

Fonds de transition
pour la santé des
Autochtones
Région du Québec

ÉVALUATION
RÉGIONALE
2^e ÉTAPE

ÉVALUATION SOMMATIVE



Rapport final
Mars 2011

Rédaction

Linda Simon, Simon Management Services

Supervision du projet

Marjolaine Siouï – CSSSPNQL

Carl Thibaudeau – CSSSPNQL

Coordination du projet

Comité tripartite :

Natalie Rosebush – MSSS

Valérie Boudreault – MSSS

Jocelyn Jauvin – Santé Canada, DSPNI, Région du Québec

Sylvie Aubuchon - Santé Canada, DSPNI, Région du Québec

Carl Thibaudeau – CSSSPNQL

Marjolaine Siouï - CSSSPNQL

Traduction

Nicolas Bernier

Graphisme

Siamois graphisme

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les communautés et organisations qui ont contribué à la réalisation de ce rapport.

La réalisation de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Ce document est disponible dans les deux langues officielles et peut être téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL au www.cssspnql.com.



RÉSUMÉ

Les collectivités et les organisations des Premières Nations et inuites du Québec ont été grandement impliquées dans le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA), même s'il y a eu du retard dans le démarrage du projet. Il a fallu beaucoup plus de temps avant que les partenaires provinciaux s'impliquent dans ce dernier dû à des problèmes de communication, au fait que beaucoup de gens ignoraient l'existence du projet FTSA, qu'ils n'en comprenaient pas la nécessité et que la plupart d'entre eux n'avaient jamais travaillé avec les collectivités des Premières Nations et inuites.

Le Projet régional du Québec a renforcé les capacités des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites à divers degrés. Les projets ont quant à eux renforcé la capacité institutionnelle sur le plan local et organisationnel. Le manque de temps a cependant empêché les projets d'intégration de progresser suffisamment pour qu'il y ait des changements systémiques. Dans la plupart des cas, les changements ne sont pas assez significatifs pour pouvoir maintenir les bénéfices prévus dans les résultats immédiats du projet.

Le niveau de sensibilisation des partenaires s'est amélioré, et beaucoup d'obstacles et de contraintes ont été éliminés. Il y a également une meilleure compréhension de la hiérarchie complexe du système provincial qu'avant, et de grandes liaisons ont été créées, ce qui a permis de mettre des visages sur des noms.

Les partenaires provinciaux ont également renforcé leurs capacités; beaucoup ne connaissaient pas les structures, les ressources ni la culture des partenaires des Premières Nations et inuits. Un bon nombre de ces projets d'adaptation visaient à établir une compréhension des questions relatives à l'accès aux soins de santé, des disparités en matière de santé et des facteurs sociaux/culturels chez les Premières Nations et les Inuits.

Les avantages de ce programme pourront se poursuivre après l'achèvement de celui-ci, sans surcharger les organisations et les partenaires locaux dans le cas où des ressources supplémentaires seraient mises à leur disposition. Certains de ces projets d'adaptation ingénieux, tels que la Clinique Minowé de Val-d'Or, la formation culturelle du SPSNA et les programmes de formation du CSSSPNQL, auront besoin de ressources pour pouvoir être poursuivis après le mois de mars.



Certaines collectivités des Premières Nations prennent part, dans une certaine mesure, à la planification des services de santé provinciaux, alors qu'il existe pour d'autres des questions de compétences liées à leur implication. Une ou deux de ces collectivités ont des représentants au conseil d'administration de leur CSSS, et l'un d'entre eux est en mesure de s'entretenir directement avec les organismes gouvernementaux.

Les connaissances et les compétences acquises lors de ces projets ont su profiter aux communautés. Certaines ont vu leurs membres profiter de services auxquels ils n'avaient pas accès avant. D'autres ont utilisé la formation culturelle et l'échange d'information pour sensibiliser leurs propres travailleurs et ceux du système provincial aux réalités et à la culture des Premières Nations et des Inuits. Des liens importants ont ainsi été établis et, dans quelques cas, ceux-ci ont été officialisés par des protocoles et des ententes de travail. Certains programmes ont été adaptés, et un d'entre eux a pu profiter d'un établissement provincial pour offrir des services à l'extérieur de son territoire.

Un des principaux défis était le roulement de personnel du réseau provincial, qui a entraîné beaucoup de retard et qui a eu pour conséquence de devoir recommencer le travail préparatoire de certains projets. L'autre défi était également la disponibilité des employés de la province et leur calendrier de travail, ainsi que les restrictions dues aux compressions budgétaires. Les résultats du projet étaient parfois limités à cause des particularités régionales. Les plans de travail de la CSSSPNQL ont dû être modifiés à cause du retard initial avec Santé Canada ou encore parce que la province n'était pas en accord avec les travaux de la Commission.

Les partenariats étaient solides et efficaces, et il y avait un certain partage des responsabilités liées aux projets en ce qui concerne les activités entreprises. Néanmoins, dans la plupart des cas, le détenteur de projet conservait la responsabilité finale des résultats, qui n'était donc pas partagée également par tous les partenaires.

Dans un bon nombre de projets, on estime que, si l'on avait disposé de plus de temps, ceux-ci auraient pu être développés davantage et atteindre un autre niveau, ce qui aurait assuré leur durabilité. Comme le décrivent les personnes interrogées, certaines choses ont bien fonctionné; d'autres non. Dans l'ensemble, il y a toutefois eu une amélioration de la sensibilisation et de la compréhension, ainsi que la création de relations de travail axées sur la collaboration sur lesquelles il sera possible de construire dans l'avenir.

Table des matières

1. PRÉAMBULE	7
1.1 Contexte	7
1.2 Historique	7
1.3 Résultats attendus du projet	7
1.4 Aperçu des projets FTSA de la région du Québec	8
1.5 Évaluation régionale 1 ^{re} étape	8
2. MÉTHODOLOGIE	10
2.1 Objectifs	10
2.2 Modèle	10
2.3 Activités	16
2.4 Résultats	19
2.5 Difficultés	20
3. OBSERVATIONS	21
3.1 Projets	21
3.2 Capacités	28
3.2.1 Renforcement des capacités	28
3.2.2 Activités	29
3.2.3 Capacité institutionnelle	30
3.2.4 Viabilité	31
3.2.5 Amélioration de l'accès aux services	31
3.2.6 Adaptation des services	32
3.3 Sensibilisation	32
3.3.1 Difficultés et contraintes	32
3.3.2 Niveau de sensibilisation	34
3.3.3 Compréhension accrue	34
3.3.4 Intégration des facteurs liés à la culture et au genre	34
3.4 Participation	35
3.4.1 Intégration à la planification	35
3.4.2 Engagements futurs	35
3.5 Collaboration et partenariats	35
3.5.1 Difficultés	35
3.5.2 Structures existantes	36

3.5.3	Efficacité des partenariats.....	36
3.5.4	Partage des responsabilités.....	36
3.5.5	Communication et coordination.....	36
3.5.6	Collaboration future.....	37
3.5.7	Leçons retenues.....	37
3.6	Activités.....	37
3.6.1	Activités inachevées.....	37
3.6.2	Facteurs et influences externes.....	38
3.6.3	Retombées du projet.....	38
3.7	Observations des partenaires.....	39
3.8	Autres commentaires.....	39
4.	RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS.....	40
4.1	Projets régionaux.....	40
4.1.1	Moyens de mise en œuvre.....	40
4.1.2	Activités.....	40
4.1.3	Résultats.....	40
4.1.4	Résultats immédiats.....	40
4.2	Résultats.....	41
4.3	Efficacité.....	41
4.4	Retombées.....	42
5.	RECOMMANDATIONS.....	42
6.	RÉFÉRENCES.....	43

1. PRÉAMBULE

1.1 CONTEXTE

Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) est une initiative quinquennale qui a été prolongée jusqu'en 2011. Il vise à améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, à adapter les programmes et les services de santé déjà en place afin de mieux répondre aux besoins des peuples autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis), à faciliter l'accès aux services de santé et à accroître la participation des Autochtones à la conception, la prestation et l'évaluation des programmes et des services de santé.

Le FTSA offre un financement transitoire aux gouvernements provinciaux et territoriaux, ainsi qu'aux organisations et aux collectivités des Premières Nations, inuites et métisses selon trois approches :

- **Intégration** – soutenir les collectivités des Premières Nations et inuites pour qu'elles puissent améliorer la coordination et l'intégration de leurs systèmes de santé, ainsi que ceux des provinces et des territoires;
- **Adaptation** – soutenir les gouvernements provinciaux et territoriaux pour qu'ils adaptent leurs programmes de santé actuels aux besoins particuliers de tous les Autochtones, y compris ceux des zones de peuplement urbain et des colonies métisses, ainsi que de leurs communautés respectives;
- **Pancanadien** – appuyer les projets d'intégration et d'adaptation pangouvernementaux en trois courants : les Premières Nations, les Inuits et les Métis; le financement d'organisations autochtones du Canada pour développer leurs capacités; des ateliers; des activités d'évaluation; une gestion d'ensemble du FTSA.

Le FTSA est fondé sur un processus d'approbation de projet qui prenait fin au mois de mars 2011. Le Conseil du Trésor exige qu'il y ait une évaluation nationale détaillée complète pour appuyer un renouvellement de l'initiative fédérale, ce qui nous a demandé de mener des évaluations régionales.

L'évaluation régionale du Québec s'est effectuée en deux étapes : d'abord, avec une évaluation provisoire sur la mise en œuvre et la conception de l'initiative (processus) menée par la Commission de la santé en 2010; ensuite, avec cette évaluation sommative des projets réalisés. Celle-ci servira à évaluer les différences apportées par le fonds et présentera une synthèse des résultats des évaluations de nombreux projets du point de vue des résultats obtenus.

1.2 HISTORIQUE

Le FTSA est un fonds de 200 millions de dollars répartis sur cinq ans, mis sur pied en 2005-2006 dû à une reconnaissance de plus en plus importante du fait que, pour atténuer les différences entre les Canadiens autochtones et non autochtones au point de vue de leur état de santé, tous les intervenants qui jouent un rôle dans la santé des Autochtones devraient coordonner leurs efforts. L'investissement permet aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT), aux gouvernements des Premières Nations et des Inuits qui offrent des services de soins de santé et aux collectivités autochtones d'élaborer des nouveaux moyens d'intégrer et d'adapter les services de santé en place.

1.3 RÉSULTATS ATTENDUS DU PROJET

À long terme, le FTSA vise à atteindre les résultats suivants :

1. Améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.
2. Augmenter l'accès aux services de santé.
3. Avoir des programmes et des services de santé mieux adaptés aux peuples autochtones.
4. Obtenir une hausse de la participation des peuples autochtones dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services de santé.



À moyen terme, le FTSA vise à améliorer l'intégration des systèmes de santé, des programmes et des services fédéraux, provinciaux et territoriaux destinés aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, ainsi que l'adaptation de ceux-ci aux besoins des peuples autochtones, en particulier à ceux des Premières Nations, des Inuits, des Métis et des Autochtones qui vivent hors des réserves et en milieu urbain.

À court terme, les résultats attendus s'appuient sur les éléments centraux de l'évaluation :

1. Capacité accrue d'intégrer les systèmes de santé, les programmes et les services fédéraux, provinciaux et territoriaux, tout en tenant compte des besoins des Premières Nations et des Inuits.
2. Renforcement de la capacité d'adapter les systèmes de santé, les programmes et les services provinciaux et territoriaux aux besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis, y compris de ceux qui vivent hors des réserves et en milieu urbain.
3. Sensibilisation accrue des partenaires et des intervenants en ce qui a trait aux catalyseurs d'adaptation et d'intégration, ainsi qu'aux obstacles existants.
4. Augmentation de la participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis, y compris ceux qui vivent hors des réserves et en milieu urbain, dans la prestation et l'évaluation des services.
5. Collaboration accrue et renforcement des partenariats entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, et les Premières Nations, les Inuits et les Métis, y compris ceux qui vivent hors des réserves et en milieu urbain.

1.4 APERÇU DES PROJETS FTSA DE LA RÉGION DU QUÉBEC

La mission de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) est d'améliorer le bien-être physique, mental, émotionnel et spirituel des individus, des familles et des communautés des Premières Nations et inuites, tout en respectant leurs cultures et leur autonomie locale respectives. Le rôle de la CSSSPNQL consiste à aider les communautés et les organisations des Premières

Nations en ce qui a trait à la défense, la préservation et l'exercice des droits inhérents à la santé et aux services sociaux, et de les aider à réaliser et à élaborer ces programmes.

En tant qu'organisation de soutien régionale pour la santé et les services sociaux, la CSSSPNQL a coordonné l'aide qu'elle en ensuite offerte aux communautés pour le lancement des projets FTSA au Québec. Au total, 54 projets ont été financés par la province de Québec (15 d'entre eux sont des projets de développement).

Parmi ces 54 projets, 36 (70 %) ont été financés par l'enveloppe de l'intégration, dont 15 étaient des propositions de financement pour l'élaboration de projets, 14 (27 %) par l'enveloppe de l'adaptation et 4 (3 %) par l'enveloppe pancanadienne (y compris les services de liaison et de coordination).

La CSSSPNQL a elle-même été mandatée par les collectivités et les organisations des Premières Nations et inuites pour coordonner la réalisation de 9 projets régionaux, qui sont divisés ainsi : 4 projets d'adaptation, 4 projets d'intégration et 1 projet pancanadien pour les collectivités frontalières. De plus, la CSSSPNQL a reçu des fonds de coordination par l'entremise de l'enveloppe pancanadienne pour travailler avec les communautés sur la résolution des questions frontalières.

Les projets FTSA pour la région du Québec sont supervisés par un comité tripartite, qui repose sur un partenariat entre le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, Santé Canada et la CSSSPNQL.

1.5 ÉVALUATION RÉGIONALE 1^{re} ÉTAPE

Vingt-et-une recommandations ont été formulées en fonction des résultats obtenus lors de la première étape de l'évaluation régionale du Québec. Voici quelques-unes des principales recommandations mises en évidence :

- La complexité des modalités et des exigences du FTSA et le manque de communication et de compréhension général sur tous les plans au début du programme.



- Le fardeau administratif lié à la reddition de comptes imposée en plus des exigences de déclaration courantes.
- Le manque de sensibilisation des responsables de l'élaboration des programmes en ce qui a trait aux réalités vécues par les communautés et les organisations des Premières Nations et inuites, et les besoins liés à ces réalités.
- Le retard en matière d'obtention de financement pour la région du Québec.
- L'appui offert par la CSSSPNQL et Santé Canada (Santé des Premières Nations, des Inuits et des Autochtones) est considéré comme un facteur facilitant pour les communautés et les organisations des Premières Nations.
- L'accès à des ressources humaines spécialisées nécessaires dans de tels projets a été très problématique dans les régions isolées.
- Le FTSA a permis la création d'efforts communs et de liens entre les Premières Nations et les organisations du réseau québécois.
- La présence de deux paliers de prises de décisions (régional et national) a ajouté complexité et frustration au processus.
- La décentralisation de la gestion du FTSA vers les régions, et plus précisément vers les organisations des Premières Nations, est grandement suggérée pour les futures initiatives.

Il est indiqué dans le rapport que, pour réussir à maximiser les retombées du FTSA, tous les principaux informateurs aimeraient voir un transfert vers les régions en ce qui a trait à l'élaboration et aux processus de mise en application des projets. Un grand nombre de personnes interrogées ont également exprimé leurs préoccupations par rapport au retard des projets de la région du Québec, qu'ils jugent injuste, et ont affirmé que toutes les mesures nécessaires devaient être prises pour s'assurer que cela ne se reproduise plus. Finalement, on doit assurer la flexibilité des modalités du FTSA, et celles-ci doivent témoigner d'une compréhension et d'une sensibilisation par rapport aux réalités et aux besoins des Premières Nations et des Inuits.

Somme toute, on affirme que dans le contexte actuel où les principes de collaboration, de coopération, de partenariat et de réseautage sont des éléments essentiels à la mise en place de services intégrés et adaptés, le FTSA a grandement contribué à établir ce genre de liens. Toutefois, on estime que pour atteindre les objectifs à long terme du FTSA, il faudra satisfaire à un bon nombre de conditions. Du temps sera nécessaire pour faire progresser les partenariats et pour que ceux-ci mènent à l'élaboration de services adaptés à la culture, axés sur une compréhension des réalités culturelles des Premières Nations et des Inuits.



2. MÉTHODOLOGIE

2.1 OBJECTIFS

Les objectifs généraux énoncés pour l'évaluation étaient de :

- vérifier la pertinence du programme, son efficacité et les changements à y apporter;
- mesurer les répercussions sur la santé, sur le transfert des connaissances, ainsi que sur le maintien et le continuum des services, dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci;
- recueillir les points de vue et les commentaires de tous les partenaires et porteurs de projets;
- présenter un rapport final propre à la région du Québec.

Afin d'y parvenir, l'évaluation devait :

- se pencher sur les avantages pour les communautés des Premières Nations et inuites, ainsi que sur les raisons de la réussite, des obstacles, et les leçons retenues;

- vérifier s'il y a eu une augmentation de la participation chez les Premières Nations et les Inuits dans la prise de décisions liées aux services de santé;
- examiner les thèmes récurrents dans les réalisations de projets;
- évaluer les répercussions d'ordre culturel;
- examiner la dynamique et l'efficacité des partenariats de projet;
- déterminer si les résultats à court et à long terme ont été atteints pour le programme du FTSA.

2.2 MODÈLE

Le modèle d'évaluation détaillé actuel a été élaboré par la société d'experts-conseils, de pair avec le comité tripartite à partir du modèle logique FTSA au niveau national.



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
À LONG TERME			
1. Amélioration des programmes et des services de santé destinés aux Premières Nations aux les Inuits	Beaucoup plus difficiles à évaluer, car ils peuvent être influencés par un bon nombre de facteurs au-delà du programme.	Résultats à long terme bien après la fin d'un programme.	Non évalué à court terme.
2. Amélioration de l'accès à des programmes et des services de santé de qualité pour les Premières Nations et les Inuits			Non évalué à court terme.

RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
À MOYEN TERME			
1. Amélioration de l'adaptation des systèmes, des programmes et des services de santé provinciaux aux besoins des Premières Nations et des Inuits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre et pourcentage des projets qui prouvent l'amélioration de l'adaptation ▪ Niveau et étendue de l'adaptation ▪ Nombre et pourcentage d'adaptations réussies ▪ Pourcentage d'adaptations durables 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Résumé des questionnaires à l'intention des intervenants clés et visites sur place, etc. ▪ Évaluations en groupe par vidéoconférence et par des rencontres 	<p>Quels résultats ont été obtenus, escomptés ou non, positifs ou négatifs? Pour quelles raisons certaines choses ont bien fonctionné et d'autres non?</p> <p>Dans quelle mesure les facteurs d'égalité entre les sexes sont-ils pleinement intégrés dans la conception et la mise en œuvre de projets, et comment cela se traduit-il dans les résultats?</p>
2. Améliorer l'intégration des systèmes, des programmes et des services de santé fédéraux et provinciaux destinés aux Premières Nations et aux Inuits	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre et pourcentage de projets qui prouvent l'amélioration de l'intégration ▪ Niveau et étendue de l'intégration des systèmes, des programmes et des services ▪ Nombre et pourcentage d'activités d'intégration réussies, tel qu'elles sont perçues par les partenaires ▪ Pourcentage d'activités d'intégration durables ▪ Pourcentage de bénéficiaires qui ont un meilleur accès aux services. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude des dossiers et de la documentation ▪ Questionnaires à l'intention des intervenants clés ▪ Visites sur place 	<p>Dans quelle mesure les facteurs culturels sont-ils pleinement intégrés dans la conception et la mise en œuvre de projets, et comment cela se traduit-il dans les résultats?</p> <p>Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience de ce programme, y compris celles qui pourront être utilisées dans les prochains programmes?</p> <p>De quelle façon pensez-vous qu'une amélioration de l'accès aux services sera favorable au continuum de services offerts aux Premières Nations et aux Inuits?</p> <p>De quelle façon pensez-vous que l'adaptation des services en place sera favorable au continuum de services de santé offerts aux Premières Nations et aux Inuits? L'accès aux services de santé s'est-il amélioré?</p>



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
RÉSULTATS IMMÉDIATS			
1. Renforcement de la capacité d'intégration et d'adaptation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de lacunes identifiées en matière de capacité qui ont été corrigées grâce aux activités du FTSA ▪ Profondeur et qualité des activités renforcement des capacités pour l'intégration et l'adaptation ▪ Mesure selon laquelle sera probablement soutenu le renforcement des capacités. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude des dossiers et de la documentation ▪ Questionnaires à l'intention des intervenants clés ▪ Visites sur place 	<p>Dans quelle mesure le FTSA a renforcé la capacité des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites à établir une vision, des stratégies et une autorité pour traiter les questions de compétence?</p> <p>La capacité institutionnelle a-t-elle été renforcée sur les plans individuel, organisationnel et systémique, et dans l'affirmative, est-ce suffisant pour s'assurer que les institutions et les organisations locales, provinciales et fédérales prennent la relève et fassent en sorte de maintenir les avantages prévus?</p> <p>Quelle est la probabilité que les avantages du programme puissent être maintenus au terme du projet sans surcharger les organisations et les partenaires locaux?</p> <p>Quelle est l'ampleur de l'adaptation et de l'accès aux services, ainsi qu'aux programmes?</p>



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
<p>2. Sensibilisation accrue des concepts, des obstacles et des facilitateurs d'intégration et d'adaptation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de projets qui contribuent à une sensibilisation accrue aux concepts et aux facilitateurs d'adaptation et d'intégration, ainsi qu'à leurs obstacles ▪ Mesure selon laquelle les partenaires estiment que leur sensibilisation s'est développée par rapport aux concepts et aux facilitateurs d'adaptation et d'intégration, ainsi qu'à leurs obstacles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude des dossiers et de la documentation ▪ Questionnaires à l'intention des intervenants clés ▪ Visites sur place 	<p>Quels ont été les principaux défis, contraintes, facilitateurs et obstacles rencontrés lors des projets d'intégration et d'adaptation?</p> <p>Le degré de sensibilisation des partenaires qui ont dû composer avec les défis, les contraintes, les facilitateurs et les obstacles a-t-il augmenté grâce à ces projets? Dans quelle mesure?</p> <p>Les partenaires ont-ils une meilleure compréhension des systèmes de santé respectifs, ainsi que des rôles et des responsabilités de ceux qui en font partie?</p> <p>Comprend-on mieux les problèmes d'accès aux soins de santé, les disparités en matière de santé et les facteurs sociaux et culturels des Premières Nations et des Inuits?</p>



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
<p>3. Participation accrue dans la conception, la prestation et l'évaluation des services</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de membres des Premières Nations et d'Inuits qui participent directement à des activités financées par le FTSA par rapport à la conception, l'exécution, la gestion et l'évaluation des initiatives pour améliorer l'intégration et l'adaptation ▪ Pourcentage de partenaires du FTSA qui estiment qu'il y a une plus grande participation ▪ Les partenaires estiment que la participation s'est améliorée en ce qui a trait à la qualité et à la profondeur. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude des dossiers et de la documentation ▪ Questionnaires à l'intention des intervenants clés ▪ Visites sur place 	<p>Quel a été le niveau de participation des Premières Nations et des Inuits dans l'ensemble du processus?</p> <p>Le niveau de participation des Premières Nations et des Inuits dans la conception, l'exécution, la gestion et l'évaluation des initiatives a-t-il contribué à l'amélioration de l'intégration et de l'adaptation?</p> <p>Y a-t-il des preuves d'intégration de la participation soutenue des Premières Nations et des Inuits dans la planification des services de santé et les processus d'exécution provinciaux?</p>



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
<p>4. Collaboration accrue et renforcement des partenariats</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nombre de projets qui démontrent qu'il y a une collaboration accrue et un renforcement des partenariats ▪ Perception des partenaires de la qualité de la collaboration ▪ Qualité de la communication telle que perçue par les partenaires et les partis intéressés. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Étude des dossiers et de la documentation ▪ Entrevues avec les intervenants clés ▪ Visites sur place 	<p>Quelle est la solidité et l'efficacité des partenariats dans le cadre de projets? Et celles des partenariats avec les autorités gouvernementales?</p> <p>La responsabilité et l'obligation de rendre des comptes par rapport aux résultats du projet sont-elles partagées par tous les partenaires?</p> <p>À quel point la communication, la coordination et la coopération entre les partenaires du programme sont-elles efficaces?</p> <p>Dans quelle mesure le FTSA a accordé suffisamment de temps pour établir des liens qui mèneront à long terme à l'adaptation et à l'intégration des programmes et des services?</p> <p>Dans quelle mesure les partenaires et les bénéficiaires des programmes locaux s'impliquent dans ceux-ci et sont « maîtres » des résultats?</p> <p>Existe-t-il des preuves pour soutenir une nouvelle culture de collaboration entre les deux systèmes de santé? Y a-t-il des engagements précis pour un travail de collaboration pour la santé des Premières Nations et des Inuits?</p>



RÉSULTATS	INDICATEURS	PARAMÈTRES	QUESTIONS DE RECHERCHE
RÉSULTATS			
Réunions pour les procès-verbaux du comité sur l'intégration et sur l'adaptation; trousse et guides, propositions de projets; plans; signature d'accords de contribution; rapports d'étape; rapports financiers; rapports de contrôle et d'évaluation; recherche appliquée	<ul style="list-style-type: none"> Nombre et type de rendements décrits dans les rapports du projet. 	Étude des dossiers et de la documentation	Quels protocoles, protocoles d'entente, accords et outils résultent des projets FTSA dans la région?
ACTIVITÉS			
Communication et collaboration entre les partenaires, réunions, préparation de documents, de protocoles, d'ateliers	<ul style="list-style-type: none"> Nombre ou pourcentage de rapports de projets qui révèlent l'existence d'activités de collaboration avec les partenaires par des réunions ou d'autres actions. 	Étude des dossiers et de la documentation	Quelles sont quelques-unes des activités de collaboration entreprises grâce au FTSA?



2.3 ACTIVITIES

Les activités qui ont été menées lors de l'évaluation sont les suivantes :

1. L'analyse des publications et des documents existants pertinents aux projets.
2. La création d'un cadre d'évaluation à partir du modèle logique FTSA au niveau national.
3. L'élaboration d'un questionnaire pour les entrevues sur place et par téléphone.
4. L'élaboration d'un formulaire de consentement pour les entrevues.
5. L'envoi par courriel et par télécopieur des questionnaires, des formulaires de consentement et des lettres d'accompagnement.
6. La planification et la réalisation des entrevues par téléphone.
7. L'organisation et l'exécution des visites avec les détenteurs de projets.
8. La compilation et l'analyse des renseignements obtenues.
9. L'élaboration d'une liste des réalisations dans le cadre de tous les projets FTSA conformément aux différents thèmes.
10. La rédaction d'un rapport préliminaire afin qu'il soit approuvé par le comité tripartite.
11. La rédaction d'un rapport final qui comprend une liste de recommandations et de réalisations dans le cadre des projets : accords, protocoles, publications, outils, etc.
12. La préparation d'une présentation PowerPoint à propos des résultats de la 2e étape de l'évaluation.



Centre de santé et services sociaux de Nutashquan



Centre de santé et services sociaux de Nutashquan



Engagements pour l'offre de services aux clients au Centre de santé et services sociaux de Nutashquan



Centre de santé et services sociaux de Nutashquan (coordonnatrice du FTSA, Alice Kaltush et Annette Malec, Directrice de la santé et des services sociaux)



Centre de santé et services sociaux de Nutashquan (coordonnatrice du FTSA, Alice Kaltush, Annette Malec, Directrice de la santé et des services sociaux) et l'évaluatrice Linda Simon



Hôpital de Havre-Saint-Pierre (partenaire des projets de Nutashquan et Ekuanitshit)



Communauté crie de Mistissini (comité du projet FTSA)



Photo de groupe de tous les partenaires pour le projet regional innu du FTSA pour la Côte-Nord lors de la signature du protocole d'entente



Rencontre à Québec pour le projet regional innu du FTSA pour la Côte-Nord



Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or



Rencontre régionale en mars pour tous les projets FTSA



Présentation des projets FTSA sur les activités SMI lors de la foire communautaire de Kanesatake

2.4 RÉSULTATS

Le tableau ci-après démontre le nombre de personnes (71) et de projets (31) questionnés dans le cadre de l'évaluation.

Détenteur de projet	Nombre de projets	Type d'entrevue	Projet	Partenaire
CSSSPNQL	9 projets	Entrevue personnelle	7	0
Kahnawake	1 projet	Entrevue personnelle	2	0
Kanesatake	2 projets	Entrevue personnelle	3	6
Gesgapegiag	2 projets	Visite sur place	2	4
CCSSBJ	1 projet	Visite sur place	8	0
CAA de Val-d'Or	1 projet	Visite sur place	6	2
Natashquan	2 projets	Visite sur place	2	0
Uashat mak Mani-Utenam La Romaine Natashquan Mingan Pessamit	2 projets régionaux et 2 projets locaux	Visite sur place	9	8
Nunavik	2 projets	Entrevue téléphonique	2	0
Betsiamites	2 projets	Entrevue téléphonique	1	0
Wendake	1 projet	Entrevue téléphonique	2	0
Listuguj	1 projet	Entrevue téléphonique	1	2
Mashteuiatsh	1 projet	Entrevue téléphonique	2	0
Manawan	1 projet	Questionnaire rempli par le répondant	1	0
SPSNA	1 projet	Info. téléphoniques	1	0
Totals	31 projets		49	22
			71 personnes	

Cinq détenteurs de projets n'ont pas pu être évalués en raison du manque de disponibilité, d'un changement d'administrateurs, de rénovations ou d'autres facteurs externes.

1. Eagle Village Kipawa, 1 projet
2. Odanak, 1 projet
3. Innue Essipit, 1 projet
4. Wapan, 1 projet
5. Winneway, 1 projet



2.5 DIFFICULTÉS

Quelques difficultés ont été rencontrées lors de l'évaluation, dont :

- le nombre de demandes (courriels et téléphone) nécessaires afin d'obtenir une entrevue ou une visite sur place, puisque tout le monde était extrêmement occupé;
- le temps à la disposition des partenaires et des collaborateurs de projets pour répondre aux questions de l'évaluation, par sondage ou entrevue, surtout s'ils ne disposaient pas de ressource comme un coordonnateur de projet;
- recevoir des formulaires de consentement remplis par les participants à temps;
- la flexibilité nécessaire à l'outil d'entrevue pour qu'il puisse illustrer les différences d'ampleur et de portée des projets chez les collectivités et les organisations des Premières Nations et inuites de la région du Québec;
- tenter d'entrer en contact avec tous les partenaires et les collaborateurs de projets pour la procédure d'entrevue;
- confusion entre les évaluations de chaque projet, l'évaluation de la première étape et l'évaluation sommative régionale;
- le fardeau de devoir remplir des rapports fréquemment a fait qu'un bon nombre de détenteurs de projets n'ont pas tenu compte de certaines questions des rapports qui auraient pu fournir des renseignements précieux sur l'évolution de leurs projets;
- travailler avec la diversité culturelle et linguistique dans la région du Québec, les différences régionales de la province et l'éloignement de certaines collectivités.



3. OBSERVATIONS

3.1 PROJETS

Le tableau ci-après est une synthèse de tous les projets FTSA de la région du Québec classés par sujet, qui incluent les types de projets, les responsables du projet et le financement reçu.

Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Bien-être mental	Adaptation	Améliorer l'accès aux services de santé mentale pour les Premières Nations.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSLPNQL)	115 555 \$
	Intégration	Élaborer un cadre pour les services de santé mentale pour les collectivités des Premières Nations de la région du Québec.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSLPNQL)	338 470 \$
	Intégration	Mettre en place une organisation de services transitoires pour améliorer la continuité et l'accessibilité aux services de santé mentale pour les membres de la communauté Mashteuiatsh.	Mashteuiatsh (Conseil des Montagnais du Lac-Saint-Jean)	351 855 \$
	Intégration	Créer un modèle d'intervention en santé mentale adapté aux collectivités inuites et, plus particulièrement, aux jeunes.	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik	1 898 876 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Pandémie	Adaptation	Soutenir les communautés non conventionnées des Premières Nations du Québec pour lutter contre la pandémie d'influenza.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	264 600 \$
	Intégration	Poursuivre le travail déjà entamé par rapport à la pandémie sur le plan régional et soutenir les collectivités dans la mise en œuvre de plans communautaires de lutte contre la pandémie d'influenza.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	130 680 \$
	Intégration	Mettre en œuvre à l'interne le plan communautaire de lutte contre la pandémie d'influenza, tout en maintenant une relation de partage et de coopération avec le CSSS du Haut-Saint-Maurice.	Centre de réadaptation Wapan	48 950 \$
Drogues et alcool	Intégration	Améliorer l'intégration des services de désintoxication entre le système de soins de santé provincial et les centres de santé de Gesgapegiag et de Listuguj.	Services de santé et communautaires de Gesgapegiag	449 318 \$
	Adaptation	Adapter les services de désintoxication aux besoins des Premières Nations.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	116 710 \$
	Intégration	Améliorer le continuum de services entre le PNLAADA et les centres de traitement grâce à l'intégration d'un volet postcure.	Long Point (poste de soins infirmiers de Winneway)	50 000 \$
	Pan-canadian	Mode de vie sain à l'école et toxicomanie chez les jeunes.	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik	1 335 727 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Formation culturelle et formation adaptée	Adaptation	Formation de sensibilisation à la culture algonquine pour le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de l'Abitibi-Témiscamingue.	Secrétariat des programmes et services de la Nation algonquine (SPSNA)	112 281 \$
	Adaptation	Adapter le Programme national de formation du Québec et le mettre à la disposition des gestionnaires et des intervenants du milieu de la santé et des services sociaux des communautés non conventionnées des Premières Nations du Québec.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	262 487 \$
	Adaptation	Créer un outil de formation et de sensibilisation culturelle pour le personnel du système de soins de santé de la région de la Côte-Nord.	Services de santé et services sociaux d'Uashat mak Mani-Utenam	502 161 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Protocoles et accords	Adaptation	Élaborer des accords de coopération entre le CSSS de la Minganie et la communauté innue d'Ekuanitshit (Mingan).	Centre de santé d'Ekuanitshit (Mingan)	151 340 \$
	Adaptation	Susciter une prise de conscience et une compréhension des programmes de santé et des pratiques culturelles de Kanesatake dans le but d'améliorer les services de liaison avec l'hôpital et d'établir des nouveaux liens en matière de services, en mettant en place des protocoles pour les services préhospitaliers, hospitaliers et posthospitaliers.	Centre de Santé de Kanesatake Inc.	250 000 \$
	Intégration	Signer des protocoles pour la coopération et des protocoles d'entente pour la mise en place d'une structure régionale permanente pour garantir un cadre juridique pour la pratique des soins infirmiers et l'encadrement du personnel infirmier qui travaille avec les communautés des Premières Nations de la région du Québec.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	114 950 \$
	Intégration	Élaborer des accords de services de santé entre les Services de santé des Innus de la Côte-Nord et l'ASSS de la Côte-Nord dans le but d'offrir un continuum de services de santé adaptés aux communautés innues.	Services de santé et services sociaux d'Uashat mak Mani-Utenam	461 125 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Adaptation des services actuels	Adaptation	Projet clinique pour adapter les services du CSSS du Nord-de-Lanaudière aux besoins de la communauté atikamekw de Manawan.	Direction des services de santé du Conseil des Atikamekws de Manawan	87 803 \$
	Adaptation	Élaborer l'adaptation des services locaux et un modèle clinique complémentaire pour les services de santé entre le CSSS de la Vallée-de-l'Or et le CAAVD.	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD)	534 308 \$
	Adaptation	Adapter les principes d'approche de la population et la hiérarchie des services au contexte du Nunavik, et adapter les services de santé et les services sociaux actuels offerts aux Nunavimmiuts aux valeurs, à la culture et aux traditions inuites.	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik	1 212 670 \$
	Adaptation	Élaborer un plan pour l'adaptation des services et l'harmonisation des protocoles de collaboration pour Nutashkuan.	Nutashkuan (Centre de santé et de services sociaux Tshukuminu Kanani)	171 600 \$
	Adaptation	Adapter les services actuels à l'aide du projet de soins intégrés de Pessamit.	Centre de santé et de services sociaux de Pessamit	160 000 \$
	Intégration	Services de soins de santé de qualité offerts aux Innus de Nutashkuan.	Nutashkuan (Centre de santé et de services sociaux Tshukuminu Kanani)	279 790 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Continuum de services	Adaptation	Projet d'adaptation pour assurer la continuité des services avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie.	Services de santé et communautaires de Gesgapegiag	214 968 \$
	Intégration	Améliorer le continuum de services de santé pour les membres d'Eagle Village First Nation grâce à l'élaboration d'un partenariat avec le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa, pour les domaines des soins à domicile, des soins palliatifs, des visites médicales et de la communication de renseignements, entre autres.	Services de santé d'Eagle Village First Nation (Kipawa)	175 285 \$
	Intégration	Intégrer le travail et les programmes en cours d'élaboration au Centre de santé d'Ekuanitshit aux programmes offerts par les gouvernements fédéral et provinciaux.	Centre de santé d'Ekuanitshit (Mingan)	183 433 \$
	Intégration	Intégrer et mettre en œuvre des services à la population entre le Centre de santé d'Essipit et le CSSS de la Haute-Côte-Nord.	Centre de santé d'Essipit	59 950 \$
	Intégration	Élaborer un plan d'intégration entre Onkwata'kari tahtshera et les autorités fédérales ainsi que provinciales.	Services communautaires Shakotiiatakeh-nhas de Kahnawake	412 113 \$
	Intégration	Évaluer, consolider et établir des nouveaux liens en matière de services pour les aînés et les jeunes enfants, qui constituent la clientèle la plus à risque en matière de services de santé à Kanesatake.	Centre de Santé de Kanesatake Inc.	360 000 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Continuum de services (suite)	Intégration	Améliorer l'accès aux soins de santé : élaboration d'une politique de collaboration et nouveau processus de suivi des projets pour la communauté de Listuguj (Québec et Nouveau-Brunswick).	Direction de la santé de la communauté de Listuguj	45 600 \$
	Intégration	Intégration et mise en œuvre de services à la population dispensés par le Centre de santé d'Odanak et le CSSS de Bécancour-Nicolet-Yamaska.	Centre de santé d'Odanak	54 890 \$
	Intégration	Consolidation des services de soins de santé primaires offerts à la communauté par le Centre de santé et de services sociaux de Pessamit et de ceux dispensés par le CSSS de Manicouagan, ainsi que l'élaboration d'un protocole de prestation de services pour les services de logement à Pessamit.	Centre de santé et de services sociaux de Pessamit	130 031 \$
Diabète	Adaptation	Adaptation des services actuels en matière de diabète en fonction des besoins de la communauté de La Romaine.	La Romaine (Centre de santé Unamen Shipu)	149 765 \$
Données sur la santé	Intégration	Mettre à la disposition de la Direction de la santé, des loisirs et des services sociaux du Conseil de la Nation huronne-wendat un système de gestion de données informatisé qui répond à ses besoins et qui est intégré au réseau de la santé et des services sociaux du Québec.	Wendake (Conseil de la Nation huronne-wendat)	512 820 \$



Sujet	Type de projet	Titre du projet	Organisation responsable	Financement
Télésanté	Intégration	Intégration des Premières Nations et de la province de Québec dans le domaine de la télésanté.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	227 320 \$
Petite enfance dans les familles à risque	Intégration	Services prénataux et à la petite enfance intégrés pour les familles à risque.	Régie de la santé et des services sociaux des Cris de la Baie-James	477 955 \$
Questions frontalières	Pan-canadian	Projet de recherche sur les questions transfrontalières.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	167 299 \$
Activités de liaison et de coordination	Pan-canadian	Activités de liaison et de coordination pour les années 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010.	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)	480 944 \$



3.2 CAPACITÉS

3.2.1 RENFORCEMENT DES CAPACITÉS

Pour la majorité des collectivités des Premières Nations au Québec, l'ensemble du projet a nécessité un renforcement des capacités, telles qu'apprendre à connaître et à comprendre la hiérarchie et les structures au sein du réseau provincial québécois, travailler pour assigner des personnes-ressources aux projets et mettre des visages sur des noms et des endroits. Ceci a permis, par exemple, à la communauté de Kahnawake et à ses partenaires de comprendre et de surmonter les barrières linguistiques qui résultent de la Loi du Québec et des politiques en milieu hospitalier en ce qui concerne les corridors de services.

Les partenaires provinciaux ont également renforcé leurs capacités, et beaucoup ignoraient les structures, les ressources et la culture de leurs partenaires des Premières Nations et inuits. Dans le cas de certains projets, dont le projet clinique du Nunavik, le SPSNA, les Services de santé et communautaires de Gesgapegiag, ainsi que les projets de Natashquan et de Mingan, la courbe d'apprentissage était plus importante pour les

partenaires provinciaux et régionaux. La plupart des partenaires provinciaux n'avaient pas eu beaucoup de contacts avec les collectivités des Premières Nations ou leurs services; il y avait donc beaucoup d'idées fausses. Le projet a servi à défaire ces idées fausses et à améliorer la compréhension des différences et des valeurs culturelles par les services aux clients.

Certains projets ont demandé de rassembler des organismes communautaires et provinciaux comme partenaires. Des communautés comme celles de Mashteuiatsh et de Listuguj ont indiqué que des services fonctionnaient en silo et que le projet avait permis l'instauration de tables intersectorielles. Dans le cas du Nunavik, le projet consistait à rassembler 30 organisations pour offrir des services aux 14 communautés inuites. Pour le projet régional des Innus de la Côte-Nord, cela signifiait qu'il fallait rassembler les communautés innues sur une distance de plus de mille kilomètres.

Par les projets FTSA, on a tenté de corriger certaines lacunes en matière de capacité :

- Trouver un terrain d'entente pour entamer un dialogue.
- Améliorer la collaboration avec les partenaires provinciaux.
- Sensibiliser et favoriser la compréhension par rapport aux différences culturelles.
- Faire plus de réseautage avec les services communautaires.
- Présenter une approche mieux intégrée à la santé et aux services sociaux.
- Trouver des moyens de surmonter les barrières linguistiques.
- Améliorer les services actuels.
- Rétablir les dialogues « rompus ».
- Améliorer les partenariats actuels et les cycles de planification.
- Favoriser une compréhension des différences et des approches culturelles en matière de soins de santé.
- Se pencher sur les questions de compétences.
- Comparer les services disponibles et les besoins.
- Pouvoir connaître des services de deuxième ligne et y avoir accès sur recommandation.
- Fournir des renseignements sur les programmes et les services de santé communautaires et sociaux.
- Comprendre les structures provinciales, où se diriger pour obtenir des services et les responsabilités de chaque partenaire.
- Savoir où et vers qui orienter les clients.
- Améliorer le rendement et l'efficacité des services en travaillant en équipe.
- Mettre en place un continuum de services pour les clients.
- Établir un protocole d'entente.
- Accroître les moyens des intervenants.
- Mettre en place une interface structurée et fiable entre les services communautaires et provinciaux.

- Partager la mémoire collective avec les partenaires, les autres services communautaires et les cadres subalternes.
- Éliminer la répétition de la collecte de données entre les services en raison du manque de données centralisées sur les membres des communautés et leur santé.
- S'attaquer à un manque de services d'hébergement dans les communautés isolées.
- Comblent l'écart entre les services de première ligne et ceux de deuxième ligne.
- Adapter le contenu des programmes et des manuels de formation aux besoins des Premières Nations.
- Tisser des liens avec les travailleurs des services provinciaux pour accroître les capacités des travailleurs des collectivités.
- Examiner les différences fondamentales avec la province dans la définition du contenu des services et de ce qu'ils impliquent.

3.2.2 ACTIVITÉS

La plupart des activités de renforcement des capacités entreprises dans le cadre des projets étaient des échanges de renseignements et des formations culturelles. Celles-ci ont été menées au moyen d'ateliers ou de très courtes conférences, d'entretiens avec la direction des agences provinciales, de réunions entre les partenaires de projet, d'entrevues, d'entrevues d'évaluation à propos des lacunes, de la création de comités mixtes, de l'élaboration de cahiers d'informations, de la mise en place de groupes de travail et d'équipes de projet, de l'instauration de sites de formation en ligne, de rencontres cliniques, de rencontres communautaires et de partage d'activités telles que les formations en milieu de travail. Il y a eu beaucoup d'échanges des deux côtés.

La plupart des communautés ont indiqué que ces activités avaient été profitables pour établir des partenariats et créer un continuum de services; toutefois, une communauté a expliqué que, dans le domaine de la santé mentale, il existait toujours un manque de confiance envers les services communautaires et une méfiance à l'égard des qualifications des travailleurs communautaires, qui se traduisaient par la répétition inutile des évaluations et par l'accès restreint aux consultations avec des spécialistes.



Dans le cadre des projets de la CSSSPNQL, les activités comprenaient une séance d'évaluation avec les partenaires de projet pour valider la recherche effectuée sur les problèmes de santé mentale chez les Premières Nations. Un répertoire sur la santé mentale sur le réseau provincial a été créé selon les nombreuses régions où se trouvent les communautés des Premières Nations, ainsi qu'un document à l'intention des gouvernements pour qu'ils comprennent les réalités des Premières Nations et les structures dont ceux-ci disposent. Quatre modules pour la formation provinciale des directeurs et des travailleurs de la santé et des services sociaux ont été adaptés pour les Premières Nations.

Au moment où le Projet régional innu mettait sur pied un protocole pour travailler en coopération au niveau régional, le projet de Gesgapegiag et de Listuguj a mis en place un processus de présentation formel au niveau local pour les services externes dans le domaine de la toxicomanie et des services de santé mentale, dans le cadre duquel plus de 240 personnes ont assisté aux ateliers de sensibilisation aux cultures. Les intervenants en toxicomanie de ce projet ont été en mesure de tenir une réunion par vidéoconférence avec le Dr Gabor Maté de Vancouver, un médecin en titre réputé qui travaille dans le domaine de la toxicomanie.

La communauté de Wendake a travaillé en collaboration avec l'ASSS de la Capitale-Nationale pour mettre sur pied un modèle de système d'information de gestion de données qui simplifie la collecte de données et permet aux cliniques de centres de santé d'être reliées au réseau provincial. Les communautés de Natashquan, Mingan et Pessamit ont été en mesure de s'appuyer sur les partenariats actuels avec l'hôpital de Havre St-Pierre et de Baie-Comeau, ainsi que sur ceux avec l'ASSS de la Côte-Nord, pour faire des adaptations culturelles sur la façon dont leurs clients sont accueillis. La communauté de Manawan a travaillé avec le CSSS du Nord de Lanaudière pour adapter les programmes dans le but de répondre aux besoins culturels de ses membres.

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a établi un partenariat avec le CSSS de la Vallée-de-l'Or et le Centre Jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue pour mettre sur pied un modèle pour les services cliniques de soins à la mère et à l'enfant (Clinique Minowé) qui ferait partie des services offerts aux clients réguliers du centre, jusqu'à présent inté-

grés au réseau de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or en tant que ressource pour les Autochtones.

La communauté de Kahnawake a tenu une conférence pour sensibiliser et offrir un aperçu culturel et historique à ses membres, particulièrement pour expliquer son lien avec la province dans les domaines de la santé et des services sociaux. La conférence leur a également donné l'occasion de transmettre son savoir collectif au personnel subalterne des services de Kahnawake.

En plus de procéder à une évaluation des lacunes, la communauté de Kanesatake, qui travaille avec l'ASSS des Laurentides et le CSSS des Deux-Montagnes, a développé une formation culturelle en ligne, offert de la formation pour une démarche coopérative multidisciplinaire, mis un cahier d'information à la disposition du personnel de l'hôpital et travaille pour obtenir une accréditation de l'OMS pour son Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB).

Le SPSNA a offert une formation culturelle à plus de 350 travailleurs dans le domaine des services de santé et des services sociaux dans la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Au Nunavik, on a travaillé sur une nouvelle approche pour faire siéger des dirigeants et des aînés inuits aux comités et aux conseils de surveillance dans le but d'accroître la participation des Inuits dans la planification des services de santé et des services sociaux dans l'avenir et dans la prestation de services.

3.2.3 CAPACITÉ INSTITUTIONNELLE

Dans un bon nombre de projets, on a indiqué qu'il était trop tôt pour affirmer si la capacité institutionnelle avait suffisamment été renforcée pour que les partenaires puissent prendre la relève. La plupart étaient à l'aise de dire que la capacité institutionnelle avait été renforcée au niveau local, mais n'étaient pas d'avis qu'elle s'était renforcée au niveau du système.

On a indiqué que, pour les projets inuits, les ressources étaient limitées dans le Nord, et la plupart des personnes qui participent au projet occupent également d'autres fonctions dans leur propre village ou organisation. Ils étaient souvent divisés entre leurs propres crises et apportaient les changements qui résorberaient éventuellement celles-ci.



Des situations semblables ont été vécues par les communautés des Premières Nations qui n'avaient pas embauché de ressources extérieures, mais qui ont ajouté les responsabilités des projets FTSA à leur propre personnel. Toutefois, même si cela dépassait les moyens du personnel en place, les compétences développées grâce au projet sont demeurées au sein de la collectivité.

3.2.4 VIABILITÉ

Pour beaucoup de projets, une vitalité soutenue passe par trouver d'autres sources de financement, comme c'est le cas pour le projet de Mistissini et celui de la Clinique Minowé à Val-d'Or. Beaucoup de responsables de projets ont répondu que s'ils avaient eu plus de temps, ils pourraient faire avancer les projets et les faire passer à une autre étape, ce qui assurerait leur viabilité. Quoiqu'on souhaite qu'un grand nombre de projets se développent d'eux-mêmes, on croit de façon générale que les projets n'auront pas la même vigueur que lorsqu'ils étaient soutenus par le FTSA. De plus, il n'existait pas toujours de garantie que la province soutiendrait ou pourrait continuer de soutenir ces projets.

La communauté de Kanesatake est parvenue à conclure des nouveaux mandats avec ses partenaires pour qu'ils se rencontrent deux fois par année pendant les dix prochaines années. De plus, la communauté met sa formation culturelle en ligne avec des liens vers son site internet, et intègre son contenu dans une trousse d'orientation destinée aux nouveaux employés. Cet outil permettra aux gens d'avoir accès à la formation au-delà de la fin du projet et d'assurer sa viabilité. Le SPSNA a amélioré sa formation et a un formateur à sa disposition pour pouvoir offrir celle-ci sur une base contractuelle au-delà de la fin du projet.

Les personnes interrogées à la CSSSPNQL ont affirmé que le renforcement des capacités était la principale raison de la création de ces projets. Ils affirment qu'après avoir réalisé un modèle de formation, l'évaluation des structures de santé mentale pour Premières Nations, un répertoire de services provinciaux, le travail sur la pandémie et les recherches sur la supervision clinique des infirmières, ils ont plus de connaissances et ont des outils mieux adaptés pour poursuivre leur travail.

Les communautés innues des projets de la Côte-Nord estiment que la signature du protocole de services assure une viabilité après la fin du projet FTSA.

Cela encouragera les partenaires à poursuivre leurs discussions et leurs échanges après que le projet est terminé.

Certaines communautés ont affirmé que la pérennité des activités serait assurée seulement si des mécanismes étaient mis en place pour formaliser les liens; par exemple, par la signature de protocoles ou de mandats, ou par des ententes de travail.

3.2.5 AMÉLIORATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES

Beaucoup de communautés ont affirmé qu'elles ne se sentent plus isolées et qu'elles sont en mesure de collaborer avec leurs partenaires provinciaux pour travailler à élaborer un continuum de services et à en améliorer l'accès. Quant à savoir si l'accès à ces services s'est amélioré ou non, la plupart croient qu'il est trop tôt pour le dire. Des communautés ont affirmé que, même si leurs projets consistaient à permettre l'accessibilité aux services nécessaires à leur population à long terme, il existe toujours un besoin de mettre en place les mécanismes et les actions pour y parvenir.

Le projet de Gesgapegiag et de Listuguj a eu un effet important sur l'amélioration de l'accès aux services. Avant le début du projet, le personnel du CSSS de la Baie-des-Chaleurs, du Centre L'Escale et des services en toxicomanie de Restigouche avait l'impression que les services comme ceux offerts par les CLSC n'étaient pas essentiels aux communautés des Premières Nations, puisqu'il croyait que des services semblables existaient déjà dans les collectivités. Maintenant, après les rencontres du FTSA, les membres des communautés utilisent librement les services offerts par les CLSC de leur région, y compris les services de lutte contre la toxicomanie.

Pour une autre communauté, le projet a permis d'accroître et d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et l'intégration de ceux-ci dans la collectivité. Cependant, les changements souhaités à l'hôpital en ce qui a trait aux services de deuxième ligne ne se sont pas produits.

Le projet de Kahnawake a permis à la collectivité de s'appuyer sur ses rapports singuliers avec la province et de négocier un corridor de services différent pour ses clients en fonction du statut particulier de son hôpital.



3.2.6 ADAPTATION DES SERVICES

Au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, on avait le sentiment d'avoir très bien réussi à adapter les services aux besoins des clients, puisque le réseau provincial était d'accord pour offrir des services à l'extérieur du centre.

La plupart des communautés croient qu'il y a bien plus à faire pour adapter les services aux besoins des communautés des Premières Nations. L'une d'entre elles a mentionné qu'elle ne croyait pas que le terme « adaptation » était approprié, puisqu'il laisse entendre qu'une chose devient moins efficace et transformée. Ce concept est donc inexact puisque les Premières Nations et les Inuits ont le droit de bénéficier pleinement de tous les services de santé et des services sociaux; les communautés souhaitent seulement que cela soit fait d'une manière adéquate au point de vue culturel.

Une autre communauté a affirmé qu'elle n'était pas certaine qu'« adapter » des services allait résoudre le manque de confiance des membres des communautés envers les services extérieurs, particulièrement en matière de santé mentale et de toxicomanie. On croit que les problèmes de santé mentale chez les Premières Nations sont extrêmement différents et que les thérapies occidentales parviennent difficilement à en venir à bout. L'adaptation a ses limites puisque notre histoire d'oppression et de colonisation est différente. Les membres des Premières Nations veulent se tourner vers un des leurs puisque ce dernier le comprend et comprend sa situation. Ils utilisent une approche globale, ils peuvent établir une bonne communication, ils ont de l'empathie et il y a même des cérémonies pour les Autochtones traditionnels.



32

3.3 SENSIBILISATION

3.3.1 DIFFICULTÉS ET CONTRAINTES

Au début, il était très difficile de comprendre la nature des projets FTSA, et même les bureaux régionaux et nationaux donnaient des renseignements différents. Il y avait un manque de communication du côté provincial par rapport au projet et les communautés devaient bien souvent elles-mêmes essayer et communiquer les renseignements à leurs partenaires.

La plus grande difficulté exprimée par les personnes interrogées est le retard à démarrer le projet dans la région du Québec en raison du manque de compréhension, de l'attente que les documents soient traduits, de décider qui allait gérer les fonds d'adaptation, de la modification des critères des demandes d'emploi, de devoir présenter une proposition pour demander du financement pour la présentation d'une proposition et le processus d'approbation sur le plan régional et provincial. Chaque communauté a affirmé que le retard a grugé beaucoup de temps aux projets. Les délais raccourcis ont posé des difficultés pour la réalisation des projets; par exemple, pour la CSSSPNQL, qui a vu les coûts du projet et le plan de travail être modifiés en raison du retard au départ.

Même avec une prolongation d'un an, la plupart des collectivités bénéficiaient en moyenne de 18 mois de financement, malgré le fait que l'initiative devait au départ durer cinq ans. Certains ont eu encore moins de temps dû à l'attente pour obtenir l'approbation ou en raison de difficultés de démarrage, comme pour trouver un directeur de projet ou un(e) infirmier(e)-conseil.

Les communautés ont indiqué qu'elles devaient passer beaucoup de temps à apprendre à se connaître. Beaucoup d'entre elles ont affirmé qu'elles devaient surmonter les obstacles qui se sont dressés à cause des faux renseignements et stéréotypes fournis par le système d'éducation. Des difficultés sont survenues au départ, car on ne connaissait pas les communautés et les organismes provinciaux ne comprenaient pas les projets ni les réalités de ces communautés.

Dans certaines régions plus isolées, la simple planification des rencontres était difficile en raison de la distance. Dans ces régions, le territoire couvert par les organismes provinciaux CSSS, ASSS ou les centres jeunesse s'étend sur une grande distance, normalement au-delà de trois collectivités ou plus. Cela signifiait qu'il pouvait y avoir trois fois plus de réunions (ou même plus) pour les mêmes employés d'un CSSS pour chaque projet FTSA individuel. Certaines communautés ont dû se regrouper pour surmonter cette difficulté.

La disponibilité des personnes était un obstacle lorsque venait le temps d'harmoniser les horaires. Le changement de personnel, en particulier les directeurs, au sein d'organismes provinciaux pour

un nombre de projets, signifiait qu'il fallait recommencer au début ou interrompre la continuité du projet. Parfois, ces postes demeuraient vacants pendant trois ou quatre mois.

Une autre difficulté rencontrée a été les compressions budgétaires annoncées aux établissements de santé du Québec, qui ont touché directement les partenaires des ASSS et des CSSS. Comme résultat, ces réductions ont eu des répercussions sur la portée d'un grand nombre de projets en raison des limites de leurs partenaires. Par exemple, la formation culturelle du SPSNA n'a pas reçu le nombre de participants prévu au départ en raison de ces compressions budgétaires.

La communauté de Kahnawake avait obtenu un protocole d'entente sur leurs relations de travail avec le CSSS de la Montérégie, ainsi qu'une lettre d'entente avec le directeur du CSSS précisant que toutes les correspondances seraient en anglais. Au moment où le directeur est parti, personne ne connaissait l'existence de ces documents. Il a fallu environ huit mois avant d'obtenir un contact direct avec le nouveau directeur. Il a donc été proposé que la planification de la transition soit obligatoire.

La volonté de toutes les personnes dans les projets nous a aidés énormément, mais on a affirmé que les systèmes qu'elles font fonctionner représentaient la plus importante difficulté. Quelques personnes ont indiqué que l'embauche d'un gestionnaire de projet distinct permettait au travail d'être orienté avec précision et d'aller de l'avant.

Certaines communautés ont affirmé qu'il avait fallu beaucoup de temps pour établir les partenariats au moyen d'échange de renseignements et de sensibilisation, et pour dissiper les idées fausses. D'autres ont évoqué des problèmes de compétences. Des membres étaient invités par le CSSS à siéger aux comités en tant que représentant d'un organisme communautaire, mais n'étaient pas perçus comme une autorité distincte.

Une communauté a affirmé qu'elle avait beaucoup de difficultés avec la hiérarchie des structures provinciales. À titre d'exemple, un directeur s'adressait uniquement à un autre directeur, et non à un responsable comme un coordonnateur de projet FTSA. Une autre communauté a affirmé que la difficulté était d'obtenir l'implication de tout le personnel en même temps dans le dossier pour tenir une réunion, en raison de leurs horaires de travail.

Pour les communautés anglophones, travailler avec des partenaires de la province impliquait qu'elles devaient se heurter à des obstacles linguistiques. Cela signifiait donc parfois qu'il y avait deux fois plus de travail pour effectuer la traduction de la documentation. Au départ, l'obstacle le plus important pour le projet du Nunavik était la méfiance entre le conseil de santé et ses partenaires; cette situation s'est finalement résolue.

Alors qu'une communauté a indiqué que le manque d'échanges formels de données pour recueillir des statistiques était un obstacle aux efforts de leur projet, celle de Wendake s'est heurtée à un bon nombre de contraintes technologiques en tentant de corriger la situation à l'aide d'un système qui répondrait aux besoins de son système de services sociaux et de santé.

Quant à la Commission, elle devait parfois attendre que la province accomplisse sa partie du travail, ce qui prenait beaucoup de temps à cause de tous les autres dossiers qu'elle devait traiter. De plus, lors d'un projet commun, il était impossible de mener des consultations avec les communautés puisque la province n'avait pas terminé ses propres approbations avant la mise en œuvre, et en raison des règlements provinciaux en matière de confidentialité, le travail ne pouvait pas être partagé avec les communautés. La Commission a donc dû mener ses propres consultations avec les infirmières.

Beaucoup de détenteurs de projets ont présenté comme un problème la charge de la production répétitive de rapports exigés par le FTSA parmi toutes les autres responsabilités des collectivités envers tous leurs autres programmes. Il serait possible de diminuer la quantité de rapports produits et la répétition des mêmes questions dans différents rapports.

En revanche, les communautés innues les plus isolées ont affirmé que la progression des projets FTSA était plus facile parce qu'elles se trouvaient dans le même bateau que la province, car il y avait moins de services offerts dans cette partie de la province, et la mise en commun des ressources et des efforts était avantageuse pour tous. L'hôpital de la région avait un nombre important de clients issus des collectivités innues de Natashquan, de Mingan et également de Pessamit. Ceci a été un facteur favorable en plus du fait que les trois communautés avaient déjà établi une relation de travail avec les partenaires provinciaux avant le projet FTSA.



Quelques collectivités ont aussi indiqué qu'un facteur favorable à leurs projets était de pouvoir communiquer directement avec la direction de chaque CSSS. Un bon exemple est le SPSNA qui a été en mesure de rencontrer les directeurs du CSSS du Lac-Témiscamingue, du CSSS Les Eskers de l'Abitibi, du CSSS de la Vallée-d'Or et de l'ASSS de l'Abitibi-Témiscamingue, et d'obtenir leur approbation. Cette dernière s'est traduite par 12 séances de formation régulières et plus de 350 participants des secteurs de la santé et des services sociaux, ainsi que leurs partenaires.

D'autres ont également affirmé qu'un facilitateur de projet était d'avoir une personne de premier plan parmi les partenaires provinciaux, officiellement désignée pour le projet, une personne qui peut prendre des décisions.

3.3.2 NIVEAU DE SENSIBILISATION

Pour une majorité de projets, même pour ceux qui ont connu des expériences négatives, on s'entend pour dire que le niveau de sensibilisation de chaque partenaire s'est amélioré. Dans beaucoup de projets, l'échange de renseignements et la formation étaient importants des deux côtés, mais avec le temps, tous ont une compréhension accrue de l'autre.

Cependant, beaucoup s'entendent pour dire que la sensibilisation a été restreinte aux personnes impliquées dans les projets et que très souvent, elle n'est pas communiquée plus loin. Deux ou trois personnes interrogées ont indiqué qu'il était nécessaire de commencer à former des successeurs en plus des personnes en poste si l'on veut que la sensibilisation et la compréhension se développent et aillent de l'avant, et que tout le monde n'ait pas à recommencer au début lors du départ de ces ressources.

La sensibilisation et le partage de connaissances ont apporté quelques changements, qui ne sont toutefois pas répartis sur l'ensemble du système. Certains CSSS se sont montrés très réceptifs, alors que d'autres ont simplement fait des changements pour la forme à cause que les Premières Nations ne représentent pas une partie importante de leur clientèle, et qu'il y a des limites à ce qui peut être accompli dans l'ensemble du système sur une courte période de temps.

3.3.3 COMPRÉHENSION ACCRUE

Les communautés qui ont entrepris, en particulier, des séances de formation culturelle ont indiqué qu'il y avait eu une amélioration de la sensibilisation par rapport aux répercussions de la vie en pensionnat sur les questions sociales et de santé, ainsi que des échanges sur les disparités en matière de santé. Il faut toutefois continuer cette formation.

Une communauté a indiqué qu'il y avait eu une amélioration de la compréhension des difficultés d'accès aux services et des disparités en matière de santé chez les Premières Nations et les Inuits, mais que c'était un résultat indirect du projet et non un but.

Au sein même des collectivités, il y a eu une amélioration de la compréhension des structures provinciales, des corridors de services, ainsi que de nombreuses hiérarchies et modes de fonctionnement des institutions. Pour le projet de Kahnawake, il y a eu une amélioration de la compréhension des zones grises présentes entre les compétences provinciales et fédérales.

3.3.4 INTÉGRATION DES FACTEURS LIÉS À LA CULTURE ET AU GENRE

On a intégré des facteurs culturels à la plupart des projets, à l'exception possible du projet de gestion de données sur la santé de Wendake, qui portait essentiellement sur l'utilisation de la technologie pour répondre à un besoin.

On n'a toutefois pas intégré de facteurs liés au genre. La plupart des collectivités ne tiennent pas compte des différences de sexe dans leur planification. Au point de vue culturel, ce concept ne semble pas être approprié; les approches sont de nature holistique, on peut faire des distinctions entre les rôles des hommes et des femmes, mais tous les rôles sont de valeur égale. Il n'y a pas de division des concepts traditionnels, ni de préjugés. On a ressenti dans de nombreux cas que cette question avait potentiellement été soulevée par l'ensemble de la société qui a une échelle de valeurs différente.



Par exemple, à Natashquan, la Charte des droits du client en matière de santé et de services sociaux exige que toutes les activités soient offertes à tous les membres des communautés sans distinction, hommes et femmes, jeunes et aînés, parents et enfants.

3.4 PARTICIPATION

3.4.1 INTÉGRATION À LA PLANIFICATION

Certaines communautés étaient invitées à participer aux comités de planification sanitaire. Certaines d'entre elles étaient invitées à travailler sur des plans stratégiques quinquennaux pour leur CSSS. Deux ou trois communautés ont la chance de siéger au conseil d'administration du CSSS de leur région. La communauté de Manawan est sur la liste de diffusion des communications du CSSS du Nord de Lanaudière, de l'ASSS des Laurentides, et d'autres communautés ont affirmé avoir reçu des renseignements sur la formation.

La majorité des communautés ont pris part aux assises régionales pour le FTSA et à l'évaluation régionale; cependant, tel qu'indiqué dans la 1^{re} étape de l'évaluation, celles-ci n'ont pas contribué à la conception ni à la mise en œuvre des projets FTSA, ce qui a donné un résultat malheureux au Québec.

Au niveau national, la région du Québec est représentée par la Commission de la santé et des services sociaux, mais une communauté a affirmé qu'il serait utile d'avoir des représentants supplémentaires des communautés qui sont vraiment impliquées au niveau local. La Commission a indiqué qu'elle rencontre de façon régulière les représentants des communautés dans le cadre de divers programmes.

3.4.2 ENGAGEMENTS FUTURS

Dans l'avenir, les établissements de santé du Québec seront obligés de tenir compte de leurs partenaires dans leur évaluation et leur planification. Quelques communautés ont indiqué qu'il y avait des engagements entre les partenaires en ce qui concerne la communication et les formations à venir. Les personnes interrogées qui prennent part au Projet régional innu de la Côte-Nord ont

affirmé que le projet FTSA a permis aux partenaires de se réunir et de s'ouvrir les uns aux autres pour pouvoir collaborer sur de nouveaux projets.

3.5 COLLABORATION ET PARTENARIATS

3.5.1 DIFFICULTÉS

Les personnes interrogées ont identifié quelques difficultés qu'ils ont rencontrées :

- La terminologie de travail, étant donné que les communautés et les institutions provinciales ne désignent pas les services et les processus de la même façon.
- La disponibilité des personnes qui travaillent pour la province et leurs horaires.
- Le manque de respect des dates fixées pour les réunions de la part des partenaires, qui ont dû prioriser leurs propres engagements professionnels.
- L'harmonisation des services et trouver des moyens de les lier entre eux.
- Les règlements provinciaux et les règles de jeu dans le domaine des services de santé.
- La langue et la géographie.
- La concurrence et la peur ressentie par les autres partenaires qui ne comprenaient pas le fonctionnement du projet.
- La participation excessive des mêmes personnes dans les comités.
- La création de partenariats : il a fallu beaucoup de temps pour que certains partenaires s'impliquent dans le projet.
- Le changement de personnel : un événement important pour un projet a été reporté de cinq mois à cause du départ à la retraite d'un partenaire provincial, sans qu'il y ait de transfert de renseignements à ses successeurs.
- L'absence de plan de communication dans le cadre du projet.
- La comptabilisation séparée des fonds reportés à un exercice ultérieur et du financement régulier.



- La tentative d'avoir des partenaires techniques pour pouvoir comprendre les besoins et la situation sur le terrain.
- L'importance du temps passé à préparer le terrain, et non à mettre en œuvre les activités.

3.5.2 STRUCTURES EXISTANTES

Les comités directeurs, les groupes de travail, les équipes de travail mixtes, ainsi que les tables et les comités intersectoriels ont tous été invoqués comme étant des structures utilisées par les projets FTSA pour permettre les échanges et le développement. Les comités consultatifs, les groupes de concertation, les forums de partenariats et les conférences téléphoniques régulières ont servi à recevoir des commentaires et à émettre des idées.

Certaines personnes interrogées ont souligné qu'il fallait confier beaucoup plus de responsabilités à nos ressources humaines puisqu'elles n'ont pas les ressources supplémentaires nécessaires. Il y a un besoin de mettre en place les conditions nécessaires à la réussite, ce qui inclut avoir plus de ressources pour tous les programmes et les responsabilités supplémentaires.

3.5.3 EFFICACITÉ DES PARTENARIATS

Les partenariats ont permis d'ouvrir de nouvelles portes. Pour un bon nombre de collectivités, ces partenariats étaient considérés informels, mais des liens se sont établis avec d'autres partenaires, entre autres, du réseau provincial; par exemple, grâce aux programmes *Maternal Child Telehealth*, *Baby Friendly*, etc.

Une communauté a affirmé qu'elle avait désormais renforcé ses relations de travail avec Santé Canada et avec la province. La communauté de Wendake a indiqué qu'elle avait de très bonnes relations de travail avec l'ASSS de la Capitale-Nationale, qui s'intéressait, collaborait et offrait un soutien à leur projet.

Le personnel du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or a affirmé que le processus lui avait permis de tester certaines choses et d'évaluer comment allaient se porter leurs liens à long terme. D'autres ont indiqué que les équipes de travail mixtes du projet, conjointement avec la province, avaient

partagé les responsabilités et recueilli les renseignements pour les communiquer à leur équipe.

Au niveau régional, la Commission a créé des occasions d'emplois pour les Premières Nations et a amélioré les relations avec les organismes gouvernementaux tels que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Direction générale de la santé publique.

Cependant, une communauté croit que son partenariat n'a pas été efficace puisqu'elle n'est pas parvenue à établir un protocole d'entente, ce qui était l'objectif du projet en premier lieu.

Dans l'ensemble, toutes les communautés ont affirmé qu'il était trop tôt pour dire si la création de partenariats a mené à l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les Premières Nations. Les communautés commencent à peine à établir des liens avec la province et il faudra du temps pour voir les résultats.

3.5.4 PARTAGE DES RESPONSABILITÉS

Les projets FTSA sont demeurés sous la responsabilité et le contrôle des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites. Selon le projet, les partenaires ont pris une part de responsabilité, mais les détenteurs de projets, soit les collectivités et les organisations des Premières Nations et inuites, détenaient la responsabilité et la propriété finale.

3.5.5 COMMUNICATION ET COORDINATION

La plupart des communautés ont affirmé qu'il y avait une bonne communication, mais à cause du roulement de personnel au sein des ressources provinciales, la communication était parfois retardée. Le fait d'avoir un gestionnaire de projet a facilité la communication et la coordination des projets. La Commission a affirmé que la communication avec le MSSS était très bonne et qu'elle s'était beaucoup améliorée.

Quelques-uns des projets, tels que la formation culturelle du SPSNA et la Clinique Minowé du Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, ont tenu une conférence de presse pour faire leur lancement, ce qui s'est avéré être un succès.



3.5.6 COLLABORATION FUTURE

Il y a eu des engagements verbaux ou informels de la part des partenaires, mais beaucoup de communautés voulaient des accords ou des protocoles écrits pour collaborer, comme le protocole régional développé par les communautés innues de la Côte-Nord et leurs partenaires.

Le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or possède désormais un modèle de clinique de santé maternelle et infantile qui peut être exporté aux autres centres d'amitié autochtone, et il y a beaucoup d'intérêt au sein de ce réseau de centres pour collaborer sur ce projet.

3.5.7 LEÇONS RETENUES

Un grand nombre de leçons ont été retenues par les participants au projet FTSA; chacune d'entre elles est spécifique à un projet, mais quelques-unes sont tout de même énumérées dans cette section. Quelques personnes ont indiqué que le projet FTSA avait mis davantage en évidence le besoin d'utiliser un moyen électronique pour recueillir les données et établir des données statistiques.

Le projet du Nunavik consistait en un processus circulaire et répétitif, non linéaire. Il est devenu très demandant en temps et en argent parce que tout le monde y participait. Pour l'avenir, il sera nécessaire de repenser à des moyens de réduire le degré de participation et de travail.

La CSSSPNQL a estimé qu'elle a donné trop de renseignements lors de son atelier de formation des formateurs, donnée sur deux jours. On attendait des participants qu'ils assimilent 350 pages de renseignements et qu'ils donnent ensuite la même formation à leur communauté.

Les personnes interrogées de la CSSSPNQL ont également indiqué qu'ils avaient appris que la formation devait être offerte dans les communautés, plutôt que de retirer des intervenants, dans le but d'accroître le nombre de participants et l'efficacité à long terme de la formation. Quant au SPSNA, l'organisation a appris que des groupes de 40 participants étaient trop grands pour suivre une formation culturelle, et que des plus petits groupes permettaient d'enrichir les échanges entre les participants.

Un avantage inattendu pour la communauté de Listuguj est que le processus de présentation que l'organisation a lancé au cours du projet a obligé les clients à s'occuper de leurs problèmes de santé et à se responsabiliser.

3.6 ACTIVITÉS

3.6.1 ACTIVITÉS INACHEVÉES

Même si la plupart du travail qui était prévu a été mené à terme, dans certains cas, certaines activités n'ont pas été complétées ou ont été modifiées en raison de situations qui ont eu lieu :

- Certaines activités de quelques projets n'ont pas été complétées à cause que le personnel était débordé par les tâches courantes.
- Les projets de télésanté n'ont pas pu être intégrés aux projets de la CSSSPNQL étant donné que cette sorte de projet n'existe pas dans la région du Québec.
- À Manawan, il a été impossible de planifier des rencontres en personne avec les partenaires provinciaux pour le travail, comme il était prévu. Il y a donc eu des discussions et des échanges de documents nécessaires pour terminer le travail à faire sur l'adaptation des programmes.
- Au Nunavik, un projet pilote sur la santé mentale devait être lancé au terme du projet, mais il a été impossible de le réaliser puisqu'il n'y avait pas assez de temps pour développer cette partie du projet.
- À Kanesatake, certaines activités ont été modifiées au cours du projet en raison des courts délais et des retards imprévus causés par des questions linguistiques en lien avec la traduction.
- À Mashteuiatsh, l'objectif du projet, qui était de conclure une convention écrite, n'a pas été atteint.
- Dans le cadre de son projet de désintoxication dans les communautés, la CSSSPNQL a encore de la formation à faire, mais les infirmières ont tant d'autres choses à faire qu'il faudra du temps pour terminer cette formation dans toutes les communautés.



- Quelques communautés ont indiqué que le déroulement des activités a changé au cours du projet, mais les objectifs ont tout de même été atteints.

3.6.2 FACTEURS ET INFLUENCES EXTERNES

La CSSSPNQL a affirmé que les questions de compétences ont ralenti leurs projets. De plus, les nombreux malentendus et la confusion entre les services de désintoxication et les services de traitement dans les collectivités ont nui aux résultats du sondage réalisé dans cette région.

La pandémie et d'autres événements naturels, comme des inondations, sont venus entraver un bon nombre de projets, mais ont fait accélérer les projets de lutte contre la pandémie. Des retards de versement du financement ont raccourci le temps alloué à un grand nombre de projets étant donné que la plupart des communautés ne pouvaient pas entamer leurs projets sans qu'il y ait un accord de financement signé. Les retards ont fait qu'il n'y avait pas assez de temps pour poursuivre de façon approfondie tout ce qui était prévu au départ.

Les retards et les contretemps du projet étaient également liés aux changements causés par des élections dans la collectivité, aux changements de directeurs des services de santé et au renouvellement des représentants provinciaux dans les comités de direction ou dans les groupes de travail. Tel que précisé plus tôt, les compressions budgétaires qui touchent les établissements de santé provinciaux ont réduit la participation des CSSS à bien des égards, ce qui a limité la portée de certains projets.

À Natashquan et à Mingan, un processus était déjà en place avant de travailler avec l'hôpital local et le CSSS, ce qui a remis en place certaines choses difficiles à surmonter au début du Projet régional innu du FTSA. Ce travail a éventuellement facilité l'évolution du projet car les relations de travail étaient déjà bonnes. Le projet a profité de la continuité des services et des personnes, en ayant toujours les mêmes gens pour y travailler.

L'amélioration des services de première ligne a eu des effets positifs sur le projet de santé mentale de Mashteuiatsh. De plus, certains changements au sein des organismes provinciaux ont permis une amélioration des relations de travail.

Les tensions causées par les différentes situations qui sont survenues dans la collectivité tout au long du projet ont eu des répercussions sur le projet de Kanesatake. En revanche, le projet du Nunavik a profité des activités de développement et de la planification stratégique qui s'articule autour du Plan Nord du premier ministre du Québec, M. Jean Charest.

3.6.3 RETOMBÉES DU PROJET

Les personnes interrogées ont indiqué que le projet aurait certaines retombées, telles que :

- une compréhension accrue des deux systèmes de services sociaux et de santé;
- des portes ouvertes et un dialogue libre;
- un modèle de clinique autochtone de soins de santé maternelle et infantile en milieu urbain;
- des manuels de référence et des cahiers d'informations;
- de répertoires et de manuels de ressources;
- un manuel de formation;
- des protocoles;
- des présentations PowerPoint;
- des programmes de formation culturelle;
- un programme de formation culturelle en ligne;
- un projet pilote pour mettre en œuvre *Désintoxication à domicile*;
- un partage du pouvoir entre les établissements de santé du Québec et les Inuits du Nunavik;
- une stratégie et un plan de travail pour régulariser le travail du personnel infirmier des communautés;
- la définition des rôles et des responsabilités des partenaires du réseau provincial;
- une prise de conscience politique sur la façon de résoudre les problèmes auxquels sont confrontés les Innus du Nunavik;
- un contrat entre les autorités pour les services en anglais (sur recommandation);
- un nouveau programme nommé *Awasiaw à Manawan*;



- des renseignements sur la disponibilité du service d'orientation téléphonique 811 au Québec pour les services sociaux et de santé;
- l'Initiative amis des bébés;
- un guide autosoins et des affiches pour la pandémie;
- une trousse d'encapsulation de placenta pour l'hôpital;
- des politiques de soins postnataux;
- une implication accrue de la communauté;
- un manuel d'orientation pour l'équipe multidisciplinaire;
- de nouveaux programmes;
- des contacts établis avec le réseau provincial;
- un guide pour la prévention du suicide;
- un répertoire de tous les services de désintoxication au Québec;
- des outils pour les directeurs et les superviseurs pour accroître leurs compétences;
- l'adaptation de la formation sur les catastrophes et les crises;
- une recherche menée sur les problèmes de santé mentale chez les Premières Nations;
- un nouveau processus d'orientation formel pour la santé mentale et la toxicomanie;
- un répertoire en santé mentale sur le réseau provincial;
- la participation à des activités avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSS) au moyen du programme d'accès à la langue anglaise;
- un protocole de gestion des crises;
- une formation d'intervention en situation de crise.

3.7 OBSERVATIONS DES PARTENAIRES

Bien que les membres du comité tripartite n'aient pas été interrogés à titre personnel pendant l'évaluation, ils étaient représentés durant le processus. Des représentants ont personnellement pris part à l'assise régionale de la Côte-Nord,

dont un de Santé Canada, un de l'Agence de santé et services sociaux (ASSS) de la Côte-Nord et d'autres provenant de trois différents CSSS.

Un représentant de l'ASSS des Laurentides et quelques-uns du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes ont également pris part à l'assise régionale de Kanesatake. D'autres rencontres d'évaluation ont accueilli des représentants de leur CSSS et en provenance d'autres organismes provinciaux comme les centres jeunesse, les organismes provinciaux de lutte contre la toxicomanie et les CLSC.

M. Carl Thibaudeau, coordonnateur du FTSA, M. Richard Gray, directeur du secteur social, Mme Sophie Picard, directrice du secteur de la santé, et d'autres coordonnateurs de programmes de la CSSSPNQL ont pris part aux deux rencontres d'évaluation à Wendake. M. Thibaudeau a également participé à quatre visites d'évaluation sur place.

Tous les partenaires étaient d'accord avec le fait qu'un bon nombre de difficultés étaient nées, directement ou non, de la façon dont le projet a été mis en œuvre (au Québec). Les changements de renseignements ont semé beaucoup de confusion pour tous, il a été difficile d'établir certains partenariats en raison des problèmes de communication, il était difficile de trouver les ressources, et le temps nécessaire pour démarrer les projets a limité la portée et les résultats d'un bon nombre d'entre eux.

3.8 AUTRES COMMENTAIRES

Certains des participants aux évaluations ont ajouté d'autres commentaires au questionnaire. Ils ont affirmé que les prochaines initiatives devront tenir compte du temps nécessaire pour élaborer un projet et travailler de pair avec les communautés pendant le processus. Comprendre la dynamique des communautés prend beaucoup de temps pour les ressources et les partenaires externes.

On aurait dû considérer le financement à long terme pour mener à bien les projets et pour qu'ils deviennent pleinement opérationnels. Il existe un besoin de poursuivre les projets pour les faire avancer et passer à une autre étape.



4. RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

4.1 PROJETS RÉGIONAUX

4.1.1 MOYENS DE MISE EN ŒUVRE

Le FTSA pour la région du Québec était supervisé par un comité tripartite, composé de représentants du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, de Santé Canada et de la CSSSPNQL. Au total, 36 projets et 15 projets de développement ont été financés au Québec grâce au FTSA. Sur les 36 projets financés, il y a 14 projets d'adaptation, 21 projets d'intégration et 1 projet pancanadien, en plus des services de liaison et de coordination financés par l'enveloppe pancanadienne.

Parmi les sujets de ces projets, il y avait : le bien-être mental, les drogues et l'alcool, la pandémie, la formation culturelle, les protocoles et les accords, le continuum de services, l'adaptation des services actuels, la télésanté, la gestion des données sur la santé, les questions frontalières, le diabète, la petite enfance dans les familles à risque, ainsi que la liaison et la coordination.

Outre le financement reçu de Santé Canada, les projets mêmes contribuaient en nature, par des ressources humaines, des bureaux, du personnel auxiliaire, etc., ou offraient des fonds supplémentaires comme ce fut le cas pour la communauté de Wendake, dont la contribution excédait celle déjà versée pour le projet.

4.1.2 ACTIVITÉS

Les principales activités menées dans le cadre de ces projets ont permis la création de partenariats, le renforcement des capacités et l'échange de renseignements, y compris la formation culturelle.

4.1.3 RÉSULTATS

Parmi les principaux résultats, ces projets ont entre autres permis de créer : des manuels de formation, des programmes de formation culturelle, de la formation en ligne, des guides de ressources, des manuels de référence, des cahiers d'informations, des répertoires et des manuels de ressources, des protocoles et des ententes de travail, des présentations PowerPoint, un

projet pilote pour *Désintoxication à domicile*, des programmes de santé nouvellement adaptés, une base de données pour la gestion des données sur la santé, un modèle de clinique autochtone en milieu urbain, un modèle de supervision clinique et des tables intersectorielles.

4.1.4 RÉSULTATS IMMÉDIATS

Les collectivités et les organisations des Premières Nations et inuites ont été grandement impliquées dans le FTSA, même s'il y a eu du retard dans le démarrage du projet. Il a fallu beaucoup plus de temps avant que les partenaires provinciaux s'impliquent dans ce dernier dû à des problèmes de communication, au fait que beaucoup de gens ignoraient l'existence du projet FTSA, qu'ils n'en comprenaient pas la nécessité et que la plupart d'entre eux n'avaient jamais travaillé avec les communautés des Premières Nations et inuites.

Le Projet régional du Québec a renforcé les capacités des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites à divers degrés. Les projets ont quant à eux renforcé la capacité institutionnelle sur le plan local et organisationnel. Le manque de temps a cependant empêché les projets d'intégration de progresser suffisamment pour qu'il y ait des changements systémiques. Dans la plupart des cas, les changements ne sont pas assez significatifs pour pouvoir maintenir les bénéfices prévus dans les résultats immédiats du projet.

Le niveau de sensibilisation des partenaires s'est amélioré, et beaucoup d'obstacles et de contraintes ont été éliminés. Il y a également une meilleure compréhension de la hiérarchie complexe du système provincial qu'avant, et de grandes liaisons ont été créées, ce qui a permis de mettre des visages sur des noms.

Les partenaires provinciaux ont également renforcé leurs capacités; beaucoup ne connaissaient pas les structures, les ressources ni la culture des partenaires des Premières Nations et inuits. Un bon nombre de ces projets d'adaptation visaient à établir une compréhension des questions relatives à l'accès aux soins de santé, des disparités en matière de santé et des facteurs



sociaux/culturels chez les Premières Nations et les Inuits.

Les avantages de ce programme pourront se poursuivre après l'achèvement de celui-ci, sans surcharger les organisations et les partenaires locaux dans le cas où des ressources supplémentaires seraient mises à leur disposition. Certains de ces projets d'adaptation ingénieux, tels que la Clinique Minowé de Val-d'Or, la formation culturelle du SPSNA et les programmes de formation du CSSSPNQL, auront besoin de ressources pour pouvoir être poursuivis après le mois de mars.

Certaines collectivités des Premières Nations prennent part, dans une certaine mesure, à la planification des services de santé provinciaux, alors qu'il existe pour d'autres des questions de compétences liées à leur implication. Une ou deux de ces collectivités ont des représentants au conseil d'administration de leur CSSS, et l'un d'entre eux est en mesure de s'entretenir directement avec les organismes gouvernementaux.

4.2 RÉSULTATS

Les connaissances et les compétences acquises lors de ces projets ont su profiter aux communautés. Certaines ont vu leurs membres profiter de services auxquels ils n'avaient pas accès avant. D'autres ont utilisé la formation culturelle et l'échange d'information pour sensibiliser leurs propres travailleurs et ceux du système provincial aux réalités et à la culture des Premières Nations et des Inuits. Des liens importants ont ainsi été établis et, dans quelques cas, ceux-ci ont été officialisés par des protocoles et des ententes de travail. Certains programmes ont été adaptés, et un d'entre eux a pu profiter d'un établissement provincial pour offrir des services à l'extérieur de son territoire.

Un des principaux défis était le roulement de personnel du réseau provincial, qui a entraîné beaucoup de retard et qui a eu pour conséquence de devoir recommencer le travail préparatoire de certains projets. L'autre défi était également la disponibilité des employés de la province et leur calendrier de travail, ainsi que les restrictions dues aux compressions budgétaires. Les résultats du projet étaient parfois limités à cause des particularités régionales. Les plans de travail de la CSSSPNQL ont dû être modifiés à cause du retard

initial avec Santé Canada ou encore parce que la province n'était pas en accord avec les travaux de la Commission.

Les partenariats étaient solides et efficaces, et il y avait un certain partage des responsabilités liées aux projets en ce qui concerne les activités entreprises. Néanmoins, dans la plupart des cas, le détenteur de projet conservait la responsabilité finale des résultats, qui n'était donc pas partagée également par tous les partenaires.

Dans un bon nombre de projets, on estime que, si l'on avait disposé de plus de temps, ceux-ci auraient pu être développés davantage et atteindre un autre niveau, ce qui aurait assuré leur durabilité. Comme le décrivent les personnes interrogées, certaines choses ont bien fonctionné; d'autres non. Dans l'ensemble, il y a toutefois eu une amélioration de la sensibilisation et de la compréhension, ainsi que la création de relations de travail axées sur la collaboration sur lesquelles il sera possible de construire dans l'avenir.

4.3 EFFICACITÉ

Les projets qui ont pu atteindre leurs objectifs ont réussi grâce à au moins un des facteurs suivants :

- A. Les responsables du projet ont pu rencontrer directement le directeur ou la direction de l'organisme provincial, et obtenir son accord et son appui.
- B. Les responsables du projet pouvaient déjà compter sur une relation de travail avec les organismes provinciaux sur laquelle il a été possible de construire.
- C. Les responsables du projet ont une relation « gagnant-gagnant » avec les organismes provinciaux, par laquelle chacun tire avantage de la coopération avec son partenaire.
- D. L'encadrement du projet et la communication dans le cadre de celui-ci ont été très efficaces.
- E. Les projets ont pu recevoir un appui total de leurs partenaires.
- F. Les représentants des partenaires provinciaux avaient été assignés à ces projets et leur établissement leur ont donné le mandat de prendre des décisions.



4.4 RETOMBÉES

Tel que mentionné dans le rapport pour la 1^{re} étape d'évaluation du projet, il faudra du temps pour faire progresser les partenariats et pour que ceux-ci mènent à l'élaboration de services adaptés à la culture, axés sur une compréhension des réalités culturelles des Premières Nations et des Inuits. Ces projets ont offert une expérience unique aux deux niveaux d'autorité. À l'exception d'un cas ou deux, les communautés et les organismes provinciaux n'ont pas eu l'occasion de s'asseoir ensemble pour discuter des questions relatives aux services sociaux et de santé.

En général, il n'y a pas eu suffisamment de temps pour établir les liens nécessaires à l'adaptation et à l'intégration de projets, et de services à long terme. Sans doute que les plus importantes retombées qu'a eues le projet FTSA au Québec ont été l'ouverture de portes et d'un dialogue.

3. Le MSSS devrait offrir une meilleure communication et un plus grand soutien aux ASSS et aux CSSS par rapport à l'initiative FTSA, dans le but d'établir les situations « gagnant-gagnant », qui font des projets une réussite.
4. Le seul moyen d'atteindre les objectifs du FTSA est par le renforcement des capacités chez tous les partenaires. Cela se traduit par la formation, que ce soit de la formation culturelle pour les partenaires provinciaux ou de la formation pour les travailleurs communautaires. Outre le financement des projets FTSA, des ressources supplémentaires devraient servir à soutenir et à coordonner ces besoins en formation.
5. Le FTSA pour la région du Québec s'est avéré être une réussite à court terme principalement grâce aux efforts des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites. Un grand nombre de collectivités se sont battues pour impliquer leurs partenaires dans leurs projets et pour être traitées sur un pied d'égalité.

5. RECOMMANDATIONS

Les recommandations suivantes portent sur les résultats attendus dans le cadre du projet FTSA. Elles sont fondées sur les entrevues et sur les renseignements reçus de 71 personnes interrogées, ainsi que sur la révision des documents obtenus des projets FTSA :

1. Les projets individuels FTSA ont besoin de plus de temps et de ressources pour atteindre entièrement leurs objectifs. Il n'y a pas eu suffisamment de temps et de ressources pour développer les partenariats à leur pleine capacité et pour apporter les changements systémiques nécessaires au renforcement des capacités. Dans un bon nombre de cas, les résultats immédiats sont limités. On devrait toutefois poursuivre ces initiatives au cours des cinq prochaines années avec suffisamment de ressources pour apporter des changements et pour atteindre les résultats prévus pour les initiatives FTSA.
2. L'initiative FTSA devrait être renouvelée en incluant les recommandations de la 1^{re} et de la 2^e étape de l'évaluation régionale en ce qui a trait à l'élaboration, la gestion, l'exécution et la mise en œuvre du FTSA.
 3. Le MSSS devrait offrir une meilleure communication et un plus grand soutien aux ASSS et aux CSSS par rapport à l'initiative FTSA, dans le but d'établir les situations « gagnant-gagnant », qui font des projets une réussite.
 4. Le seul moyen d'atteindre les objectifs du FTSA est par le renforcement des capacités chez tous les partenaires. Cela se traduit par la formation, que ce soit de la formation culturelle pour les partenaires provinciaux ou de la formation pour les travailleurs communautaires. Outre le financement des projets FTSA, des ressources supplémentaires devraient servir à soutenir et à coordonner ces besoins en formation.
 5. Le FTSA pour la région du Québec s'est avéré être une réussite à court terme principalement grâce aux efforts des collectivités et des organisations des Premières Nations et inuites. Un grand nombre de collectivités se sont battues pour impliquer leurs partenaires dans leurs projets et pour être traitées sur un pied d'égalité.
 6. Les objectifs à long terme énoncés pour l'initiative FTSA ne pourront pas être atteints à moins de repenser les approches à adopter pour relancer des initiatives comme le FTSA. Ces initiatives devraient être mises en œuvre lentement et avoir suffisamment de temps pour permettre une communication appropriée et efficace à la source entre les trois niveaux d'autorité.
 6. Les objectifs FTSA énoncés parlent des Premières Nations et des Inuits collectivement. Pour s'assurer que ces objectifs soient atteints pour tous les membres des Premières Nations et les Inuits, le FTSA doit :
 - A. être plus ouvert et possiblement regrouper les petites communautés, si nécessaire;
 - B. s'éloigner du financement axé sur des propositions de service qui réduit l'accès à certaines communautés.

6. RÉFÉRENCES

CSSSPNQL (2010). *Evaluation of Aboriginal Health Transition Fund Quebec Region*, Rapport final.

Santé Canada (2006). *Aboriginal Health Transition Fund Adaptation Envelope*, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Octobre 2006.

Santé Canada (2006). *Aboriginal Health Transition Fund Integration Envelope*, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Septembre 2006.

Santé Canada (2006). *Aboriginal Health Transition Fund Integration Envelope*, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, Août 2006.

Santé Canada (2008). *Aboriginal Health Transition Fund Evaluation Framework*, Novembre 2008.

Santé Canada (2009). *Interim Evaluation of the Aboriginal Health Transition Fund*, Rapport final, PRA Inc. Recherche et consultation pour Santé Canada.



www.cssspnql.com