le 25 avril 2000.

Tableau 1 Répartition des ressources financières (en milliers de dollars) allouées au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits (révisé le 25 avril 2000)

Poste	1999-2000	2000-2001	2001-2002	2002-2003 (et années suivantes)
FONCTIONNEMENT				
National	1 879.6	1 350	1 235	978
Coordination régionale et soutien de 3 ^e niveau	640	1 600	1 600	2 000
Évaluation et recherche	0	0	250	350
Direction générale des services de gestion	45.4	33.5	34	34
Communications	170	450	900	900
CONTRIBUTIONS				
Planification de programme et prestation de services	12 650	22 416	66 209	85 738
Formation	1 615	5 650.5	5 272	0
Capital	0	13 500	14 500	0
TOTAL	17 000	45 000	90 000	90 000

5.0 *Modèle logique* du Programme

Un modèle logique fournit un moyen simple de décrire l'essence d'un concept de programme et de la communiquer, et ce en montrant les principaux éléments du programme et la relation de cause à effet qui existe entre ces éléments. Le modèle logique illustre comment les intrants, les activités et les extrants d'un programme devraient permettre d'obtenir les résultats escomptés.

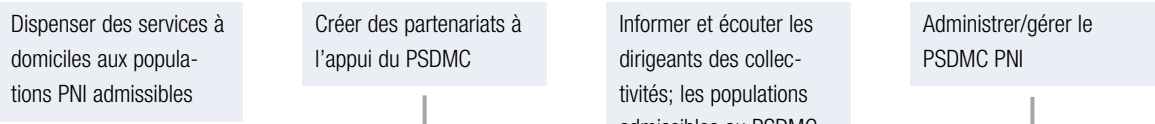
Le modèle logique de programme est un élément essentiel d'un CGRR, puisque c'est sur ce modèle qu'on se fonde pour choisir les indicateurs de rendement et pour arrêter une méthode permanente de mesure du rendement, d'évaluation et de reddition des comptes. Grâce à ces trois volets de la gestion du rendement, on peut tester le concept du programme tel qu'il est illustré dans le modèle logique, afin de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas et d'ensuite appliquer les mesures nécessaires pour améliorer le programme afin d'atteindre les résultats voulus.

Le modèle logique suivant illustre les activités réalisées dans le cadre du PSDMC des PNI, les extrants, les résultats prévus et les principales relations de cause à effet.

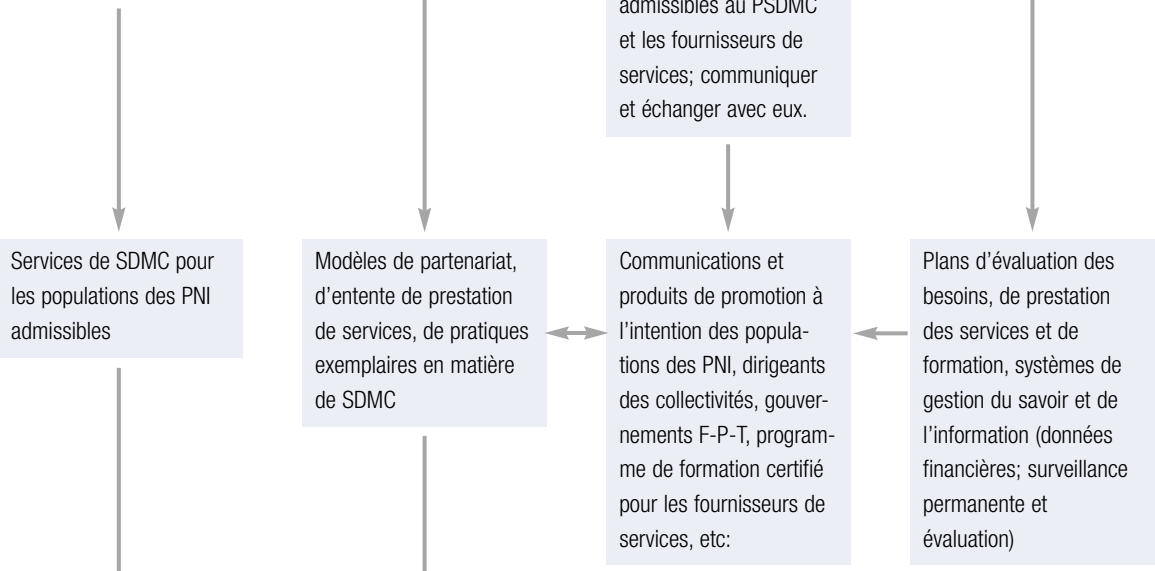


DGSPNI *Modèle logique du programme des soins à domicile et en milieu communautaire*

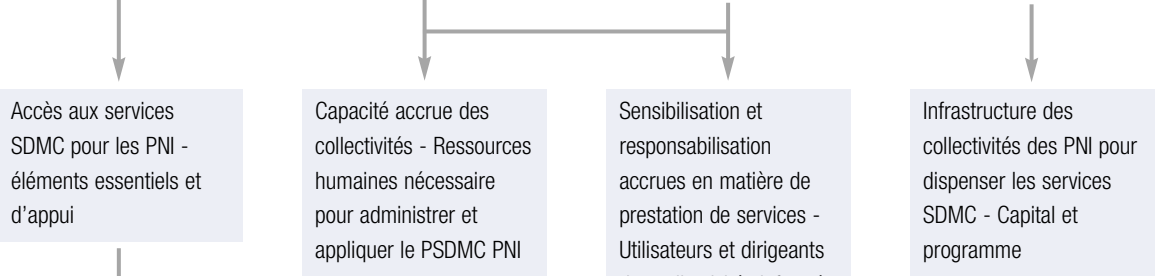
Activités



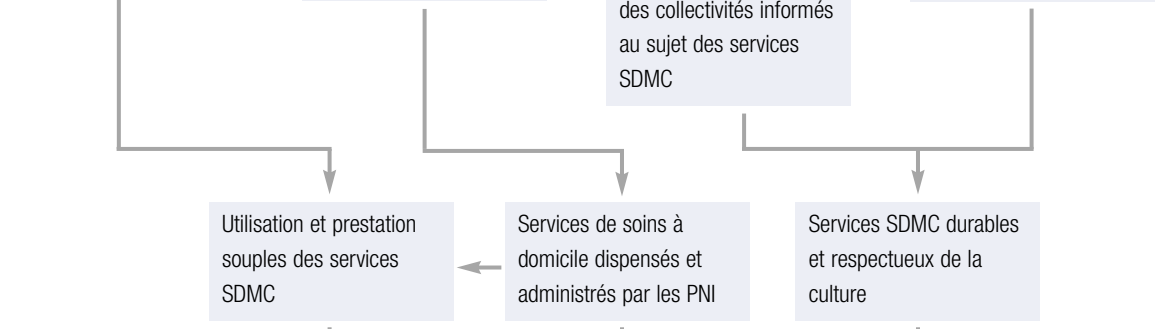
Extrants



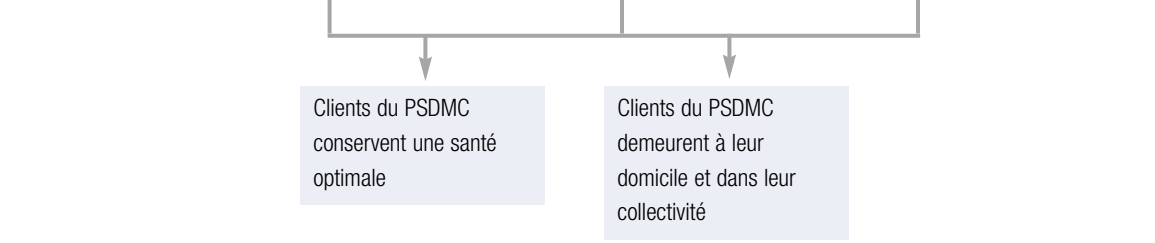
Résultats à court terme



Résultats à moyen terme



Résultats à long terme



Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation

6.0 *Stratégie de gestion du rendement*

Dans la gestion du rendement, on vise à ce que le programme permette d'intervenir pour répondre aux besoins démontrés et aux attentes des partenaires et des populations bénéficiaires, de manière à améliorer la souplesse du programme et l'imputabilité des responsables, et ce au moyen de ce qui suit :

- **Solide planification** – Déterminer les moyens d'atteindre le meilleur rendement possible et les résultats escomptés, avec les ressources disponibles. Cela entraîne que l'on détermine les résultats escomptés et qu'on se concentre sur leur réalisation, que l'on sélectionne les indicateurs de rendement, que l'on définisse des cibles précises en matière de rendement, et enfin, qu'on étudie d'autres moyens ou des moyens complémentaires pour atteindre les résultats voulus.
- **Apprentissage et amélioration** – Mesurer le rendement, évaluer les coûts et utiliser l'information dans le but d'améliorer l'efficacité des programmes, les politiques et les services.
- **Rapports** – Préparer des rapports équilibrés et objectifs sur le rendement à l'intention des clients, des partenaires, des participants, des parlementaires et du public canadien, afin de les faire participer à la planification, à l'apprentissage et à l'amélioration continus des programmes, politiques et services.

La stratégie de gestion du rendement du PSDMC des PNI se compose de ce qui suit :

- collecte permanente de données;
- évaluation du programme;
- rapports sur le rendement;
- responsabilisation à l'égard des résultats.

6.1 *Collecte permanente de données*

La collecte permanente de données sera fondée sur la collecte régulière de l'information relative au PSDMC des PNI, en fonction des indicateurs de rendement définis pour les activités, les extrants et les résultats déterminés dans le modèle logique. La collecte des données sur le rendement devrait être



systématique et faire partie des activités inhérentes à la prestation des services et à la gestion du PSDMC des PNI.

Cette méthode permanente vise à soutenir les communautés des Premières nations et des Inuits qui dispensent des services dans le cadre du PSDMC des PNI, de même que le gestionnaire du programme et le personnel de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, dans l'administration du programme. Les données recueillies permettront de voir le chemin parcouru vers la réalisation des résultats escomptés. Le procédé d'évaluation utilisera les données sur le rendement dans une étude en profondeur portant sur les résultats obtenus, étude qui comprendra la vérification des liens de cause à effet déterminés dans le modèle logique, de même que l'examen des résultats imprévus obtenus avec le Programme et d'autres programmes.

Vous trouverez à l'annexe A une description détaillée de la stratégie de collecte permanente de données. Les tableaux de l'annexe A donnent la liste des indicateurs de rendement sélectionnés pour le modèle logique, les sources de données, la fréquence des rapports et les responsables de la collecte de données. Les indicateurs de rendement sélectionnés présentent une cohérence avec ceux qui ont été élaborés pour les soins à domicile par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

La collecte permanente de données repose sur les trois grands éléments suivants :

- Rapports et plans annuels du PSDMC des PNI produits par les communautés des Premières nations et des Inuits;
- Modèle de présentation de rapports et de prestation des services (MPRPS) dans le cadre du PSDMC des PNI;
- Sondage bisannuel réalisé auprès des clients du PSDMC des PNI, des dispensateurs de soins et des administrateurs.

Les plans et rapports annuels fournis par les communautés des Premières nations et des Inuits donneront un aperçu des données contenues dans le MPRPS et en dresseront le contexte.

Une grande proportion de la collecte permanente de données se fera au moyen du MPRPS. Le contenu de ces rapports sera fourni à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits pour être stocké dans une base de données électronique. On a harmonisé le plus possible les exigences applicables aux données servant à la mesure permanente du rendement avec les exigences du MPRPS. Afin de réduire au minimum les besoins en matière de collecte de données au niveau de la communauté, les données servant à la mesure permanente du rendement seront tirées de la base de données MPRPS maintenue par les responsables du Programme.

Le MPRPS donnera également des renseignements importants sur les ressources humaines et les ressources disponibles au sein des communautés, de mêmes que des informations à jour sur la formation et le renforcement des capacités. Les données recueillies au moyen de l'outil de suivi national remplaceront l'information contenue dans le MPRPS, les rapports annuels déposés par les communautés et le sondage bisannuel.

Voici un sommaire des éléments de la stratégie de collecte de données du PSDMC des PNI :

Mars 2002

1. Plans annuels (orientations futures) et rapports (progrès réalisé) - 1^{er} avril
2. Mise à jour annuelle de l'outil national de suivi - 1^{er} avril
3. Modèle de présentation de rapports et de prestation de services - Trimestriel
4. Sondage bisannuel auprès des clients, fournisseurs et administrateur

La collecte permanente des données se fera au moyen des outils décrits, et sera complétée par un sondage mené auprès des clients du PSDMC des PNI, des administrateurs du Programme et des dispensateurs de soins au sein des communautés des Premières nations et des Inuits, de même qu'auprès du personnel attaché au Programme au sein du gouvernement fédéral. Les études se fonderont sur le modèle logique et les indicateurs déterminés et seront

réalisées tous les deux ans par télécopieur, courrier ou courriel, selon le cas. Les données quantitatives recueillies seront codées et entrées dans la base de données qui servira à la collecte permanente de données.

La coopération des communautés des Premières nations et des Inuits est essentielle à la stratégie de mesure permanente du rendement et au succès du Programme. La DGSPNI travaillera de concert avec les communautés afin de réduire au minimum le fardeau toujours plus lourd que représente la collecte de données. Afin donc de réduire la tâche et pour faire en sorte que les divers éléments de la collecte de données soient intégrés, on procédera, dans le cadre du Programme, aux activités de développement suivantes :

1. Développement et maintenance d'une base de données qui contiendra l'information réunie au moyen de chacun des éléments qui composent la collecte de données (en lien avec les exigences du SISPN);
2. Création du sondage destiné aux clients du PSDMC des PNI, aux dispensateurs de soins et aux administrateurs du Programme;
3. Développement et maintenance de la base de données contenant le nom des personnes-ressources auprès des clients du PSDMC des PNI, des dispensateurs de soins et des administrateurs du Programme, en prévision du sondage (complétera l'actuelle base de données des subventions et contributions).

Comme le Programme est destiné à dispenser des services à des individus, il faut songer aux modalités concernant le respect de la vie privée. Toutes les données collectées qui concernent des individus seront réunies et traitées de manière à en retirer tout élément qui permettrait d'identifier les personnes concernées, afin de protéger la vie privée des personnes qui reçoivent des services dans le cadre du Programme.

La mesure permanente du rendement est fortement liée à la stratégie d'évaluation et à la stratégie de présentation de rapport et de responsabilisation. Les données du Programme constitueront une source d'information pour l'évaluation, en plus de permettre de déterminer dans quelle mesure on a atteint les résultats escomptés; les données permettront aussi de cerner les tendances du Programme au niveau du rendement. Par contre, les évaluations sont

périodiques, alors que les rapports sur l'état de la situation doivent être déposés plus fréquemment. C'est pourquoi les données obtenues dans le cadre de la mesure permanente du rendement pourront servir aux rapports annuels, tels que requis par les communautés des Premières nations et des Inuits, les agences centrales et les parlementaires.

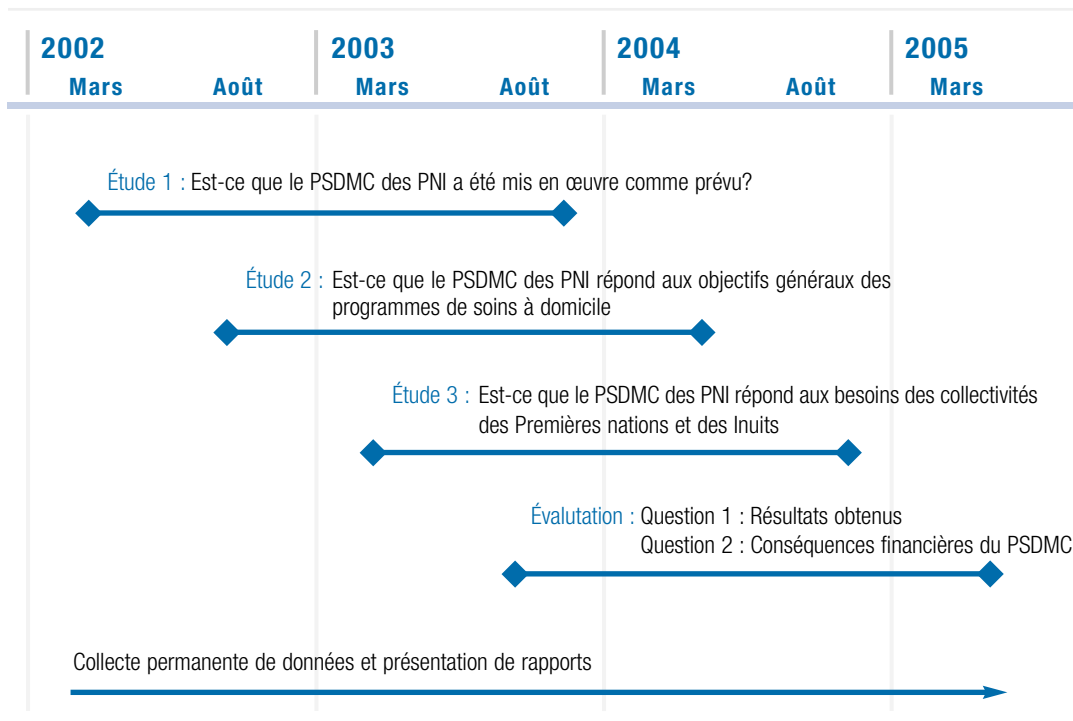
6.2 Évaluation du programme

L'évaluation du PSDMC des PNI compte deux grands éléments :

- études en profondeur ciblées;
- évaluation complète.

Les éléments de la stratégie d'évaluation et de l'échéancier du PSDMC des PNI sont résumés sur le tableau suivant :

Stratégie d'évaluation de PSDMC





Études en profondeur ciblées

Étude 1 : Est-ce que le PSDMC des PNI a été mis en œuvre comme prévu?

Cette étude se concentre sur la prestation du Programme. Elle permettra de déterminer si le Programme a été mis en œuvre conformément aux activités et extrants définis dans le modèle logique. Plus précisément, on se penchera sur la capacité du Programme à réaliser les activités prévues de manière constante, en appliquant des décisions fondées sur les faits tout en réagissant aux besoins changeants du Programme et aux priorités cernées. Les conclusions de cette étude permettront aux partenaires et aux gestionnaires d'examiner les questions touchant la prestation du Programme et de formuler des observations à ce sujet, en plus de déterminer les points à améliorer dans l'immédiat.

Au cours de cette étude, on comparera les prévisions avec le travail accompli. Les évaluateurs doivent tenter de vérifier l'hypothèse que voici : *Le programme a été mis en œuvre tel que prévu*. La première étape consiste à décrire ce qu'on devait accomplir dans le cadre du Programme (activités) et ce qu'on devait obtenir grâce au Programme (extrants). La deuxième étape consiste à prouver par des pièces justificatives ce qui a été accompli et ce qui a été produit. L'étape trois consiste à faire une affirmation au sujet de l'hypothèse avancée. L'évaluation devrait comprendre un examen détaillé des documents et des dossiers (y compris les rapports annuels existants) et des entrevues avec le personnel, ancien et actuel, du PSDMC des PNI.

Étude 2 : Est-ce que le PSDMC des PNI répond aux objectifs généraux des programmes de soins à domicile?

Selon le rapport intitulé *Development of National Indicators and Reports for Home Care*, préparé par l'Institut canadien d'information sur la santé, les services de soins à domicile comprennent des services de santé, des services sociaux et des services de soutien dispensés à domicile dans le but de répondre aux besoins des bénéficiaires et des dispensateurs de soins bénévoles. (p. 11). Ces services sont généralement dispensés afin de :

- suppléer aux services fournis par les établissements de soins aigus et de longue durée;
- permettre aux clients de demeurer dans leur environnement plutôt que de déménager dans un nouveau lieu, plus coûteux;
- travailler à la prévention.

Cette étude cherchera à déterminer si l'ensemble des objectifs visés avec les soins à domicile sont atteints. Les évaluateurs doivent tenter de vérifier l'hypothèse que voici : *Le PSDMC des PNI répond aux objectifs d'un programme de soins à domicile, c.-à-d. suppléer, maintenir et prévenir.* On retiendra une méthodologie de recherche axée sur la situation post-traitement, en examinant un certain nombre d'études de cas représentatives, sélectionnées au hasard. Ces études de cas seront réalisées au sein des communautés participant au PSDMC des PNI partout au Canada, et comprendront un examen des documents appartenant aux organisations participantes; des entrevues avec les clients, fournisseurs de services et administrateurs; de même que des observations. On utilisera aussi pour cette étude les données sur la prise en charge, de même que les résultats des études bisannuelles.

Étude 3 : Est-ce que le PSDMC des PNI répond aux besoins des communautés des Premières nations et des Inuits?

Cette étude vise à déterminer si le PSDMC des PNI répond aux besoins des Premières nations et des Inuits en matière de soins de santé à domicile et en milieu communautaire. Grâce à cette information, les communautés des Premières nations et des Inuits et les gestionnaires du Programme pourront plus facilement déterminer l'orientation future du Programme, en tenant compte de tout l'éventail de soins dispensés.

On examinera, dans le cadre de cette étude, les principaux indicateurs d'état de santé des Premières nations et des Inuits et on en fera rapport. Il faudrait retenir une méthodologie comparative. Les évaluateurs doivent tenter de vérifier l'hypothèse que voici : *Les Premières nations et les Inuits ont grand besoin de services de soins à domicile.* Cette étude comparative pourrait comprendre un examen complet de la documentation disponible (y compris un survol des autres interventions fédérales), les données épidémiologiques et des entrevues avec des

représentants des Premières nations et des Inuits et avec des experts en santé informés qui oeuvrent en lien avec le PSDMC des PNI. On utilisera également pour cette étude les données du MPRPS et les résultats des sondages bisannuels.

Évaluation complète

Le but premier de l'évaluation est de déterminer à quel point le Programme permet d'atteindre les résultats escomptés. Les études en profondeurs décrites ci-dessus se pencheront sur les questions suivantes :

- conception, mise en œuvre et prestation du programme (étude 1);
- atteinte des objectifs qui consistent à suppléer, maintenir et prévenir (étude 2);
- pertinence ou importance du PSDMC des PNI par rapport à d'autres besoins des Premières nations et des Inuits dans le domaine de la santé (étude 3).

Cette évaluation globale consistera en une synthèse des conclusions des trois études, à laquelle s'ajoutera un examen sommatif des résultats obtenus et de la rentabilité.

Résultats obtenus

Dans ce volet de l'évaluation, on tente de déterminer si le PSDMC des PNI progresse vers les résultats escomptés.

La première partie devrait vérifier l'hypothèse suivante : *On progresse vers les résultats prévus dans le modèle logique.* Pour qu'on soit en mesure de se prononcer sur l'efficacité du Programme, il faut que cette recherche soit liée à l'étude sur sa mise en œuvre.

Pour procéder à cette évaluation, on fera des comparaisons en se servant d'une analyse des mesures ou données utilisées avant la mise en œuvre du Programme, après sa mise en œuvre et de manière permanente. Pour déterminer si le Programme a des répercussions sur les résultats à court et à moyen termes, il faut faire des comparaisons chronologiques. L'évaluation des répercussions portera surtout sur les résultats à court et à moyen termes. La première partie de



l'évaluation portera sur les données chronologiques du MPRPS, de l'outil national de suivi et du sondage bisannuel réalisé auprès des clients du PSDMC des PNI, des fournisseurs de services et des administrateurs du Programme. Cette analyse portera avant tout sur ce qui suit :

- connaissance des services offerts par le PSDMC des PNI, accès à ces services et utilisation de ces services;
- ressources de la communauté et partenariats (administration et prestation des services offerts dans le cadre du Programme);
- état de santé et lieu d'habitation des clients du PSDMC des PNI.

L'évaluation comprendra une présentation de la situation courante pour chaque résultat prévu. On utilisera à cette fin l'inventaire de données (information sur les indicateurs déterminés) utilisé pour décrire les résultats dans le modèle logique.

L'analyse des données sera complétée par l'examen des documents du PSDMC des PNI, des études 1 et 2 et des entrevues avec les partenaires.

La deuxième partie devrait vérifier l'hypothèse suivante : *Tel qu'il est conçu, le PSDMC des PNI continuera à avoir des répercussions positives dans le futur.* Pour ce faire, il faudra procéder à une analyse de corrélation des données chronologiques. On se concentrera sur l'analyse des effets du Programme (c.-à-d. analyse de régression pour vérifier les répercussions des mesures autonomes (conseils) par rapport aux données non autonomes (comportement)). Cela aidera à se faire une idée des répercussions futures que le Programme pourrait avoir, en procédant à une analyse statistique de la théorie programmatique (c.-à-d. modèle logique).

Bénéfices et conséquences financières du PSDMC des PNI

Dans cette partie de l'évaluation, on tentera de déterminer si les communautés des Premières nations et des Inuits ont bénéficié du PSDMC des PNI. On étudiera également la question à savoir si le Programme a été mis en œuvre de manière rentable.

Ce volet de l'évaluation vise trois grands objectifs. Il donnera au personnel et aux gestionnaires du Programme ce qui suit :

- inventaire systématique des coûts et avantages;
- comparaison générale des bénéfices du Programme avec les coûts engendrés;
- aide à la prise de décision en matière de financement.

La première étape consistera à déterminer tous les bénéfices et coûts significatifs liés au Programme. Il faudra ensuite donner une valeur monétaire à chacun de ces bénéfices et coûts. Enfin, on comparera les bénéfices et les coûts afin de déterminer le gain net général ou la perte nette générale pour les communautés des Premières nations et des Inuits.

Comme on le mentionnait dans la présentation au Conseil du Trésor, la stratégie d'évaluation examinera ces questions au niveau des communautés, de même qu'au niveau des conseils tribaux et aux échelons régionaux et nationaux.

6.3 *Présentation de rapports et responsabilisation*

Santé Canada, en partenariat avec les communautés des Premières nations et des Inuits, déposera un rapport sur le rendement du PSDMC des PNI, dans le cadre du processus de présentation de rapports au Parlement, par le biais du Rapport sur les plans et priorités et du Rapport ministériel sur le rendement. Le rendement du PSDMC des PNI fait partie des plans et des résultats décrits pour le secteur d'activité de la santé des Premières nations et des Inuits du Cadre de planification, de rapport et de responsabilisation de Santé Canada.

Les responsables au sein des communautés des Premières nations et des Inuits feront un compte rendu du Programme à l'intention de leurs membres, de la manière et à la fréquence qui leur conviennent.

On pourrait également, dans le cadre du Programme, préparer des rapports ponctuels portant sur le progrès réalisé par rapport aux résultats prévus, ou sur les leçons à tirer des expériences de mise en œuvre. Ces rapports pourraient comprendre ce qui suit :



- le point sur le rendement ou l'administration du Programme;
- leçons et pratiques exemplaires tirées de la mise en œuvre du PSDMC des PNI dans les diverses communautés, ou d'autres administrations;
- tout écart entre le rendement prévu et la stratégie retenue pour combler cet écart.

Le PSDMC des PNI est sous la responsabilité de la Division des soins de santé primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, et est dispensé aux communautés des Premières nations et des Inuits par l'entremise de leur structure de gouvernance communautaire, en conformité avec les principes de transfert des responsabilités en matière de santé et d'autonomie gouvernementale. Cela entraîne une responsabilité conjointe en ce qui a trait aux résultats.

Les responsables du rendement et des résultats du PSDMC des PNI sont :

- Directeur, Soins de santé primaires – Administration du Programme à l'échelon national;
- Directeur général, Soins de santé primaires et Santé publique – Tous les résultats du Programme en général;
- Gouvernements des communautés des Premières nations et des Inuits – Résultats obtenus avec la prestation du Programme et les services dispensés aux clients.

Le véhicule qui permettra de rendre des comptes au sujet du rôle du gouvernement fédéral dans le PSDMC des PNI sera le Programme de gestion du rendement pour les cadres du gouvernement fédéral, et les contrats de performance annuels connexes qui précisent les résultats à atteindre et les mesures qui serviront à démontrer les résultats obtenus.

Les populations des Premières nations et des Inuits décideront, de concert avec les dirigeants de leur communauté et les organisations nationales concernées, de la méthode à utiliser pour rendre des comptes.

Le Cadre de gestion axée sur les résultats et de responsabilisation sera mis à jour au fur et à mesure que le Programme évoluera. Le directeur, Division des soins de santé primaires, sera responsable de ces mises à jour, de concert avec les communautés des Premières nations et des Inuits.

7.0 Coûts du CGRR

	2002/2003	2003/2004	2004/2005	TOTAL
Mesure permanente du rendement : développement des outils électroniques de collecte des données; de la base de données et des sondages.	1. ETP - 62 000 \$ RASE - 12 500 \$ TPSGC - 8 000 \$ F et E - 75 000 \$	2. ETP - 62 000 \$ RASE - 12 500 \$ TPSGC - 8 000 \$ F et E - 25 000 \$	3. ETP - 62 000 \$ RASE - 12 500 \$ TPSGC - 8 000 \$ F et E - 25 000 \$	4. ETP - 189 000 \$ RASE - 37 500 \$ TPSGC - 24 000 \$ F et E - 125 000 \$
Étude 1	F et E - 95 000 \$	F et E - 25 000 \$	s.o.	F et E - 120 000 \$
Étude 2	F et E - 90 000 \$	F et E - 90 000 \$	s.o.	F et E - 180 000 \$
Étude 3	F et E - 25 000 \$	F et E - 55 000 \$	F et E - 30 000 \$	F et E - 110 000 \$
Évaluation		F et E - 125 000 \$	F et E - 150 000 \$	F et E - 275 000 \$
Totaux	Salaire - 82 500 \$ F et E - 285 000 \$	Salaire - 82 500 \$ F et E - 320 000 \$	Salaire - 82 500 \$ F et E - 205 000 \$	Salaire - 247 500 \$ F et E - 810 000 \$

Selon le tableau ci-dessus, le coût total de la mise en œuvre du CGRR s'élève à 1 052 500 \$. Au 31 mars 2005, le budget du Programme totalise 422 millions de dollars. Par conséquent, la mise en œuvre du CGRR représente environ 2,5 % du budget du Programme.

Annexe A – Tableaux des mesures de rendement

TABLEAU 4.1 : Extrants

Indicateurs de rendement	Source/Collecte de données	Fréquence des rapports	Responsabilité
Extrants : Services du PSDMC des PNI pour les populations PNI admissibles			
1. Nombre de programmes de soins à domicile et en milieu communautaire pour les Premières nations et les Inuits a) avec éléments essentiels b) avec éléments complémentaires	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> Communauté des Premières nations et des Inuits Région/Territoire Santé Canada Conseil tribal/de bande
Extrants : Modèles de partenariats, d'ententes de prestation de services et de pratiques exemplaires pour les SDMC PNI			
1. Intégration des services de soins à domicile avec les services de soins primaires et de soins aigus.	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services Étude bisannuelle	Trimestriel Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Coordonnateur des SDMC PNI
2. Nombre de partenariats et nombre de protocoles d'entente avec les autres ordres de gouvernement ou avec les autorités en matière de soins de santé et les fournisseurs de services.	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Région/Territoire Santé Canada Conseil tribal/de bande
Extrants : Communications et produits de formation pour les PNI, les dirigeants des communautés et les gouvernements			
1. Mise au point et distribution des documents aux publics cibles	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Coordonnateur SDMC PNI
2. Élaboration du matériel pédagogique et des documents d'orientation a) Participation aux cours de certification	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Région/Territoire Santé Canada Conseil tribal/de bande
Extrants : Évaluation des besoins, plans de prestation de services et de formation, gestion du savoir et systèmes d'information (surveillance et évaluation du rendement financier)			
1. Nombre et portée des régimes de soins médicaux des communautés PNI	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Coordonnateur SDMC PNI
2. Nombre et portée des rapports des communautés PNI sur les soins médicaux, production en temps opportun des rapports sur le rendement financier	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> Communauté PNI Coordonnateur SDMC PNI

TABLEAU 4.2 : Résultats à court terme

Indicateurs de rendement	Source/Collecte de données	Fréquence des rapports	Responsabilité
Extrants : Accès aux services SDMC PNI, éléments essentiels et complémentaires			
1. Nombre d'admissions par 1 000 (zone desservie), ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Territoire • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
2. Nombre de départs (congrés et décès) par 1 000 (zone desservie), ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
3. Nombre de dossiers actifs par 1 000 (zone desservie), ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
4. Nombre d'heures de service par 1 000 (zone desservie), ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
5. Nombre d'heures moyen, par type de service	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande

Tableau 4.2 : *Résultats à court terme (suite)*

Indicateurs de rendement	Source/Collecte de données	Fréquence des rapports	Responsabilité
Extrants : Augmentation des ressources de la communauté - Ressources humaines nécessaires pour administrer et appliquer le programme SDMC PNI			
1. Nombre d'infirmières qui dispensent des services	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
2. Nombre de fournisseurs de services complémentaires	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Communauté PNI • Région/Province • Santé Canada • Conseil tribal/de bande
3. Personnel suffisant pour administrer et dispenser les SDMC PNI	Étude bisannuelle	Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
Extrants : Sensibilisation accrue aux services dispensés – Utilisateurs et dirigeants des communautés informés			
1. Niveau de sensibilisation aux services SDMC PNI offerts, par groupes de population	Étude bisannuelle	Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
2. Connaissance, par les dirigeants des communautés PNI, des besoins des communautés et de l'importance des soins à domicile	Étude bisannuelle	Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
Extrants : Infrastructures disponibles au sein des communautés PNI pour offrir les services SDMC PNI – Capital et programme			
1. Installations pour l'administration et la prestation des SDMC PNI.	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI

TABLEAU 4.3 : Résultats à moyen terme

Indicateurs de rendement	Source/Collecte de données	Fréquence des rapports	Responsabilité
Résultats à moyen terme : Utilisation et prestation souples des services SDMC PNI			
1. Satisfaction des clients devant les soins offerts	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services Étude bisannuelle	Trimestriel Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
2. Répartition des bénéficiaires des services par diagnostic primaire/caractéristiques de santé; ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel Mise à jour annuelle	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
3. Répartition des bénéficiaires des services par motif de départ, ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
Résultats à moyen terme : Services SDMC administrés et dispensés par les Premières nations et les Inuits			
1. Proportion de personnes qui bénéficient des services d'un fournisseur de soins PNI, ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services Étude bisannuelle	Trimestriel Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
2. Répartition des types de soins reçus des fournisseurs de soins PNI, ICIS	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services Étude bisannuelle	Trimestriel Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
Résultats à moyen terme : Services SDMC PNI durables, respectueux de la culture autochtone			
1. Pourcentage des dépenses totales de la communauté consacré aux frais d'exploitation des SDMC PNI, ICIS	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
2. Dépenses de la communauté per capita consacrées aux services SDMC PNI, ICIS	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
3. Dépenses d'exploitation SDMC PNI par type de service, ICIS	Plans organisationnels et rapports connexes	Annuel (en suspens)	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
4. Satisfaction des clients devant les soins offerts	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services Étude bisannuelle	Trimestriel Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI

TABLEAU 4.4 : Résultats à long terme

Indicateurs de rendement	Source/Collecte de données	Fréquence des rapports	Responsabilité
Résultats à long terme : Maintien d'une santé optimale pour les clients du PSDMC des PNI			
1. Maintien des symptômes propres à la condition	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
2. Degré de fonctionnalité	Étude bisannuelle	Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
3. Autoévaluation de l'état de santé	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
4. Qualité de vie	Étude bisannuelle Sondage sur la qualité de vie	Bisannuel	<ul style="list-style-type: none"> • Gestionnaire de l'évaluation des SDMC PNI
Résultats à long terme : Clients des SDMC PNI qui demeurent à leur domicile et au sein de leur communauté			
1. Nombre de personnes malades ou handicapées qui peuvent demeurer au sein de leur communauté	Modèle de présentation de rapports et de prestation de services	Trimestriel	<ul style="list-style-type: none"> • Communauté PNI • Coordonnateur SDMC PNI
	Étude bisannuelle	Bisannuel	
2. Nombre de clients admis dans un établissement ou qui avaient besoin d'être placé dans un établissement	Sondage Modèle de présentation de rapports et de prestation de services		

Annexe B – Glossaire sur l'évaluation du rendement

Accent sur les Canadiens : Présente les bénéfices des programmes gouvernementaux du point de vue des Canadiens. On met l'accent sur ce qui importe aux yeux des Canadiens, et non sur les activités ou les services internes (voir aussi *démarche extérieur-intérieur et démarche intérieur-extérieur*).

Activité : Opération ou action qui produit un bien ou un service (extrait).

Analyse comparative : Définition des normes de rendement ou détermination des pratiques exemplaires en comparant une organisation avec des organisations semblables.

Attribution : Mesure dans laquelle un programme, une politique ou autre initiative a produit des résultats qu'on n'aurait pu obtenir autrement. On parle aussi de causalité et d'effet d'entraînement.

Budget principal des dépenses : Information préparée par le gouvernement à l'intention du Parlement pour appuyer sa demande d'autorisation de dépenser les deniers publics. La requête est officialisée par le dépôt des lois de crédit au Parlement. Traditionnellement, ce budget est structuré en trois parties : la première donne un aperçu des dépenses totales du gouvernement; la deuxième décrit les dépenses par ministère et agence, et appuie directement la *Loi de crédits*; la troisième donne des informations plus précises sur chacun des ministères et ses programmes. Plus récemment, les documents de la troisième partie ont été scindés en deux documents distincts : un rapport des plans et priorités, déposé avec le budget principal et qui fait toujours partie de la troisième partie, et le Rapport ministériel sur le rendement, déposé à l'automne (voir aussi *Budget supplémentaire des dépenses*).

Budget supplémentaire des dépenses : Budget déposé devant le Parlement à la fin de l'automne et au printemps pour obtenir l'autorisation du Parlement, dans le cadre d'une loi de crédits, de modifier le niveau de dépense approuvé dans le Budget principal des dépenses applicable à l'exercice touché (voir aussi *Budget principal des dépenses*).

But : Énoncé général définissant ce qu'une organisation veut réaliser en remplissant sa mission et son mandat (on emploie aussi *objectif* ou *vision*).

Cadre : Modèle ou structure servant à organiser idées, objectifs, facteurs, acteurs, activités, processus, critères, etc., de manière à montrer leur interrelation.

Cadre de gestion : Définit les grands principes et processus appliqués pour gérer une organisation, y compris la planification, la définition de cibles, les modalités de responsabilisation, la mesure et la surveillance du rendement, la préparation de rapports et la rétroaction (voir aussi *Cadre de responsabilisation* et *Cadre de rendement*).

Cadre de planification, de rapport et de responsabilisation (CPRR) : Base décrivant les objectifs, les principaux résultats voulus et l'information financière incluse dans tous les rapports de gestion des dépenses déposés devant le Conseil du Trésor et le Parlement.

Cadre de rendement : Définit les principales attentes d'une organisation en matière de rendement, de même que la stratégie de mesure du rendement et les mesures ou indicateurs du rendement utilisés pour préparer les rapports sur les réalisations accomplies comparativement aux réalisations prévues (voir aussi *Cadre de responsabilisation* et *Cadre de gestion*).

Cadre de responsabilisation : Définit la portée et la nature des responsabilités et des pouvoirs, les attentes raisonnables en matière de rendement qui ont été définies, et enfin, les modalités de surveillance du rendement obtenu et de la présentation de rapports à cet égard (voir aussi *Cadre de gestion* et *Cadre de rendement*).

Causalité : (voir *Attribution*)

Citoyens : Population canadienne en générale (voir aussi *Partenaire* et *Client*).

Client : Acheteur d'un bien ou d'un service gouvernemental qui comprend généralement ce qui est offert et exerce un certain choix dans la transaction (voir aussi *Citoyens*, *Partenaire* et *Client*).

Client : Consommateur ou utilisateur direct d'une politique, d'un programme ou d'un service du gouvernement, généralement dans le cadre d'une relation de profane à expert, comparable à celle qui s'établit entre un étudiant et un professeur (voir aussi *Citoyens* et *Client*).

Contribution : (voir *Attribution*)

Culture d'acquisition continue du savoir : Système de valeurs et climat corporatifs qui incitent les employés à acquérir, appliquer et transférer continuellement leur savoir et leurs compétences de manière délibérée et concertée qui leur est bénéfique et qui améliore le rendement de l'organisation.

Culture de l'organisation : Ensemble collectif d'habitudes auquel recourent les membres d'une organisation pour accomplir leur tâche.

Démarche extérieur-intérieur : Regard sur les politiques, programmes et services du gouvernement, selon le point de vue, les besoins et les attentes des citoyens (voir aussi *Démarche intérieur-extérieur*).

Démarche intérieur-extérieur : Regard sur les répercussions que les politiques, programmes et autres initiatives d'une organisation ont sur l'environnement extérieur. C'est la perspective qu'on trouve généralement dans un examen ou une évaluation (voir *Démarche extérieur-intérieur*).

Déterminant de la santé : Tout facteur physique, social, économique, éducationnel, environnemental, comportemental, biologique ou génétique qui a une incidence sur la santé de la population.

Effet d'entraînement : (voir *Attribution*)

Engagements/Attentes en matière de rendement : Énoncé des résultats à atteindre dans une certaine période, respectivement aux buts, normes ou critères définis (voir aussi *Principaux engagements en matière de résultats*).

Évaluation : Fonction gouvernementale d'examen qui vise à fournir en temps opportun une information crédible et pertinente sur la pertinence continue des politiques et des programmes du gouvernement, sur leurs répercussions, et sur la possibilité d'utiliser des instruments politiques ou des mécanismes de prestation de programmes plus rentables qui permettraient d'atteindre les mêmes objectifs.

Évaluation du programme : (voir *Évaluation*)

Examen : Fonction de gestion interne qui permet normalement d'obtenir en temps opportun des informations pertinentes et crédibles pour appuyer la prise de décision et pour justifier le rendement obtenu. Cette fonction de gestion procure de l'information à propos de ce qui fonctionne bien au sein du gouvernement et sur les répercussions des politiques, programmes et services du gouvernement. Elle comprend les activités méthodiques et permanentes de surveillance et d'autoévaluation du rendement par les gestionnaires, la vérification interne et l'évaluation, et enfin, d'autres évaluations professionnelles et indépendantes des politiques, programmes et services du gouvernement.

Extrants : Biens ou services produits ou directement contrôlés par une organisation, généralement pour utilisation ou distribution à l'externe.

Fonction de contrôleur : (voir *Fonction de contrôleur moderne*)

Fonction de contrôleur moderne : Fonction centrale de gestion dans laquelle on intègre, analyse et interprète les données sur le rendement financier et autre pour éclairer la prise de décision et appuyer la reddition des comptes.

Gérance : Tâches et obligation des instances dirigeantes d'un organisme pour garantir la garde et la saine disposition des actifs de l'organisation.

Gestion axée sur les résultats : Mode de gestion gouvernementale dans lequel les organisations sont contrôlées et évaluées en fonction de leurs réalisations. Ce mode de gestion repose surtout sur la définition des engagements en matière de résultats et sur l'utilisation de l'information dont on dispose au sujet des résultats pour la planification; sur l'apprentissage continu comme moyen d'améliorer les programmes, politiques et services; et enfin, sur la souplesse et la reddition des comptes face aux citoyens, parlementaires et partenaires.

Gestion axée sur les résultats : Processus et système de valeurs selon lesquels on vise continuellement à répondre aux besoins et aux attentes des Canadiens pour pouvoir s'y adapter facilement et rendre des comptes à la population. Cela demande une solide planification, soit déterminer les principaux résultats ou extrants, définir des buts précis en matière de rendement, et examiner d'autres façons d'atteindre les résultats visés; *l'apprentissage et l'amélioration continus*, soit mesurer le rendement, évaluer les coûts et utiliser cette information pour rendre les programmes, politiques et autres initiatives du gouvernement plus efficaces; et enfin, *souplesse et reddition des comptes*, face aux clients, aux partenaires, au personnel, aux parlementaires et aux Canadiens en général, grâce à la préparation de rapports de rendement et en faisant participer tous ces intervenants à la planification, à l'apprentissage continu et à l'amélioration des politiques, programmes et activités du gouvernement.

Gestion du rendement : (voir aussi *Gestion axée sur les résultats*)

Gestion du risque : Application systématique de politiques, procédures et pratiques de gestion aux tâches d'analyse, d'évaluation, de contrôle et de communication du risque.

Gestion fondée sur les résultats : (on parle aussi de *Gestion par résultats* ou de *Gestion du rendement*).

Gouvernance : Exercice de l'autorité, orientation et contrôle d'une organisation par la définition de sa mission, de ses valeurs, de ses politiques, de ses objectifs, de ses buts et de son cadre de responsabilisation.

Initiative horizontale : Programme, politique ou activité qui se répercute sur de multiples organisations, compétences ou zones.

Incidence et effets : Conséquences d'une politique, d'un programme ou autre initiative, généralement en ce qui a trait à leurs effets sur les Canadiens (termes interchangeable; voir aussi *Résultats*).

Indicateur : Valeur ou caractéristique (qualitative ou quantitative) utilisée pour mesurer l'état d'une chose.

Indicateur de rendement : Valeur ou caractéristique particulière (quantitative ou qualitative) qui sert à mesurer les résultats obtenus. (Voir *Indicateur*).

Indicateurs sociaux : Mesures décrivant les caractéristiques sociales et économiques ou le niveau de bien-être des citoyens et de la société, comme l'espérance de vie, le seuil de pauvreté, le taux d'emploi, le taux de criminalité, le niveau d'éducation, le revenu disponible, la tolérance, le taux de bénévolat, le taux d'alphabétisation, le degré de discrimination, etc.

Instrument de politique publique : Moyens dont dispose le gouvernement pour appliquer une politique publique. Ces moyens peuvent comprendre la taxation, la réglementation, les subsides, la prestation de services directe, la diversification des modes de prestation de services et la prestation par des tiers, et des programmes d'information et de sensibilisation.

Interdépendance : Concept selon lequel les résultats obtenus par une organisation avec une politique, un programme ou une initiative ont souvent des répercussions sur les résultats obtenus par une autre organisation avec ses politiques, programmes ou initiatives, et inversement.

Ligne de départ : Description d'une situation avant la mise en œuvre d'un programme, d'une politique ou d'une autre initiative, fondée sur des données qualitatives et/ou quantitatives. La ligne de départ constitue un point de référence pour évaluer le rendement d'un programme sur une certaine période.

Mandat : Définit la nature et la portée des responsabilités et des pouvoirs d'une organisation.

Mesure du rendement : (voir *Indicateur de rendement*)

Méthodes de prévisions budgétaires et de subsides : En vertu de la *Loi portant affectation de crédits*, présentation d'information au Parlement pour appuyer la demande du gouvernement de dépenser les deniers publics; processus d'examen et d'approbation connexe par le Parlement, qui permet au gouvernement d'aller de l'avant avec ses plans de dépenses (voir *Budget principal des dépenses* et *Budget supplémentaire des dépenses*).

Mission : Définit la raison d'être d'une organisation.

Modèle causal : (voir *Modèle logique*)

Modèle logique : Outil qui sert à démontrer le fonctionnement d'une politique, d'un programme ou d'un service gouvernemental. Il décrit, généralement sous forme graphique, un parcours ou une séquence logique d'activités et d'événements. Les ressources sont transformées en extrants, et la chaîne subséquente de répercussions ou de résultats constitue l'aboutissement logique de ces extrants. Un modèle logique peut aussi indiquer qui est touché (voir *Portée*), les autres acteurs ou facteurs qui ont une incidence sur le rendement de la politique, du programme ou du service (on parle aussi de *Modèle causal*).

Normes de service : Comprend cinq éléments essentiels : description des services, engagement en matière de service, cibles de prestation, coûts et processus de recours en cas de plainte. Cela va au-delà des cibles de prestation, comme les temps d'attente et les heures de service (voir aussi *Service de qualité*).

Objectif : Énoncé concis des résultats visés par une organisation pour remplir sa mission ou son mandat (voir aussi *But* et *Cible*).

Objectif de rendement : Énoncé précis, généralement quantifié, portant sur les résultats qu'une organisation prévoit obtenir, et qui entraîne généralement une hausse quelconque de l'amélioration avec le temps.

Optimisation des ressources : Mesure générale des bénéfices offerts par les programmes ou services du gouvernement, comparativement aux dépenses réalisées. Constitue un compromis idéal entre économie, efficacité, efficience et qualité.

Partenaire du savoir : Organisation ou groupe qui contribue aux discussions et à la compréhension des questions de politique publique. Il peut s'agir d'autres organisations gouvernementales, de groupes d'entreprises, d'organisations de recherche, de groupes d'intérêt et de la communauté universitaire.

Partenaires : Toute personne pouvant être touchée par une politique, un programme, un service ou une décision du gouvernement, ou pouvant être perçue comme telle (voir aussi *Citoyens* et *Client*).

Participation des citoyens : Processus qui consiste à faire participer les Canadiens aux décisions du gouvernement de manière à ce que leurs nouveaux besoins soient comblés.

Plan d'activités ministériel : Présentation au Conseil du Trésor qui décrit les orientations que le ministre donne à son ministère pour les trois années suivantes, les grandes priorités du ministère et leur rapport avec les activités du gouvernement, et enfin, la façon dont on compte s'acquitter de ces priorités.

Point de référence : Cible, but ou norme sur lequel est fondée l'évaluation du rendement.

Portée : Définit l'ampleur de l'influence d'une politique, d'un programme ou d'un service du gouvernement respectivement au type et au nombre de clients et autres individus ou organisations concernés.

Preuve : (voir *Preuve en matière de rendement*)

Preuve en matière de rendement : Information (indicateurs, mesures, anecdotes ou analyses) déclarée et illustrant les résultats obtenus par une organisation.

Principaux engagements en matière de résultats : Bénéfices que les ministères se sont engagés à fournir aux Canadiens. Ils concernent les objectifs supérieurs, à long terme, d'une organisation et constituent une base à partir de laquelle on peut définir des buts et préparer des rapports sur les réalisations à l'intention du parlement, au moyen du rapport annuel sur les plans et priorités, et du Rapport ministériel sur le rendement. Ce terme est utilisé également dans les ententes en matière de rendement conclues dans le cadre du programme de gestion du rendement afin de définir des buts mesurables qui permettront d'évaluer le rendement des cadres et de récompenser ces derniers en fonction de leur rendement (voir aussi *Engagement en matière de rendement*).

Priorités gouvernementales : Questions d'une importance primordiale, définies dans les grandes prises de décision comme le Discours du Trône ou le discours du budget, et que le gouvernement veut traiter.

Projet d'amélioration des rapports au Parlement : Créé au début de 1995, dans le cadre de la deuxième étape d'amélioration du Système de gestion des dépenses (SGD). Les réformes visent à répondre à la fois au désir exprimé par le Parlement d'avoir accès facilement à de l'information utile sur le rendement, et aux mesures prises par le gouvernement pour améliorer la responsabilisation des ministères et des agences face au Parlement.

Rapport équilibré : Méthode de préparation des rapports de rendement qui rehausse la crédibilité des rapports en déclarant non seulement les points positifs, mais également les points qui ne répondent pas aux attentes.

Rapport ministériel sur le rendement (RMR) : Déposé chaque année à l'automne par tous les ministères du gouvernement fédéral, le rapport ministériel sur le rendement fait partie des méthodes de prévisions budgétaires et de subsides. Le rapport explique ce que le gouvernement a réalisé avec les ressources et les pouvoirs conférés par le Parlement, en se fondant sur le Rapport sur les plans et priorités. L'information contenue dans ce rapport aide les parlementaires à conseiller le gouvernement au sujet de l'allocation des ressources, en prévision du budget annuel et de l'examen des crédits, qui se font au printemps (voir *Rapport sur les plans et priorités*).

Rapport sur les plans et priorités (RPP) : Dans le cadre du budget principal des dépenses, ce rapport donne de l'information sur les plans ministériels et sur le rendement prévu au cours d'une période de trois ans. Ce rapport est déposé devant le Parlement chaque année au printemps, après les débats sur l'allocation des ressources. Il comprend généralement des renseignements comme la mission ou le mandat de l'organisation, les objectifs visés et les stratégies retenues, de même que les cibles de rendement particulières (voir *Rapport ministériel sur le rendement*).

Réalisations en matière de rendement : Résultats obtenus par rapport aux attentes prédéfinies en matière de rendement.

Rendement : Degré de bon fonctionnement d'une organisation, déterminé en comparant les résultats obtenus avec les buts, normes et critères définis.

Rendement interne : Procédures ou activités internes d'un ministère. Décrit avec quel succès un ministère gère ses ressources et apporte des changements à ses politiques, programmes ou activités afin d'en améliorer les avantages pour les Canadiens.

Rentabilité : Mesure ou analyse des résultats obtenus comparativement aux dépenses engagées pour atteindre ces résultats.

Responsabilisation : Obligation de rendre des comptes au sujet d'une responsabilité qui nous échoit ou d'un pouvoir qui nous est conféré.

Ressources : Ressources de tous ordres et pouvoirs donnés à une organisation pour mener à bien ses activités, produire des extrants et atteindre des résultats. Les ressources comprennent notamment l'argent des contribuables, les frais d'utilisation, les ressources humaines, les immobilisations et l'information.

Résultat : Incidence ou effet d'une politique, d'un programme ou d'une initiative du gouvernement. Cela comprend généralement les extrants ou les résultats, mais peut aussi comprendre les changements apportés aux ressources, comme dans le cas d'une réallocation ou d'une réduction des ressources (voir aussi *Principaux résultats en matière de résultats* et *Engagement en matière de rendement*).

Résultats : Conséquence d'une politique, d'un programme ou d'une initiative qu'on peut raisonnablement attribuer au programme. On peut les classer en diverses catégories, comme les résultats à court terme, à moyen terme ou à long terme; prévus ou imprévus, intentionnels ou non intentionnels (on parle aussi d'*Incidence et effets*).

Secteur d'activité : Groupement de programmes, politiques et autres initiatives qui visent à atteindre un objectif ou un résultat commun et que le gouvernement fédéral utilise comme structure pour la planification des activités et la présentation de rapports sur le rendement.

Service de qualité : Mode de gestion axé sur la satisfaction du client et sur la participation des employés et leur sens de l'innovation. Avec un tel mode de gestion, tous les employés contribuent à la gestion et à la qualité des extrants et, par conséquent, au succès de l'organisation (voir aussi *Normes de service*).

Stratégie d'information financière (SIF) : Initiative pangouvernementale qui vise à fournir à l'agence centrale et à ceux qui prennent les décisions au sein des ministères des données financières plus justes afin d'améliorer la prise de décision, la planification, la prestation des programmes et la présentation des rapports.

Système de gestion des dépenses (SGD) : Méthode utilisée pour définir les priorités budgétaires du gouvernement dans les limites fixées par le budget. Le Système comprend les stratégies ministérielles, les décisions fiscales et budgétaires du gouvernement, et enfin, l'examen et l'approbation par les parlementaires.

Valeurs : (voir *Valeurs de l'organisation*)

Valeurs de l'organisation : Ensemble de principes ou croyances centrales qui définissent ce qui est important pour les membres d'une organisation et leur sert de guide dans leur comportement.

Vérification interne : Examen gouvernemental qui vise à donner en temps opportun une information pertinente et crédible sur la rentabilité des systèmes, pratiques et contrôles adoptés pour gérer les activités de prestation de programmes et les activités internes.

Vision : Énoncé décrivant un état ou une condition future idéal pour un individu ou une organisation (on parle aussi parfois de *But*).