



# **Évaluation du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits**

**De 2008-2009 à 2012-2013**

Rédigé par  
la Direction de l'évaluation  
Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada

**Septembre 2013**

## Liste des sigles

AAP	Architecture d'alignement des programmes
DGSPNI	Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
EPS	Études postsecondaires
IRHSA	Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone
PCSII	Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits
RHS	Ressources humaines en santé

## Table des matières

Synthèse .....	ii
Réponse de la direction .....	vi
1.0 But de l'évaluation .....	1
2.0 Description du programme .....	1
2.1 Contexte du programme .....	1
2.2 Profil du programme .....	3
2.3 Modèle logique du programme et description .....	5
2.4 Harmonisation du programme et ressources .....	6
3.0 Description de l'évaluation .....	7
3.1 Portée de l'évaluation et aspects à évaluer .....	7
3.2 Approche et modèle de l'évaluation .....	8
3.3 Collecte de données et méthodes d'analyse .....	8
3.4 Limites et stratégies d'atténuation .....	10
4.0 Constatations .....	11
4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir le programme .....	11
4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement .....	17
4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral .....	17
4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité) .....	20
4.5 Rendement : Élément n° 5 – Évaluation de l'économie et de l'efficacité .....	27
5.0 Conclusions .....	30
5.1 Conclusions sur la pertinence .....	30
5.2 Conclusions sur le rendement .....	31
6.0 Répercussions .....	32
7.0 Leçons retenues .....	32
Annexe 1 Références bibliographiques .....	34
Annexe 2 Modèle logique et description .....	35

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Tableau de concordance des activités menées dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits pour la période visée par l'évaluation (de 2008-2009 à 2012-2013) .....	3
Tableau 2 : Dépenses du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits .....	6
Tableau 3 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation .....	7
Tableau 4 : Limites et stratégies d'atténuation .....	10

# Synthèse

L'évaluation portait sur la sous-sous-activité (le programme) Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013. Elle a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada.

## But, portée et conception de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de mesurer la pertinence et le rendement du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Elle portait sur les aspects pancanadiens du programme, d'avril 2008 à mars 2013. La méthodologie retenue pour la réalisation de l'évaluation comprenait notamment un examen des documents et des données, une revue de la littérature et des entrevues avec des informateurs clés.

## Description du programme

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a été mis sur pied en 2011 et est le résultat du regroupement, par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), d'un certain nombre d'autorisations de financement, notamment l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA – dont le financement prend fin en 2015) et le Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits (PCSII). L'objectif de cette mesure était de jeter les bases de changements systémiques à long terme concernant l'offre, la demande et la création de milieux de travail favorables aux ressources humaines autochtones en santé. Le programme visait les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, sans égard à leur statut et à leur lieu de résidence, ainsi que les fournisseurs de soins de santé, les établissements d'enseignement postsecondaire et les associations et organismes de professionnels et de paraprofessionnels de la santé. Les dépenses annuelles moyennes du programme au cours de la période visée par l'évaluation ont été d'approximativement 20,4 millions de dollars (soit, environ 102 millions de dollars au cours des cinq années visées).

## Conclusions de l'évaluation et leçons retenues

### CONCLUSIONS – PERTINENCE

#### Nécessité de maintenir le programme

La nécessité d'accroître le nombre de travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations dans le système de santé est toujours bien réelle, de même que celle de répondre aux besoins en ressources humaines en santé des Inuits et des Premières Nations vivant dans des réserves, particulièrement des collectivités rurales et éloignées. Toutefois, même si des programmes comme celui des Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits contribuent à atténuer les difficultés et les obstacles à la constitution et au maintien en poste d'un effectif en santé inuit, métis et des Premières Nations (programmes de transition

vers les sciences de la santé et d'accès à celles-ci), de nombreux obstacles à l'inscription aux programmes postsecondaire ne relèvent pas de Santé Canada, notamment les écarts sur le plan de la réussite scolaire aux niveaux primaire et secondaire.

### **Harmonisation avec les priorités du gouvernement**

Depuis sa création en 2005, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits s'harmonise avec une importante priorité du gouvernement fédéral, qui est de respecter les engagements pris dans le cadre de l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, et il continue de s'harmoniser avec les résultats ministériels ainsi que les buts et les objectifs stratégiques de la DGSPNI.

### **Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits s'harmonise avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral que se partagent plusieurs ministères, dont Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord canadien et Emploi et Développement social Canada (anciennement Ressources humaines et Développement des compétences Canada). À Santé Canada, le programme s'harmonise avec les rôles et les responsabilités de la DGSPNI, tel qu'il est indiqué dans son plan stratégique de 2012.

## **CONCLUSIONS – RENDEMENT**

### **Atteinte des résultats escomptés (efficacité)**

Dans l'ensemble, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a progressé vers l'atteinte des résultats escomptés, notamment le résultat à long terme « des travailleurs de la santé autochtones offrant des services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones ». Des améliorations ont été constatées sur le plan des inscriptions et de la diplomation, qui sont en hausse dans les programmes de la santé. Le programme a facilité ces progrès en atténuant les répercussions de certaines difficultés ou de certains obstacles que doivent affronter les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, en particulier, au moyen de programmes d'accès, de transition et de soutien, ainsi que de bourses d'entretien et d'études. Cependant, des améliorations pourraient être apportées à la façon dont Indspire accorde ses bourses d'entretien et d'études pour les carrières en santé au Québec.

Ces dernières années, les initiatives ont surtout porté sur l'amélioration des qualifications des travailleurs communautaires et des gestionnaires en santé. Elles ont également contribué à améliorer les compétences techniques et culturelles (là où elles ont été intégrées à d'autres projets).

## Démonstration de l'efficacité et de l'économie

Le programme a fait preuve d'efficacité en adaptant ses priorités et un ensemble de produits et services en fonction des secteurs où les besoins et les possibilités d'influence étaient les plus élevés, ainsi qu'en mettant en œuvre une gouvernance régionale et un modèle de prestation favorisant une mise en œuvre économique. Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits mise sur la collaboration et les partenariats pour mettre à profit les ressources et favoriser l'obtention de résultats durables.

Il semble possible de travailler dans le but stratégique général de la DGSPNI lié au rendement efficace et efficient afin d'établir des liens utiles avec d'autres ministères fédéraux qui favoriseront l'adoption d'une approche pangouvernementale et fondée sur la santé de la population. Des améliorations pourraient aussi être apportées dans les activités de mesure du rendement en vue d'évaluer l'atteinte des résultats et de guider l'établissement des priorités futures.

## Leçons retenues de l'évaluation

Nous ne formulons pas de recommandations formelles, étant donné que le financement du programme devrait prendre fin d'ici mars 2015. À la lumière des constatations et des conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère reconnaît qu'il y a des leçons à retenir de cette initiative et que celles-ci pourraient être utiles si des interventions ciblant les ressources humaines en santé inuites, métisses et des Premières Nations étaient envisagées dans l'avenir.

## Entreprendre de la recherche appliquée en vue de guider l'établissement des priorités et les initiatives futures

Il n'existe pour le moment aucune donnée de référence sur le nombre d'Autochtones en provenance des réserves ou des collectivités inuites qui s'inscrivent dans des établissements d'enseignement postsecondaire ou qui y obtiennent un diplôme dans diverses disciplines de la santé. Aucune donnée n'est recueillie non plus sur ceux qui retournent dans leur collectivité d'origine après avoir obtenu un diplôme. Ces renseignements sont difficiles à obtenir, en raison des questions de confidentialité et des processus de suivi en place dans les établissements d'enseignement. Cependant, disposer de ce type de renseignements serait avantageux à plusieurs égards; cela permettrait notamment de déterminer avec plus de précision les besoins en ressources humaines en santé, d'élaborer des interventions plus appropriées ou, au contraire, d'adapter ou d'améliorer celles qui existent déjà, en plus de servir aux discussions fondées sur des données probantes avec les intervenants inuits et des Premières Nations au sujet des besoins futurs des programmes.

En outre, d'autres travaux de recherche sur un ou plusieurs programmes d'études postsecondaires (programmes de transition, d'accès, d'aide aux étudiants ou sur la compétence culturelle) financés par l'IRHSA pourraient aussi être utiles pour orienter les initiatives futures visant à accroître et à améliorer les ressources humaines autochtones en santé.

### **Améliorer les activités de mesure de rendement**

Un meilleur système de mesure du rendement permettrait d'améliorer l'évaluation des liens possibles de cause à effet entre l'exécution des activités de programme et certains changements à plus long terme. Il permettrait aussi d'évaluer l'efficacité et l'efficience de la prestation du programme. L'établissement de définitions normalisées de ce qui doit être déclaré permettrait d'améliorer les données de surveillance recueillies. Une mise en œuvre uniforme, tant à l'échelle régionale que nationale, serait utile pour les activités permanentes de surveillance et d'évaluation du programme.

### **Coordonner les activités de la Direction générale et collaborer avec d'autres ministères**

Le gouvernement fédéral met en œuvre de nombreuses initiatives visant à s'attaquer à un ensemble d'obstacles et de défis dans ce domaine. Il serait donc avantageux de miser sur les atouts existants en collaborant et en établissant des partenariats internes avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec des organismes externes. Cette façon de faire contribuerait à cibler les activités et à les associer convenablement à d'autres susceptibles de favoriser l'atteinte des résultats escomptés. Ainsi, les initiatives futures pourraient cibler des lacunes ou des obstacles qui n'ont pas encore été visés par d'autres programmes financés par la Direction générale, par des partenaires fédéraux ou par d'autres administrations.

## Réponse de la direction

### ÉVALUATION DU PROGRAMME RESSOURCES HUMAINES EN SANTÉ À L'INTENTION DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Nous ne formulons pas de recommandations formelles, étant donné que le financement du programme devrait prendre fin d'ici mars 2015. À la lumière des constatations et des conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère reconnaît qu'il y a des leçons à retenir de cette initiative et que celles-ci pourraient être utiles si des interventions ciblant les ressources humaines en santé inuites, métisses et des Premières Nations étaient envisagées dans l'avenir.

Leçons retenues	Réponse de la direction	Autres considérations, commentaires et mesures
<p>Entreprendre de la recherche appliquée en vue de guider l'établissement des priorités et les initiatives futures.</p> <p>Améliorer les activités de mesure de rendement.</p> <p>Coordonner les activités de la Direction générale et collaborer avec d'autres ministères.</p>	<p>La direction accepte les constatations, les conclusions et les leçons retenues qui ressortent de l'évaluation.</p> <p>L'IRHSA a été conçue en vue de s'attaquer à l'importante sous-représentation des Autochtones dans l'effectif en santé, et plus particulièrement, dans la prestation des soins et des programmes de santé aux collectivités inuites et des Premières Nations. Même si le programme a permis de réaliser des progrès en ce qui a trait à l'accroissement du nombre de professionnels de la santé autochtones et à la formation de travailleurs communautaires, il existe toujours un écart important, et par conséquent, la nécessité de le combler demeure.</p> <p>Le financement des ressources humaines en santé a entraîné diverses réussites qui se sont traduites par des améliorations sur les plans suivants : augmentation du nombre d'inscriptions et de diplômés dans les programmes liés aux carrières en santé; qualifications des travailleurs communautaires et des gestionnaires en santé; offre de programmes de formation axés sur la compétence culturelle dans les facultés de médecine et les écoles de sciences infirmières.</p> <p>Pour concrétiser ces réussites, il a fallu miser sur la collaboration, plus particulièrement dans les régions, avec des partenaires (intervenants inuits et des Premières Nations, établissements d'enseignement postsecondaire, provinces et territoires, associations de professionnels de la santé et autres administrations). La majorité des régions ont mis en place des structures de gouvernance en vue de faciliter la planification. Cette structure a permis d'améliorer la capacité régionale et la capacité des Premières Nations et des Inuits dans le domaine de la planification des ressources humaines en santé ainsi que dans l'optimisation des ressources.</p> <p>La DGSPNI appliquera les nombreuses leçons retenues dans le cadre des activités de l'IRHSA si elle entreprend d'autres initiatives semblables dans le futur.</p>	<p>Une part importante des activités de l'IRHSA étaient des travaux préparatoires, comme l'élaboration de programmes de transition et d'accès, de programmes d'aide aux étudiants dans les établissements d'enseignement postsecondaire, de programmes sur la compétence culturelle dans les facultés de médecine et les écoles de sciences infirmières, ainsi que l'élaboration du cadre de compétences et de la formation des gestionnaires en santé des Premières Nations. Ces réalisations importantes, de même que les partenariats établis, sont déterminantes pour la réussite future des programmes de la santé destinés aux Premières Nations.</p> <p>De plus, il est important que Santé Canada travaille avec Affaires autochtones et Développement du Nord canadien, Emploi et Développement social Canada, les programmes de la DGSPNI, ainsi que les organismes inuits et des Premières Nations afin de s'assurer que les programmes d'enseignement ou de formation qu'ils appuient actuellement mettent davantage l'accent sur les carrières en santé et que les gains importants réalisés par l'IRHSA ne soient pas perdus.</p>

## 1.0 But de l'évaluation

L'évaluation avait pour but de mesurer la pertinence et le rendement de la sous-sous-activité (le programme) Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits pour les exercices 2008-2009 à 2012-2013.

Il s'agit de la première évaluation du programme dans son ensemble. Celle-ci a été réalisée pour satisfaire aux exigences de la *Loi sur la gestion des finances publiques* et de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada. Un examen à mi-parcours de la composante du programme appelée Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone a été réalisé en 2009 (Santé Canada, 2009).

## 2.0 Description du programme

### 2.1 Contexte du programme

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a été mis sur pied en 2011 lorsque la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) a décidé de regrouper un certain nombre d'autorisations de financement, notamment l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA – dont le financement prend fin en 2015) et le Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits (PCSII), en raison de la similitude des objectifs de ces programmes.

L'IRHSA est née d'un engagement pris par le gouvernement fédéral lors d'une réunion spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones, en septembre 2004. Cet engagement, qui se situe dans le prolongement de l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, exhortait les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à travailler en collaboration avec les Autochtones pour promouvoir un système de santé qui répond davantage aux besoins de ces derniers.

La portée de l'IRHSA a été élargie lors de la réunion spéciale des premiers ministres de 2004, de manière à ce qu'elle vise l'ensemble des Autochtones, soit les Premières Nations, les Inuits, les Métis, ainsi que les membres des Premières Nations non inscrits et vivant à l'extérieur des réserves. L'Initiative a aussi été conçue de manière à ce qu'elle s'harmonise étroitement avec la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé, l'une des toutes premières initiatives issues de l'Accord des premiers ministres de 2003. Cette stratégie plus vaste a mené à l'adoption du Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne (Santé Canada, 2007). Ce cadre préconisait une approche concertée axée sur les systèmes et fondée sur les besoins de la population en matière de planification des ressources humaines. Il reconnaissait que la conception du système de santé ainsi que la planification des ressources humaines en santé (RHS) relèvent des administrations. Les ressources disponibles pour la prestation des soins y étaient également établies. On y affirmait également que, compte

tenu du nombre restreint de programmes de formation au pays, ainsi que de la mobilité de l'effectif en santé, les administrations ne pouvaient planifier de façon cloisonnée, et qu'il fallait adopter une approche de collaboration pancanadienne en matière de planification des ressources humaines en santé, y compris pour les collectivités autochtones.

L'annonce de la création de l'IRHSA a été faite officiellement dans le Budget de 2005 à titre de nouvel investissement de 100 millions de dollars sur cinq ans, investissement qui a été renouvelé en mars 2010 lorsque l'Initiative a obtenu un montant de 80 millions de dollars de 2010-2011 à 2014-2015, période appelée deuxième phase<sup>1</sup>.

Le PCSII est un programme plus modeste sur le plan du financement, puisqu'il dispose d'un budget annuel d'approximativement 3,7 millions de dollars, mais il existe depuis plus longtemps que l'IRHSA. En effet, il a été approuvé initialement par le Conseil du Trésor en 1984 (financement permanent). Au cours des premières années (1984-1987), il figure dans divers documents du Conseil du Trésor sous diverses appellations, notamment le Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits, le Programme de carrières professionnelles pour Indiens et Inuits dans le domaine de la santé et le Programme de perfectionnement professionnel pour ouvrir aux Indiens et aux Inuits des carrières dans le domaine de la santé.

Les objectifs du PCSII étaient très similaires à ceux de l'IRHSA qui a vu le jour par la suite. Dès le début, il comportait cinq volets : promotion, emploi axé sur la carrière, programmes communautaires, programmes institutionnels, ainsi que bourses d'entretien et d'études. Au départ, les bourses d'entretien et d'études étaient offertes directement par Santé Canada. En 1998, le processus a changé, et c'est la Fondation nationale des réalisations autochtones (FNRA), qui s'appelle aujourd'hui Indspire<sup>2</sup>, qui a été mandatée pour administrer les bourses. Au moyen de ces bourses, le programme visait à encourager et à soutenir la participation des Autochtones aux programmes conduisant à des carrières professionnelles dans le domaine de la santé et à offrir aux étudiants autochtones fréquentant les universités et les collèges un milieu d'apprentissage leur permettant de surmonter les nombreux obstacles sociaux et culturels qui empêchent leur réussite scolaire. À long terme, l'atteinte de ces objectifs était vue comme un moyen de s'attaquer à la sous-représentation des Autochtones dans les professions de la santé et d'accroître les possibilités pour les Autochtones de recevoir des soins de santé de qualité dispensés par des personnes de même culture.

---

<sup>1</sup> Étant donné que l'évaluation porte uniquement sur les exercices 2008-2009 à 2012-2013, ces fonds ne sont pas tous visés par la présente évaluation.

<sup>2</sup> Indspire (l'ancienne Fondation nationale des réalisations autochtones) se décrit comme un organisme de bienfaisance enregistré qui fournit les outils nécessaires pour permettre aux Autochtones, et plus particulièrement aux jeunes, d'exploiter leur plein potentiel. L'organisme axe ses activités sur le soutien, l'innovation et la transformation en profondeur de l'enseignement aux Autochtones. Voir : <https://indspire.ca/fr>.

## 2.2 Profil du programme

L'objectif du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits était de jeter les bases de changements systémiques à long terme concernant l'offre, la demande et la création de milieux de travail favorables aux ressources humaines autochtones en santé. Le programme visait les Premières Nations, les Inuits et les Métis sans égard à leur statut ou à leur lieu de résidence, ainsi que les fournisseurs de soins de santé, les établissements d'enseignement postsecondaire, les associations et les organismes de professionnels et de paraprofessionnels de la santé, ainsi que les associations représentant les collèges et les universités<sup>3</sup>.

Les intervenants du programme comptaient un large éventail de parties internes et externes. Les bureaux régionaux et l'administration centrale de Santé Canada étaient au nombre des intervenants internes. Quant aux intervenants externes, ils comprenaient des collectivités inuites, métisses et des Premières Nations, des conseils de bandes et tribaux, des organismes autochtones nationaux, des organismes provinciaux et territoriaux, des organismes de revendications territoriales, les gouvernements provinciaux et territoriaux, des autorités régionales de la santé, des organismes de prestation de services de santé, des organisations de professionnels et de paraprofessionnels de la santé, des fournisseurs de services de santé, ainsi que des collèges et universités et leurs associations. Le programme était destiné aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis, notamment aux étudiants de niveau postsecondaire, aux bénéficiaires de soins de santé et aux travailleurs de la santé.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'IRHSA et le PCSII ont été réunis au sein du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits parce qu'ils avaient des objectifs semblables. Le tableau 1 présente les activités menées dans le cadre du programme avant et après le regroupement des autorisations en 2011.

**Tableau 1 : Tableau de concordance des activités menées dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits pour la période visée par l'évaluation (de 2008-2009 à 2012-2013)**

Activités menées dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Bourses d'entretien et bourses d'études	X	X	X	X	X
Promotion des carrières en santé	X	X	X	X	X
Formation à l'intention des travailleurs communautaires			X	X	X
Programmes de soutien aux études postsecondaires	X	X	X	X	X
Adaptation des programmes	X	X	X	X	
Gestionnaires en santé (axé sur l'élaboration d'un cadre de compétences essentielles)	X	X			
Gestionnaires en santé (axé sur la formation des gestionnaires en santé)			X	X	X

<sup>3</sup> Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a une portée plus restreinte que l'IRHSA (il est axé sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis plutôt que sur l'ensemble des Autochtones).

Activités menées dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
Planification, mise en œuvre et intégration des ressources humaines en santé	X	X	X	X	X
Capacités des membres des Premières Nations et des Inuits	X	X	X	X	X
Stratégie de transfert des connaissances			X	X	X

Un examen à mi-parcours du programme (Santé Canada, 2009), commandé par ce dernier, a recommandé un investissement permanent en vue d'accroître le nombre des travailleurs de la santé, mais aussi un rajustement en vue d'inclure des initiatives de formation destinées à mettre à niveau les compétences et l'accréditation des travailleurs communautaires de manière à ce qu'elles soient comparables à celles des travailleurs de la santé des systèmes provinciaux et territoriaux.

À l'heure actuelle, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits peut être décrit de la façon qui suit<sup>4</sup>.

L'objectif du programme est d'accroître le nombre de membres des Premières Nations et d'Inuits et travaillant dans la prestation des soins de santé<sup>5</sup>. Les responsables du programme administrent les accords de contribution et les dépenses ministérielles directes visant à promouvoir et à soutenir des services de santé de qualité à l'échelon communautaire. Pour ce faire, le programme axe ses efforts sur l'accroissement du nombre de membres des Premières Nations et d'Inuits qui entreprennent des études menant à une carrière dans le domaine de la santé et fait en sorte que le niveau de compétence et l'accréditation des travailleurs communautaires soient comparables à ceux des travailleurs de la santé des systèmes provinciaux ou territoriaux. Le programme compte sur la participation de nombreux intervenants, dont les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, des organisations de professionnels de la santé, des organismes autochtones nationaux, des organisations non gouvernementales, des associations et des établissements d'enseignement.

La mise en œuvre du programme est principalement axée sur les activités suivantes : bourses d'études dans le secteur de la santé; activités de promotion des carrières en santé; possibilités de stage et d'emploi d'été pour les étudiants; activités d'application des connaissances; formation des travailleurs communautaires du secteur de la santé et des gestionnaires de la santé; élaboration et mise en œuvre de la planification des ressources humaines en santé pour les associations autochtones, fédérales, provinciales et territoriales de professionnels de la santé, les établissements d'enseignement et les autres intervenants.

<sup>4</sup> Architecture d'alignement des programmes de Santé Canada.

<sup>5</sup> Les bureaux régionaux de la DGSPNI responsables de l'IRHSA ont ciblé les Premières Nations et les Inuits conformément de leur mandat. Le programme national de bourses d'entretien et de bourses d'études pour les carrières en santé était destiné à l'ensemble des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, sans égard à leur lieu de résidence.

## 2.3 Modèle logique du programme et description

D'après le modèle logique du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, celui-ci est organisé selon cinq grands thèmes, soit : prestation de services; renforcement des capacités; mobilisation et collaboration des intervenants; collecte de données, recherche et surveillance; élaboration de politiques et partage des connaissances.

Voici les extraits à produire relativement à ces thèmes.

- Salons des carrières et matériel promotionnel visant à mieux faire connaître les programmes de la santé et à augmenter le nombre d'inscriptions à ceux-ci.
- Bourses d'entretien et d'études pour les jeunes inuits, métis et des Premières Nations qui envisagent d'entreprendre des études conduisant à une carrière dans le domaine de la santé.
- Programmes de transition, d'accès et d'aide destinés à combler l'écart sur le plan du niveau de scolarité des populations inuites, métisses et des Premières Nations et à accroître le nombre d'inscriptions et de diplômés (en réduisant le taux de décrochage scolaire).
- Formation à l'intention des travailleurs communautaires (incluant les gestionnaires en santé) leur permettant d'obtenir une accréditation correspondant aux normes provinciales et territoriales, le cas échéant.
- Programmes de formation en soins infirmiers et en médecine destinés à préparer les étudiants non autochtones de premier cycle et des cycles supérieurs à une pratique appropriée sur le plan culturel lorsqu'ils interviennent auprès de membres des Premières Nations et d'Inuits.
- Outils et autre matériel destinés à l'usage des régions et des collectivités pour la planification des ressources humaines en santé en vue de leur intégration subséquente aux processus régionaux visant à déterminer les besoins et les priorités en matière de ressources humaines en santé.
- Financement d'organismes provinciaux et territoriaux et d'organismes de revendications territoriales afin qu'ils participent à la planification des ressources humaines en santé.
- Stratégie du savoir visant à améliorer les communications avec les partenaires et les intervenants, plus précisément en ce qui a trait à l'établissement de rapports sur les projets et les résultats, ainsi qu'aux pratiques exemplaires.

Chacun de ces extraits s'adresse à un public cible précis et vise à contribuer à l'atteinte des résultats figurant dans le modèle logique.

Résultats immédiats escomptés

1. Accroissement du nombre d'inscriptions dans les programmes de la santé
2. Meilleure connaissance des pratiques exemplaires en matière de planification et de gestion des RHS

### Résultats intermédiaires escomptés

1. Nombre accru de fournisseurs de services de santé inuits, métis et des Premières Nations compétents sur le plan technique
2. Nombre accru de fournisseurs de services de santé ayant reçu une formation en compétence culturelle
3. Capacité accrue en matière de planification et de gestion des ressources humaines en santé

À long terme, le programme devrait contribuer à accroître la proportion de professionnels de la santé autochtones assurant la prestation de services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones.

## 2.4 Harmonisation du programme et ressources

La sous-sous-activité (3.3.1.2) Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits contribue au résultat stratégique n° 3 de Santé Canada : Les collectivités inuites et des Premières Nations bénéficient de services et de prestations de santé qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé. Dans l'Architecture d'alignement des programmes (AAP) du Ministère, le programme a été indiqué sous l'activité de programme 3.3 : Soutien de l'infrastructure sanitaire dans les collectivités inuites et des Premières Nations, ainsi que sous la sous-activité 3.3.1 : Capacité du système de santé des collectivités inuites et des Premières Nations.

D'après les données financières<sup>6</sup>, les dépenses du programme se chiffraient en moyenne à 20,4 millions de dollars par année, de 2008-2009 à 2012-2013 (soit environ 102 millions de dollars au cours des cinq années). Les dépenses réelles effectuées par l'administration centrale et les bureaux régionaux de Santé Canada sont indiquées au tableau 2.

**Tableau 2 : Dépenses du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits**

Année	Contributions	Salaires et traitements	Autres frais de fonctionnement et dépenses en capital secondaires	Total
2008-2009	22 079 950 \$	1 575 443 \$	592 079 \$	24 247 472 \$
2009-2010	22 156 145 \$	1 695 453 \$	683 392 \$	24 534 990 \$
2010-2011	15 097 499 \$	1 564 917 \$	322 672 \$	16 985 088 \$
2011-2012	20 787 738 \$	1 275 328 \$	167 137 \$	22 230 203 \$
2012-2013	12 647 087 \$	1 166 923 \$	179 036 \$	13 993 046 \$

<sup>6</sup> Source : Direction générale du contrôleur ministériel. Ressources humaines en santé inuites et des Premières Nations – Dépenses réelles 2007-2013.pdf

## 3.0 Description de l'évaluation

### 3.1 Portée de l'évaluation et aspects à évaluer

L'évaluation portait sur les aspects pancanadiens du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, d'avril 2008 à mars 2013.

Les aspects évalués ont été harmonisés avec les exigences de la Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada. L'évaluation a porté sur cinq questions fondamentales sous les deux thèmes de la pertinence et du rendement, tel qu'il est illustré au tableau 3. Des questions d'évaluation adaptées au programme, et qui ont guidé le processus d'évaluation, ont été associées à chacun des éléments fondamentaux.

**Tableau 3 : Éléments fondamentaux et questions d'évaluation**

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
<b>Pertinence</b>	
<b>Élément n° 1 : Nécessité de maintenir le programme</b>	Le programme est-il toujours nécessaire? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.1 : Le programme répond-il toujours à un besoin démontrable?</li> <li>• 1.2 : Le programme répond-il aux besoins des Canadiens?</li> </ul>
<b>Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement</b>	Le programme cadre-t-il avec les priorités du gouvernement du Canada? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.1 : Le programme demeure-t-il une priorité du gouvernement fédéral?</li> <li>• 2.2 : Le programme est-il conforme aux priorités et aux résultats stratégiques ministériels?</li> </ul>
<b>Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral</b>	Le programme cadre-t-il avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 3.1 : Le programme s'harmonise-t-il avec les principales activités de programme ministérielles?</li> <li>• 3.2 : Les intervenants clés du programme voient-ils les activités de ce dernier comme étant pertinentes et en harmonie avec ses rôles et responsabilités?</li> <li>• 3.3 : Les activités du programme cadrent-elles ou sont-elles compatibles avec le rôle que les compétences et les lois confèrent au Ministère?</li> </ul>
<b>Rendement (efficacité, efficience et économie)</b>	
<b>Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (efficacité)</b>	Le programme atteint-il les résultats escomptés indiqués dans le modèle logique? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 4.1 : Le programme a-t-il atteint ses résultats immédiats?</li> <li>• 4.2 : Le programme a-t-il atteint ses résultats intermédiaires?</li> <li>• 4.3 : Le programme a-t-il atteint ses résultats à long terme (aussi appelés résultats finaux)?</li> </ul>
<b>Élément n° 5 : Démonstration de l'efficience et de l'économie</b>	Le programme a-t-il été mis en œuvre avec efficience? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.1 : Comment le programme a-t-il permis, en général, d'optimiser la quantité, la qualité et la combinaison de produits et de services en vue de faciliter l'atteinte des résultats escomptés?</li> <li>• 5.2 : Existe-t-il d'autres méthodes qui assurent la réalisation des mêmes résultats immédiats escomptés?</li> </ul>

Éléments fondamentaux	Questions d'évaluation
	Le programme a-t-il été mis en œuvre économiquement? <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5.3 : Le programme est-il parvenu à réduire au minimum les ressources requises, tout en optimisant les extrants?</li> <li>• 5.4 : Les ressources du programme ont-elles été gérées efficacement en vue de faciliter la réalisation de résultats immédiats pertinents?</li> </ul>

## 3.2 Approche et modèle de l'évaluation

L'utilisation d'une approche axée sur les résultats dans le cadre de l'évaluation a permis de mesurer les progrès accomplis en vue d'atteindre les résultats intermédiaires. Cette approche comprenait la collaboration d'intervenants internes et externes clés pour la planification et la réalisation de l'évaluation, l'examen des données techniques et la rédaction du rapport d'évaluation, ainsi que pour la formulation de la réponse de la direction.

Un modèle descriptif non expérimental a été utilisé. Il a été élaboré à partir des attentes relatives à la disponibilité des sources de données pour répondre aux questions de l'évaluation. Une évaluation des données par la Direction de l'évaluation avant le début de cette dernière a confirmé l'absence de certaines données clés sur le rendement (p. ex. nous ne disposons pas de renseignements sur le statut des Autochtones pour de nombreux indicateurs), et par conséquent, les données probantes concernant les progrès vers l'atteinte des résultats escomptés n'étaient pas disponibles, et dans certains cas, reposaient sur des observations.

## 3.3 Collecte de données et méthodes d'analyse

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans le cadre de l'évaluation afin d'accroître la fiabilité et la crédibilité des constatations. Les sources de données comprenaient notamment une revue de la littérature, un examen des documents et des données, ainsi que des entrevues auprès d'informateurs clés en vue d'obtenir la perspective qualitative des intervenants du programme.

### Revue de la littérature

La revue de la littérature avait pour objectif général de fournir un résumé de la littérature actuelle susceptible de contribuer à l'évaluation de la pertinence et du rendement du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, principalement en tentant de déterminer les éléments externes qui pouvaient influencer sur les réalisations. La revue a été effectuée conformément aux questions d'évaluation établies et aux indicateurs connexes sur les thèmes suivants :

- déterminants de l'accès des populations inuites, métisses et des Premières Nations aux études postsecondaires et de la réussite de celles-ci;
- facteurs influant sur la mobilité des professionnels de la santé inuits, métis et des Premières Nations;

- facteurs influant sur le maintien en poste du personnel autochtone et non autochtone (plus particulièrement, le personnel de la santé) dans les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations;
- profil des travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations, de 2005 à aujourd'hui.

Au total, 50 documents ont été recueillis et examinés.

## **Examen des documents et des données**

Un examen des documents et des données a été effectué en vue d'obtenir des renseignements au sujet de chaque extrant figurant dans le modèle logique du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Environ 1 800 documents et sources de données ont été fournis à l'équipe d'évaluation, et de ce nombre, 1 000 ont été jugés pertinents. D'autres documents liés au programme (p. ex. le cadre du programme, le plan stratégique et les budgets de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits) ont aussi été examinés en vue d'évaluer la pertinence des éléments fondamentaux.

## **Entrevues auprès d'informateurs clés**

Au total, 32 entrevues ont été menées auprès d'informateurs clés en vue de compléter les renseignements recueillis au moyen des autres méthodes et d'obtenir leur point de vue sur les progrès réalisés et le contexte du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Les informateurs clés ont été sélectionnés dans les groupes d'intervenants suivants :

- cadres supérieurs et personnel de l'administration centrale de Santé Canada (5 entrevues);
- coordonnateurs régionaux de Santé Canada (7 entrevues);
- représentants d'organismes autochtones nationaux, d'organismes provinciaux et territoriaux, et d'organismes de revendications territoriales (7 entrevues);
- représentants d'établissements d'enseignement postsecondaire (11 entrevues);
- représentant d'Indspire (1 entrevue);
- représentant de l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations (1 entrevue).

Des guides d'entrevue structurés ont été préparés pour chaque groupe d'intervenants. Les informateurs clés ont reçu les guides d'entrevue à l'avance. Les entrevues ont été effectuées au téléphone, et les notes ont été rédigées par la suite. Elles ont été transmises aux informateurs clés qui ont eu la possibilité de les valider.

## Analyse

Les données probantes de toutes les sources déterminées ont été examinées en fonction des principaux aspects à évaluer et des questions d'évaluation. Les données ont été analysées au moyen de la triangulation des données recueillies auprès des différentes sources et selon diverses méthodes. Une compilation systématique, un examen et une synthèse des données ont été effectués en vue d'établir les constatations clés.

En ce qui concerne les entrevues auprès des informateurs clés, l'échelle descriptive qui suit a été utilisée pour indiquer le nombre approximatif d'informateurs clés ayant donné des réponses pertinentes. Voici les termes utilisés : « quelques » représente environ 10-15 % ou moins des répondants, « certains » représente plus de 15 % et jusqu'à environ 40 % des répondants, « de nombreux » représente plus de 40 % et jusqu'à environ 60 % des répondants, alors que « la plupart » représente plus de 60 % et jusqu'à 80 % des répondants, et « presque tous », représente plus de 80 % des répondants.

### 3.4 Limites et stratégies d'atténuation

La plupart du temps, les évaluateurs doivent faire face à des contraintes susceptibles d'influer sur la validité et la fiabilité de leurs constatations et de leurs conclusions. Le tableau qui suit (tableau 4) illustre les limites du modèle et des méthodes utilisés pour la présente évaluation. Il y est aussi question des stratégies d'atténuation mises en place pour s'assurer que les constatations de l'évaluation pourront être utilisées en toute confiance pour guider la planification du programme et la prise de décisions.

**Tableau 4 : Limites et stratégies d'atténuation**

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
<p><b>Revue de la littérature</b> Les études recensées dans la littérature ont fourni en grande partie des données empiriques concernant la réussite des interventions utilisées pour résoudre les problèmes de ressources humaines en santé.</p>	La pertinence limitée des constatations issues de la littérature en tant que données ne pouvait pas être généralisée à des populations, à des zones géographiques et à des groupes autochtones.	De nombreuses sources ont été utilisées afin de constituer un ensemble de données probantes pour l'évaluation.
<p><b>Données sur le rendement</b> La documentation sur les projets fournie par le programme était incomplète, étant donné que les rapports définitifs pour 2012-2013 n'étaient pas disponibles au moment de l'examen.</p> <p>Il manquait de données normalisées et uniformes sur le rendement concernant les résultats escomptés.</p> <p>Il y avait peu de données financières ministérielles, et la mise en correspondance des données financières avec des extraits ou résultats précis n'a pas été possible (il a toutefois été possible de mettre en correspondance les données sur les bourses d'entretien et d'études et la formation des travailleurs communautaires).</p>	Capacité limitée d'entreprendre une évaluation complète et détaillée de la mesure dans laquelle les résultats ont été atteints, ainsi que de l'efficacité et de l'économie réalisées.	<p>Des entrevues ont été menées en vue de recueillir des opinions sur les résultats afin de compléter les données probantes tirées de l'examen des documents.</p> <p>Une évaluation ciblée de l'utilisation des ressources a été réalisée à partir uniquement de données approuvées fournies par l'agent financier principal de la Direction générale.</p>

Limite	Incidence	Stratégie d'atténuation
<b>Entrevues auprès des informateurs clés</b> Les intervenants invités à être des informateurs clés étaient des représentants de divers groupes d'intervenants, et les représentants des projets communautaires n'ont pas été interrogés <sup>7</sup> .	Les renseignements recueillis lors des entrevues auprès des informateurs clés ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble des intervenants.	Une gamme de catégories d'intervenants a été utilisée en vue de « refléter » le milieu des intervenants.
<b>Biais liés aux informateurs clés</b> Les informateurs clés représentaient divers points de vue et organismes, mais tous entretenaient un lien quelconque avec le programme.	Les constatations issues des entrevues pourraient présenter un biais compte tenu de la participation des informateurs clés au programme.	Les résultats des entrevues et les autres sources de données ont été comparés pour la formulation des constatations globales de l'évaluation.

## 4.0 Constatations

### 4.1 Pertinence : Élément n° 1 – Nécessité de maintenir le programme

Même si la proportion de membres des Premières Nations, d'Inuits et de Métis occupant un poste dans le domaine de la santé a augmenté de 1996 à 2006, il existe toujours un besoin évident d'accroître le nombre de ces travailleurs, notamment de médecins et d'infirmières, de paraprofessionnels du secteur communautaire et de gestionnaires en santé, plus spécialement ceux qui dispensent des services à des clients inuits, métis et des Premières Nations. Ce besoin continu est lié à l'amélioration des qualifications des travailleurs communautaires, une ressource importante pour administrer et fournir des services dans les collectivités inuites et des Premières Nations en zone rurale ou isolée.

Plusieurs provinces et territoires ont participé aux initiatives visant à accroître le nombre de travailleurs autochtones dans le secteur de la santé, et il existe de nombreux défis et obstacles liés à l'accroissement de cet effectif. Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits répond à un sous-ensemble de ces défis et obstacles, principalement en en atténuant quelques-uns pour ceux qui s'appêtent à faire leur entrée dans un établissement d'enseignement postsecondaire et sur le marché du travail.

<sup>7</sup> En raison de la nécessité de préserver la confidentialité et la nature délicate inhérente des renseignements dans les petites collectivités, il a été déterminé que le chef et le conseil de bande, leurs représentants désignés ou le personnel de santé de la bande pouvaient agir à titre de mandataires pour ce groupe.

Les constatations relatives à la « nécessité de maintenir le programme » sont réparties en trois parties :

1. une description générale du grand problème que constitue la sous-représentation des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans l'effectif des travailleurs de la santé, question dont la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits s'occupe depuis quelques années en collaboration avec d'autres intervenants;
2. une vue d'ensemble des défis et des obstacles auxquels il faut s'attaquer;
3. la description des endroits où le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a répondu aux attentes et de la manière dont il a procédé.

### **Sous-représentation des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans l'effectif des travailleurs de la santé**

La nécessité d'accroître le nombre de travailleurs inuits, métis et des Premières Nations dans le secteur de la santé et des services sociaux est connue depuis longtemps. La raison d'être initiale du Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits, en 1984, était justement de s'attaquer à ce problème. Le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones de 1996 (CRPA, 1996) avait lancé un appel à l'action dans lequel il recommandait que les gouvernements et les établissements d'enseignement forment 10 000 travailleurs autochtones (incluant des professionnels et des gestionnaires) dans le secteur de la santé et des services sociaux avant 2006, afin de répondre aux besoins dans tous les domaines de la santé. L'objectif de 10 000 travailleurs était censé répondre à divers problèmes, notamment :

- l'importante sous-représentation des Autochtones dans la profession médicale (et dans d'autres professions du secteur de la santé et des services sociaux);
- la distribution de ces rares ressources professionnelle, c.-à-d. que de nombreux professionnels autochtones n'exerçaient pas leur profession dans des collectivités autochtones et qu'ils se retrouvaient souvent dans les niveaux hiérarchiques inférieurs des organisations plutôt que dans les postes de supervision, de gestion ou d'élaboration de politiques, là où se prennent les décisions en matière de ressources humaines en santé;
- une concentration de personnel autochtone dans les postes paramédicaux, et la nécessité d'accroître les compétences de bon nombre de ces employés afin qu'ils puissent assumer des rôles professionnels et de supervision;
- la nécessité de doter en personnel de nouveaux services destinés aux Autochtones dans les milieux urbains et ruraux à l'extérieur des réserves.

Il semble que ces problèmes étaient toujours présents au cours des dernières années<sup>8</sup>. En 2003, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada a publié une étude mentionnée dans les documents sur le cadre de travail du programme de l'IRHSA révélant que moins de 0,5 % des infirmières étaient inuites, métisses ou membres des Premières Nations, alors que 3 % constituerait une représentation équitable. Des pénuries semblables ont été observées pour d'autres ressources humaines en santé.

---

<sup>8</sup> Documents du cadre de travail du programme de l'IRHSA, phase 1 et phase 2.

Une étude effectuée récemment avec l'aide de l'IRHSA (Lecompte, 2012<sup>9</sup>) portait sur les données des recensements réalisés en 1996, en 2001 et en 2006 et a montré que des progrès avaient été réalisés de 1996 à 2006<sup>10</sup> grâce à l'entrée de 12 965 membres des Premières Nations, Inuits et Métis dans le secteur de la santé. Selon l'étude, on peut considérer que l'objectif de « 10 000 travailleurs » fixé par la Commission royale sur les peuples autochtones a été dépassé juste au moment où la composante de l'IRHSA du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est entrée en vigueur. Cependant, malgré ces réalisations, le seuil de la représentation équitable n'a toujours pas été atteint, puisque les Autochtones constituent jusqu'à 3,8 % de la population du Canada d'après le Recensement de 2006, et ne représentent que 2,2 % (ou 21 815 personnes) des travailleurs canadiens occupant des emplois dans le domaine de la santé (N. B. le pourcentage d'Autochtones occupant des emplois dans le domaine de la santé a augmenté au fil du temps [de 1,16 % en 1996 à 1,65 % en 2001, et à 2,2 % en 2006<sup>11</sup>]).

L'étude réalisée par Lecompte a permis de constater les augmentations suivantes<sup>12</sup> :

- pour les Métis, le nombre de professionnels et de paraprofessionnels du domaine de la santé travaillant à l'extérieur des réserves est passé de 2 895 en 1996 à 10 425 en 2006, et les deux tiers de l'augmentation sont survenus de 2001 à 2006;
- pour les Premières Nations, leur nombre est passé de 3 745 à 7 530, de 1996 à 2006;
- pour les Inuits, leur nombre est passé d'environ 325 à 430, au cours de la même période;
- dans les réserves, le nombre de fournisseurs de soins de santé membres des Premières Nations est passé de 1 435 à 2 550 au cours de ces dix années (1996-2006).

La revue de la littérature (incluant l'étude de Lecompte) a révélé que les gains avaient surtout été réalisés à l'extérieur des réserves, et ce, même si les gains étaient toujours importants dans les réserves pour les Premières Nations, et dans une moindre mesure, dans les collectivités inuites pour les Inuits. Il semble que l'obtention d'un diplôme d'études secondaires ait été un facteur clé, qui variait en fonction de la distance avec les centres urbains, le plus bas niveau de scolarité ayant été observé dans les réserves (Caledon Institute of Social Policy, 2006). Cette constatation rejoint celle des informateurs clés qui ont indiqué que la nécessité de poursuivre le programme ne vise pas uniquement le nombre, mais aussi la situation géographique et les qualifications des travailleurs de la santé<sup>13</sup>. Ces derniers comprennent notamment des professionnels de la santé

<sup>9</sup> Emily Lecompte, « Aboriginal Health Human Resources: A Matter of Health », *Journal de la santé autochtone*, mars 2012.

<sup>10</sup> Les données du Recensement de 2011 n'avaient pas encore été publiées, de sorte que l'analyse n'a pu être répétée et incluse dans la présente évaluation.

<sup>11</sup> En 2006, 46 % des ressources humaines autochtones du secteur de la santé étaient des membres des Premières Nations, 48 % étaient des Métis et 2 % étaient des Inuits.

<sup>12</sup> Il est possible que ces augmentations soient attribuables à un accroissement de l'auto-identification des Autochtones, et plus particulièrement des Métis, dans les données de recensement (p. ex. les données de recensement indiquaient 292 310 Métis en 2001, et 389 780 en 2006).

<sup>13</sup> En 2006 (Lecompte, 2012), la distribution des ressources humaines autochtones du secteur de la santé variait du nord au sud et d'est en ouest au Canada; près de 25 % de celles-ci se trouvaient en Ontario, environ 57 % étaient répartis entre la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba, et seulement 2 % se trouvaient dans les territoires du Nord. Il a été constaté qu'un nombre plus élevé de travailleurs se trouvaient à l'extérieur des réserves.

comme les médecins et les infirmières, ainsi que des travailleurs communautaires travaillant dans les réserves. Cette question est jugée importante, puisqu'elle entraîne des pénuries plus importantes et des répercussions plus marquées sur la prestation des soins de santé en milieu rural et éloigné ainsi que dans les collectivités isolées des Premières Nations. Cette situation est semblable à celle que l'on retrouve dans d'autres régions rurales du Canada qui ont aussi de la difficulté à recruter des professionnels de la santé et à les maintenir en poste. Même en l'absence de données solides sur la quantité, la situation géographique et les qualifications des travailleurs de la santé, les données probantes semblent indiquer que les pénuries se sont poursuivies jusqu'à aujourd'hui. Le nombre de directeurs et de gestionnaires en santé qualifiés serait également insuffisant.

## Besoins en ressources humaines en santé – Défis à relever

Pour comprendre la raison de ces pénuries, il est important de comprendre les défis majeurs qu'ont permis de recenser la revue de la littérature, l'examen des documents et les entrevues auprès des informateurs clés et auxquels il faut s'attaquer. Ces défis peuvent se présenter à différentes étapes de la vie d'un membre des Premières Nations, d'un Inuit ou d'un Métis (une liste d'exemples est fournie ci-après) et mettent en évidence le caractère interdisciplinaire des besoins en ressources humaines en santé. Il vaut la peine de les mentionner, parce qu'ils limitent l'atteinte des résultats.

### Principaux défis

#### Jeune enfant

- déterminants sociaux

#### Élève du secondaire

- connaissance des carrières en santé;
- décisions relatives au choix de cours (p. ex. ne pas comprendre qu'il faut des crédits en mathématiques et en sciences);
- qualité des cours de mathématiques et de science dans les collectivités rurales et isolées;
- absence de mentors et de modèles de rôle;
- décrochage avant l'obtention du diplôme;
- déménagement pour suivre les cours de la 9<sup>e</sup> à la 12<sup>e</sup> année (parce que certaines collectivités n'offrent pas de cours au-delà de la 8<sup>e</sup> année).

#### Candidat à l'inscription dans un établissement d'enseignement postsecondaire

- ne pas avoir obtenu de diplôme ou ne pas avoir les crédits suffisants (p. ex. en mathématiques et en sciences, pour être accepté dans un programme d'EPS);
- problèmes financiers (p. ex. manque de fonds);
- déménagement loin de la collectivité;
- offre de programmes d'accès et de transition.

#### Étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement postsecondaire

- facteurs économiques (p. ex. pauvreté, manque de logements ou logements de mauvaise qualité, absence d'aide financière, absence de garderie);

- barrières socioculturelles (p. ex. aliénation sociale, faibles compétences linguistiques, racisme, choc culturel, différences entre la culture traditionnelle et la culture dominante, absence de liens avec la collectivité et la famille, responsabilités familiales);
- obstacles dans le milieu de l'enseignement postsecondaire (p. ex. manque de reconnaissance des méthodes d'apprentissage ou des modes de connaissance non occidentaux, manque de considération pour le savoir autochtone, manque de professeurs pour adapter les programmes d'études aux besoins des Autochtones).

#### Travailleurs communautaires

- structure de paiement entraînant un roulement de personnel chez les praticiens;
- accessibilité et qualité des logements dans les collectivités éloignées et isolées;
- manque d'équipement et d'installations médicales adéquates pour s'occuper de problèmes de santé complexes;
- avancement professionnel limité;
- qualifications;
- facteur de l'isolement et degré d'intégration dans les collectivités.

## Réponse du programme

Les composantes de l'IRHSA et du PCSII du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ont permis de répondre au grand problème de la sous-représentation et de la distribution des ressources humaines autochtones en santé en mettant l'accent sur l'atténuation de certains obstacles et difficultés relevant du mandat de Santé Canada et en agissant à titre de catalyseurs pour accélérer les progrès. Le programme a par exemple appuyé des activités promotionnelles visant à accroître la sensibilisation aux carrières en santé et aux exigences sur le plan scolaire pour entreprendre une carrière dans ce domaine lors de journées des carrières et de foires scientifiques. Il a aussi appuyé le volet des bourses d'entretien et d'études accordées par Indspire pour les carrières en santé en vue d'alléger les problèmes financiers. Il convient de mentionner que même s'ils reçoivent une aide financière d'Affaires autochtones et Développement du Nord canadien pour leurs études postsecondaires, les bénéficiaires ont néanmoins besoin d'une contribution financière de l'IRHSA par l'entremise des bourses d'entretien et d'études accordées par Indspire. De plus, lors de l'évaluation horizontale de 2009 de la Fondation nationale des réalisations autochtones, la vaste majorité des étudiants (90 %) s'étaient déclarés fortement en accord ou d'accord avec le fait que s'ils n'avaient pas reçu une bourse d'études ou une bourse d'entretien de la Fondation, ils se seraient endettés encore davantage<sup>14</sup>.

Cependant, dans bien des cas, les difficultés sont prises en compte par d'autres programmes ou ne relèvent pas du mandat de Santé Canada. Ainsi, tel qu'il a été mentionné dans la section précédente, un certain nombre d'obstacles sont liés aux déterminants sociaux susceptibles d'influencer la réussite scolaire au cours de la petite enfance. Ces déterminants sociaux ont ensuite une influence sur les élèves du secondaire qui ne connaissent peut-être pas les possibilités

---

<sup>14</sup> *Évaluation horizontale de la Fondation nationale des réalisations autochtones*, Patrimoine canadien, Bureau du dirigeant principal de la vérification et de l'évaluation, novembre 2009.

de carrières en santé, ne comprennent peut-être pas la nécessité des préalables ou n'ont peut-être pas accès à des cours de mathématiques ou de science de qualité dans leur collectivité rurale et isolée leur permettant d'accéder aux carrières dans ce domaine. Pour toutes sortes de raisons, les élèves autochtones de niveau secondaire peuvent décrocher avant d'avoir obtenu leur diplôme ou ne pas avoir envie de poursuivre leurs études secondaires dans une autre collectivité, si cet enseignement n'est pas offert au-delà de la 8<sup>e</sup> année chez eux. Le programme de l'IRHSA ne visait pas à éliminer la source de ces problèmes. Pourtant, les intervenants étaient nombreux à reconnaître que pour obtenir des résultats durables, il fallait se pencher sur ces problèmes, et que Santé Canada avait tout intérêt à le faire. De ce fait, l'IRHSA a investi dans l'élaboration d'un programme d'accès et de transition aux études postsecondaires afin d'encourager les diplômés du secondaire à mettre leur potentiel en valeur dans le domaine des soins de santé.

Au fil du temps, les secteurs d'intervention du programme ont changé et leur portée est devenue plus ciblée. Par exemple, le cadre de travail de la première IRHSA (2005-2010) a été élaboré au cours d'un processus de consultation poussé afin que les programmes mettent à profit les systèmes, les processus et les organismes existants, en assurant la coordination avec la Stratégie pancanadienne des ressources humaines en santé et en misant sur les investissements déjà consentis dans les ressources humaines en santé. Le premier programme de l'IRHSA mettait l'accent sur l'accroissement du nombre de travailleurs de la santé autochtones, sur l'amélioration du maintien en poste des fournisseurs en soins de santé dans les collectivités inuites et des Premières Nations, et sur l'amélioration de la compétence culturelle des fournisseurs de soins de santé qui travaillent dans les collectivités autochtones. L'examen à mi-parcours de l'IRHSA et les consultations menées auprès des intervenants ont confirmé que le programme visait principalement à pallier la pénurie de fournisseurs de soins de santé inuits, métis et des Premières Nations dans les réserves et qu'il avait mené à la nouvelle priorité d'offrir des possibilités de formation aux travailleurs communautaires, notamment aux gestionnaires en santé, afin qu'ils puissent acquérir des compétences et une accréditation comparables à celles des travailleurs œuvrant dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux.

La plupart des informateurs clés ont appuyé les objectifs révisés, tels que l'importance accordée aux travailleurs communautaires et aux gestionnaires en santé, et la poursuite des composantes telles que les bourses d'entretien et les bourses d'études. Parallèlement, certains informateurs clés ont fait observer que les activités (p. ex. compétence culturelle et emplois d'été) qui avaient permis de répondre à des besoins ne constituaient plus une priorité en raison de la réduction de l'enveloppe budgétaire (le financement global du programme a chuté de 40 % de 2007-2008 à 2012-2013). Des informateurs clés du Nord ont aussi indiqué que de manière générale l'IRHSA avait été conçue pour la population vivant au sud du 60<sup>e</sup> parallèle, et que par conséquent, elle n'avait pas permis de répondre aussi bien aux besoins des collectivités du Nord (sur le plan des critères de projet) qu'à ceux d'un grand nombre de collectivités des Premières Nations, ni permis au gouvernement fédéral d'assumer son rôle de soutien à l'endroit des gouvernements territoriaux.

## **4.2 Pertinence : Élément n° 2 – Harmonisation avec les priorités du gouvernement**

**Depuis sa création en 2005 jusqu'à tout récemment, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits cadre avec les priorités du gouvernement fédéral et de Santé Canada.**

La composante de l'IRHSA du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est née d'un engagement pris par le gouvernement fédéral lors de la réunion spéciale des premiers ministres et des dirigeants autochtones de septembre 2004. Cet engagement initial, qui découle de l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, comprenait notamment un nouvel investissement de 100 millions de dollars sur cinq ans dans l'Initiative. L'IRHSA a été annoncée dans le budget fédéral de 2005, puis renouvelée pour cinq ans dans le budget fédéral de 2010. Son caractère prioritaire a été confirmé dans des approbations de financement de 2005 et de 2010. Il y a également eu un ensemble d'approbations de financement liées au Programme des carrières de la santé pour Indiens et Inuits.

## **4.3 Pertinence : Élément n° 3 – Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

**Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits cadre avec le rôle de collaboration qu'assume le gouvernement fédéral concernant les questions pancanadiennes de ressources humaines en santé, notamment dans les collectivités autochtones, ainsi qu'avec les rôles et responsabilités de la DGSPNI décrits dans son plan stratégique de 2012. D'autres ministères, comme Affaires autochtones et Développement du Nord canadien, détiennent aussi d'importants leviers pour stimuler des changements dans l'effectif des travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations et assument des rôles et responsabilités dont dépend le programme.**

L'IRHSA, qui relève désormais du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, est née du Cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne, lequel reconnaît que la responsabilité des administrations à l'égard de la conception du système de santé et de la planification des ressources humaines en santé leur appartient toujours. Cependant, des facteurs comme le nombre restreint de programmes de formation et la mobilité des travailleurs de la santé donnent à penser qu'il faut mettre en œuvre une approche de planification concertée des ressources humaines en santé à l'échelle pancanadienne, y compris pour les collectivités autochtones. Ainsi, à un niveau supérieur, les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral consistent essentiellement à assurer la concertation et la portée pancanadienne. L'accent mis sur les partenariats et la collaboration dans la composante de l'IRHSA du programme semble indiquer que celui-ci cadre avec ces rôles et responsabilités.

Si l'on examine de plus près les rôles et responsabilités de Santé Canada, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits fait partie de l'AAP et est mis en correspondance avec le résultat stratégique n° 3 qui s'énonce comme suit : « Les collectivités inuites et des Premières Nations ainsi que les membres de ces collectivités reçoivent des services de santé et des prestations qui répondent à leurs besoins de manière à améliorer leur état de santé ». Le besoin d'une main-d'œuvre inuite et des Premières Nations dans le secteur de la santé est constamment évoqué par ces collectivités et est formulé comme un résultat de la sous-sous-activité.

Selon des constatations issues de la revue de la littérature, la proportion d'étudiants autochtones qui terminent des études postsecondaires est la même que dans la population en général si l'on tient compte uniquement de ceux qui ont obtenu leur diplôme d'études secondaires (Caledon Institute of Social Policy, 2006). Cette constatation semble indiquer que l'un des plus importants obstacles à l'accès aux études postsecondaires et à la diplomation à ce niveau tient à la préparation à l'entrée dans un établissement d'enseignement postsecondaire. De plus, la préparation scolaire est elle-même susceptible d'être influencée par les nombreux autres obstacles décrits à la section 4.1. Cela permet de penser qu'il existe un lien complexe entre Santé Canada (dont le mandat est axé sur la santé individuelle des Inuits et des membres des Premières Nations par la prestation de divers programmes, dont certains visent plus particulièrement les enfants et les Autochtones aux prises avec des problèmes de santé mentale et de toxicomanie), Affaires autochtones et Développement du Nord canadien (qui est responsable de fournir des services d'enseignement dans les réserves), Emploi et Développement social Canada (anciennement, Ressources humaines et Développement des compétences Canada, dont le rôle consiste à assurer l'intégration horizontale des programmes fédéraux de perfectionnement des compétences pour les ressources humaines en santé) et les provinces et territoires (qui sont responsables de l'éducation des Autochtones à l'extérieur des réserves).

Il est indiqué dans le plan stratégique de 2012 de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada, 2012) que la Direction générale fait effectivement partie d'un environnement complexe axé sur la santé des Premières Nations et des Inuits :

« Les soins de santé pour les Premières nations et les Inuits au Canada sont offerts dans le contexte d'un système de santé complexe, dynamique et interdépendant gouverné par les compétences fédérales, provinciales, territoriales, ainsi que des Premières Nations et des Inuits.

Par conséquent, il est fondamental pour la DGSPNI de collaborer avec les autres compétences et partenaires possédant de l'expertise en santé et dans d'autres domaines, puisque la DGSPNI ni même le gouvernement fédéral ne détiennent pas un grand nombre des leviers nécessaires pour apporter des changements. »

Santé Canada assume son rôle dans cet environnement complexe de deux manières importantes. Premièrement, le Ministère finance les soins primaires dans 85 collectivités éloignées ou isolées des Premières Nations, des programmes de soins infirmiers en santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies, ainsi que des services d'hygiène du milieu et de soins à domicile et en milieu communautaire dans plus de 600 collectivités. Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits cadre directement avec ces responsabilités de la DGSPNI, ainsi qu'avec celles relatives à la santé des Premières Nations et des Inuits et celles d'autres administrations qui assurent la prestation de services de santé dans ces collectivités.

Deuxièmement, il fournit aux Inuits et aux membres des Premières Nations admissibles, sans égard à leur lieu de résidence, des prestations supplémentaires en santé pour certains services médicalement nécessaires lorsque ces personnes ne disposent d'aucune couverture par des programmes publics ou privés. La composante de l'IRHSA du programme est davantage axée sur les Inuits, les membres des Premières Nations et les travailleurs communautaires, et par conséquent, elle cadre plus étroitement avec le rôle principal de la DGSPNI à cet égard.

Le plan stratégique de 2012 de la DGSPNI définissait quatre objectifs stratégiques : 1) services de santé de qualité; 2) planification et relations axées sur la collaboration; 3) efficacité et efficacie; 4) milieu de travail positif, permettant aux employés d'exceller. Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est défini comme une initiative visant à « aider les Premières Nations et les Inuits afin qu'ils puissent influencer, gérer ou prendre en charge des programmes et des services de santé qui les concernent », un but qui relève du deuxième objectif stratégique (planification et relations axées sur la collaboration). Cependant, l'éventail des obstacles évoqués auparavant semble indiquer qu'il faut insister davantage sur la création de liens appropriés entre les programmes et services de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits et ceux des autres ministères du gouvernement fédéral, des provinces et territoires ainsi que des Premières Nations et des Inuits, en vue de favoriser une approche pangouvernementale axée sur la santé de la population et sur les déterminants sociaux de la santé, un but qui relève du troisième objectif stratégique (efficacité et efficacie).

Presque tous les informateurs clés, toutes catégories confondues, étaient d'avis que le gouvernement fédéral et Santé Canada jouent toujours des rôles importants et pertinents dans le perfectionnement des travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations. Les répondants ont indiqué que les responsabilités du gouvernement fédéral à l'égard des soins de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits et de la planification des ressources humaines en santé constituaient l'un des catalyseurs de ce système. A également été souligné le rôle du gouvernement fédéral en tant que bailleur de fonds ou investisseur et partenaire en vue de stimuler le changement dans l'ensemble du système de santé.

## 4.4 Rendement : Élément n° 4 – Atteinte des résultats escomptés (efficacité)

### 4.4.1 Dans quelle mesure les résultats intermédiaires<sup>15</sup> ont-ils été atteints?

#### Résultat intermédiaire n° 1 : Nombre accru de fournisseurs de services de santé inuits, métis et des Premières Nations compétents sur le plan technique

**Des progrès mesurables ont été constatés dans le nombre d'inscriptions aux programmes d'études postsecondaires en santé et de diplômés de ces programmes, ce qui a contribué à l'atteinte de ce résultat. Dans le même ordre d'idées, il y a eu des progrès dans l'amélioration des qualifications des travailleurs communautaires et des gestionnaires en santé inuits et des Premières Nations.**

L'atteinte des résultats immédiats relatifs à l'inscription aux programmes de la santé et à la diplomation dans ceux-ci, ainsi qu'aux qualifications des fournisseurs de services de santé a contribué à l'atteinte du résultat intermédiaire « Nombre accru de fournisseurs de services de santé inuits, métis et des Premières Nations compétents sur le plan technique (y compris de travailleurs communautaires et de gestionnaires en santé) ». L'exposé qui suit traite des trois approches retenues par le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, soit 1) études postsecondaires, 2) travailleurs communautaires et 3) qualifications et accréditation des gestionnaires en santé.

#### Études postsecondaires

Même si les données sont limitées sur le sujet, étant donné que la majorité des établissements d'enseignement postsecondaire ne consignent pas le statut des étudiants inuits, métis et des Premières Nations, des données probantes semblent indiquer que les inscriptions aux programmes de la santé ont augmenté de manière générale au cours de la période visée par l'évaluation.

Des progrès ont aussi été constatés dans l'augmentation du nombre de diplômés autochtones des programmes d'études postsecondaires, ce qui devrait normalement entraîner une augmentation du nombre de fournisseurs de services de santé compétents sur le plan technique. De nombreux informateurs clés sont d'avis que le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a contribué en partie à la hausse des inscriptions et des diplômés, mais il n'existe aucune donnée pour quantifier cette contribution.

---

<sup>15</sup> Afin d'éviter la répétition, les progrès réalisés relativement aux résultats immédiats sont intégrés aux constatations liées aux résultats intermédiaires qu'ils appuient.

De plus, aucune donnée n'est recueillie sur les endroits où ces diplômés choisissent d'aller travailler, de sorte qu'il est impossible de dire s'ils ont déménagé dans des collectivités mal desservies ou s'ils se sont intégrés aux autres travailleurs de la santé, et s'ils sont restés dans le secteur des soins de santé ou s'ils travaillent dans d'autres domaines.

Pour ce qui est des inscriptions, selon les données obtenues auprès d'Indspire, 2 594 étudiants autochtones ont reçu des bourses d'entretien ou des bourses d'études postsecondaires dans le domaine de la santé, de 2006 à 2012. De ce nombre, 1 132 ont étudié les soins infirmiers et 483, la médecine. Dans le cadre de l'examen à mi-parcours, les informateurs clés du Québec ont exprimé des inquiétudes quant à la présence peu marquée d'Indspire dans leur province, et ont laissé entendre que le manque de documentation et de services offerts en français pourrait avoir empêché des Autochtones francophones de présenter une demande. Un accord a été établi par la suite avec Indspire pour que la documentation soit offerte dans les deux langues officielles et que du personnel bilingue soit disponible.

Certains représentants des établissements postsecondaires interrogés ont mentionné que les inscriptions (et les taux d'obtention de diplômes) chez les étudiants inuits, métis et des Premières Nations étaient demeurées relativement stables au cours des cinq dernières années. Dans ces établissements, les programmes d'études sont bien développés et, dans bien des cas, réservent des places aux étudiants autochtones. Selon l'Association des universités et collèges du Canada (2007), des initiatives visant à promouvoir l'inscription des Autochtones ont été mises en place par les universités en vue de répondre à l'invitation du gouvernement et de se doter d'avantages concurrentiels, de combattre les iniquités sociales ou de tenir compte des réalités locales sur le plan démographique.

Comme c'est le cas pour les inscriptions, aucun renseignement n'est recueilli à l'échelle nationale au sujet du nombre total d'étudiants autochtones qui obtiennent un diplôme dans un programme de la santé. Ainsi, le nombre d'étudiants à leur dernière année d'études dans un programme de la santé ayant reçu une bourse d'entretien ou une bourse d'études a été utilisé à titre de mesure indirecte. Selon les données de Santé Canada, le nombre d'étudiants autochtones ayant reçu une bourse d'entretien ou une bourse d'études en vue de faire carrière dans le domaine de la santé pour leur dernière année d'études (qui devraient vraisemblablement obtenir leur diplôme) est passé de 73 en 2007-2008 à 129 en 2008-2009, a atteint 157 en 2009-2010, puis a enregistré une légère baisse en passant à 149 en 2010-2011 et à 142 en 2011-2012, pour un total global de 650 diplômés au cours de la période visée par l'évaluation. Il convient de mentionner que ce ne sont pas tous les étudiants des Premières Nations qui ont accès au programme de bourses d'entretien et d'études d'Indspire; la seule prise en compte de ces données risque donc de mener à une sous-estimation du nombre d'inscriptions et de la réussite des étudiants des Premières Nations dans les programmes de la santé.

Selon la littérature et les informateurs clés, la préparation scolaire, dès la maternelle et jusqu'en 12<sup>e</sup> année, joue un rôle important dans la possibilité que des étudiants choisissent une carrière dans le domaine de la santé. Même si la préparation scolaire est probablement influencée par les déterminants sociaux et les autres obstacles déjà décrits, mieux faire connaître ce qui doit être fait pour obtenir les crédits nécessaires en mathématiques et en sciences (préalables requis) pourrait théoriquement contribuer à accroître les inscriptions des membres des Premières Nations dans les établissements postsecondaires.

Dans le même ordre d'idées, les informateurs clés ont déclaré que la réussite de la première année d'études postsecondaires était, selon leur expérience, un facteur important du maintien de l'inscription aux programmes de la santé. Ils ont décrit des initiatives utiles ayant trait aux programmes d'accès, de transition et de soutien dans les établissements postsecondaires de partout au Canada, dont bon nombre existent depuis plusieurs années. Dans certains établissements, il existe des programmes réservés aux étudiants autochtones, et dans d'autres, des programmes de la santé destinés aux étudiants autochtones. Ces programmes visent à augmenter le nombre d'étudiants qui s'inscrivent à des programmes d'études postsecondaires et qui réussissent (n'abandonnent pas) leurs études. Des pressions ont été exercées pour accroître le nombre d'échelons et atténuer les obstacles à l'inscription, et ainsi diminuer les facteurs de stress liés à l'inscription et à la persévérance (p. ex. déplacement, isolement). Certains de ces programmes offrent du soutien plus près du lieu de résidence (par l'entremise de collèges locaux) ou dans les collectivités (au moyen de l'apprentissage à distance). Certains s'attaquent à des problèmes que doivent affronter les étudiants plus âgés (garderies, responsabilités familiales, liens avec la collectivité, emplois). À un moment ou à un autre, bon nombre de ces programmes ont reçu de l'aide de la part de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et ont reconnu la participation de l'Initiative lors du lancement, de l'établissement de projets pilotes ou de l'expansion des programmes. En effet, l'IRHSA a appuyé plus de 240 projets d'enseignement postsecondaire depuis sa création en 2005.

Selon des conclusions tirées de la littérature, la réussite scolaire est plus élevée dans les villes et plus basse dans les réserves, ce qui semble indiquer que les activités de sensibilisation de même que les programmes d'accès, de transition et de soutien qui s'attaquent aux problèmes auxquels doivent faire face les Autochtones vivant dans les régions rurales ou les réserves devraient contribuer à combler les besoins en ressources humaines en santé dans les secteurs où l'on en a le plus besoin. En outre, l'IRHSA a joué un rôle essentiel en faisant connaître les carrières dans le secteur de la santé au moyen de vidéos, de cours de formation et de deux salons des carrières en santé qui ont permis de joindre plus de 1 000 élèves du secondaire.

L'importance de ces programmes de sensibilisation, de transition et de soutien a été reconnue par les établissements postsecondaires et leurs associations. Par exemple, en réponse à cette reconnaissance, l'Association des collèges communautaires du Canada a publié un rapport de recherche qui faisait état de divers programmes liés aux carrières en santé. L'Association des universités et des collèges du Canada a lancé un répertoire et un outil de recherche sur son site Web qui fournit la liste des programmes semblables dans l'ensemble du Canada et que les étudiants inuits, métis et des Premières Nations ou leurs conseillers peuvent consulter pour trouver les établissements qui répondent le mieux à leurs besoins (AUCC, 2013).

Même si les programmes d'accès, de transition et de soutien répondent à un besoin, le financement demeure un obstacle important pour les étudiants. En effet, pour ce qui est d'accroître le nombre d'inscriptions dans les programmes de la santé, le volet des carrières en santé<sup>16</sup> du programme de bourses d'entretien et d'études accordées par Indspire est considéré par quelques-uns des répondants comme une expérience réussie résultant du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Cependant, il semble y avoir des problèmes ou des préoccupations en ce qui concerne la distribution des bourses d'entretien et des bourses d'études. À titre d'exemple, lorsqu'on compare la distribution des bourses d'entretien et des bourses d'études avec la proportion de chaque groupe identitaire de la population canadienne générale, on constate des écarts importants. Par rapport à la moyenne canadienne, la proportion de récipiendaires de bourses d'entretien ou d'études est plus faible chez les Premières Nations, et dans une moindre mesure chez les Inuits (respectivement d'environ 30 % et 3,5 %), tandis que chez les Métis, elle est plus élevée (d'environ 27 %). Dans une certaine mesure, cela pourrait refléter les variations dans l'état de préparation scolaire mises en évidence par le Caledon Institute of Social Policy (2006). De plus, la distribution des bourses d'entretien et des bourses d'études est moindre par habitant pour la population autochtone du Québec comparativement à celle des autres provinces.

## Travailleurs communautaires

Des progrès mesurables ont été constatés dans l'amélioration des qualifications des travailleurs communautaires, celles-ci étant comparables aux normes provinciales et territoriales. Théoriquement, étant donné que cet aspect tend à être davantage lié à la formation en cours d'emploi, ces travailleurs devraient avoir plus de chances de demeurer dans leur milieu de travail actuel ou d'y retourner après avoir achevé leur programme de formation.

D'avril 2010 à mars 2013, le nombre de participants à l'échelle du Canada aux programmes de formation des travailleurs communautaires devait être d'au moins 1 900. Les données sur les taux d'achèvement des programmes de formation des travailleurs communautaires étaient incomplètes, puisque des renseignements n'étaient disponibles que pour 34 des 100 programmes. Le nombre de participants à une formation pour l'ensemble du pays est passé d'environ 486 en 2010-2011 à 510 en 2011-2012. De ce nombre, 253 et 206 (respectivement) ont amélioré leurs qualifications par rapport aux normes provinciales ou territoriales existantes (pour le reste de ceux qui ont suivi la formation, aucun renseignement n'a été fourni ou il n'existait pas de normes provinciales ou territoriales). Les données étaient incomplètes pour 2012-2013 parce que les rapports régionaux n'étaient pas prêts au moment de l'évaluation et que pour bon nombre de projets, la formation s'échelonnait sur plusieurs années.

Les informateurs clés des établissements postsecondaires étaient d'avis que la formation des travailleurs communautaires constituait une expérience réussie, et ils ont indiqué que leurs programmes avaient été agréés et menaient à une accréditation.

---

<sup>16</sup> Les autres volets d'aide visent les secteurs suivants : beaux-arts; études postsecondaires; métiers et technologies dans l'industrie pétrolière et gazière.

## Formation des gestionnaires en santé

Des progrès mesurables ont été constatés quant à l'amélioration des qualifications des gestionnaires en santé.

D'avril 2010 à mars 2013, le nombre de participants au programme de formation des gestionnaires en santé à l'échelle du Canada devait être d'au moins 1 000. Les données sur les taux d'achèvement étaient incomplètes, puisque des renseignements n'étaient disponibles que sur 8 des 35 projets de formation. Même si la formation des gestionnaires en santé des Premières Nations n'existe que depuis peu, elle semble accroître la participation des Premières Nations au fil du temps.

Le besoin d'établir un cadre de compétences pour les gestionnaires en santé des Premières Nations avait été déterminé par l'Assemblée des Premières Nations et la DGSPNI en 2006. L'objectif du cadre était de décrire les compétences, les aptitudes et les connaissances que doit posséder un gestionnaire en santé des Premières Nations dans l'exercice de ses fonctions et d'aider ces gestionnaires et leurs employeurs à mieux comprendre la complexité du travail. Le but était d'offrir aux collectivités et aux organismes des Premières Nations un outil destiné à améliorer leur connaissance des forces que doivent posséder ces gestionnaires et des difficultés qu'ils doivent surmonter, et de les aider à mettre l'accent sur le perfectionnement d'autres compétences qu'ils possèdent déjà, et à reconnaître ces qualités chez les autres.

Le cadre de formation des gestionnaires en santé a bénéficié d'une aide financière accordée par le programme par l'entremise de l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations. Il porte sur dix domaines relatifs à la compétence technique en gestion de la santé : leadership et gouvernance; professionnalisme; défense des droits, partenariats et relations; gestion des ressources humaines; gestion financière et responsabilisation; prestation de services de santé; amélioration et assurance de la qualité; planification; communication; sensibilisation culturelle.

Les informateurs clés ont reconnu la valeur de la formation des gestionnaires en santé. Certains ont établi un lien entre le fait qu'un centre de soins de santé soit géré de manière professionnelle (c'est-à-dire par un directeur ou un gestionnaire en santé bien formé) et le recrutement et le maintien en poste de travailleurs qualifiés en soins de santé.

### **Résultat intermédiaire n° 2 : Nombre accru de fournisseurs de services de santé ayant reçu une formation en compétence culturelle**

**La compétence culturelle des fournisseurs de services de santé n'était pas un secteur d'intervention privilégié lors de la deuxième phase de l'IRHSA. Cependant, des données probantes donnent à penser que certains organismes ont intégré les connaissances et les pratiques issues de la première phase.**

Il ne s'agissait pas d'un secteur d'intervention privilégié lors de la deuxième phase de l'IRHSA (2010-2015). Les projets amorcés au cours de la première phase (2005-2010) devaient être achevés au début de la deuxième phase, et des évaluations devaient être entreprises au cours de la deuxième année du programme renouvelé. La formation en matière de compétence culturelle a

débuté au cours de la première phase de l'IRHSA et a été dispensée par l'Association des facultés de médecine du Canada et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, en collaboration avec l'Association des médecins autochtones du Canada; ces travaux se poursuivent. Les facultés de médecine sont encouragées à mettre en place ce programme. Les écoles de sciences infirmières ont élaboré des programmes de compétence culturelle en collaboration avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Certains organismes ont intégré les connaissances et les pratiques issues de la première phase. Par exemple, plusieurs informateurs clés des établissements postsecondaires ont indiqué que leurs programmes étaient adaptés sur le plan culturel, et que les membres de la faculté avaient suivi une formation en compétence culturelle. Dans d'autres cas, l'examen des dossiers de projet a montré que la compétence culturelle était intégrée aux projets, par exemple, au moyen d'ateliers sur l'inclusion et la compétence culturelles dans le cadre d'un programme de transition en soins infirmiers.

### **Résultat intermédiaire n° 3 : Accroissement des capacités de planification et de gestion des ressources humaines en santé**

#### **L'accroissement des capacités de planification et de gestion des ressources humaines en santé a bénéficié de l'appui de l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations.**

Le travail accompli par l'Association des gestionnaires en santé des Premières Nations a été jugé remarquable par les intervenants pour ce qui est de l'élaboration des dix domaines de compétences pour la formation des gestionnaires en santé, laquelle a été suivie de la prestation de la formation elle-même. Les domaines comprennent notamment la planification et les instruments d'habilitation comme le leadership et la gouvernance, les partenariats et la sensibilisation culturelle. Ainsi, le soutien du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits fourni à l'Association des gestionnaires en santé peut être associé à des initiatives visant à mieux faire connaître les pratiques exemplaires en matière de planification et de mise en œuvre de ressources humaines en santé, et à en accroître la compréhension et l'application.

Selon les projets initiaux, les bureaux régionaux de Santé Canada devaient élaborer des plans stratégiques des ressources humaines en santé avec leurs partenaires inuits et des Premières Nations au cours de la première année du renouvellement (2010-2011). Ils prévoient aussi que les outils d'évaluation et de planification fondés sur les besoins de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone devaient être mis en œuvre par les bureaux régionaux au cours de la première année de renouvellement du programme (aussi défini comme l'un des facteurs de risque). La majorité des bureaux régionaux ont élaboré des plans stratégiques des ressources humaines en santé avec leurs partenaires inuits et des Premières Nations ou ont mis en œuvre des outils d'évaluation et de planification fondés sur les besoins au cours de la première année du renouvellement (2010-2011). Les bureaux régionaux ont aussi élaboré des plans opérationnels.

Certains organismes, comme les organismes autochtones nationaux, les organismes provinciaux et territoriaux et les organismes de revendications territoriales disposaient de plans de ressources humaines en santé, appuyés par l'IRHSA et, il semble que ces plans aient bénéficié de l'influence du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ou de l'échange de pratiques exemplaires en la matière. Certains organismes provinciaux et territoriaux et organismes de revendications territoriales ont déclaré disposer d'une bonne capacité de planification, et que des stratégies de recrutement et de maintien en poste avaient été mises au point.

Certains organismes autochtones nationaux ont indiqué que, en raison de la planification et de la prestation à l'échelon régional du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, leur rôle, leurs activités et leur capacité en matière de planification nationale des ressources humaines en santé avaient diminué. Ce résultat s'explique par le fait que les bureaux régionaux de Santé Canada traitaient directement avec les organismes provinciaux et territoriaux, les organismes de revendications territoriales et les autres intervenants de leur région.

L'examen à mi-parcours du programme a montré que l'IRHSA devait élaborer une stratégie de gestion et de diffusion des connaissances et qu'elle devait améliorer les communications avec les intervenants autochtones afin que les buts, les objectifs, les priorités et les pratiques exemplaires soient bien compris et communiqués aux échelons local, régional et national. Depuis 2010, l'IRHSA a organisé deux séances sur l'application des connaissances, soit une à Ottawa et une à Moncton.

#### **4.4.2 Dans quelle mesure le résultat à long terme a-t-il été atteint?**

**Résultat à long terme : Des travailleurs de la santé autochtones assurant la prestation de services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones**

**Même si certains éléments indiquent qu'il y a eu des progrès, il faudrait des efforts et des données supplémentaires dépassant la portée de la présente évaluation pour mieux comprendre la composition de l'effectif des travailleurs de la santé à l'échelon communautaire, les modèles de mobilité et les indicateurs prévisionnels des travailleurs autochtones, dans les réserves et à l'extérieur des réserves, ainsi que les facteurs influant sur les décisions des travailleurs de la santé autochtones lorsque vient le moment de choisir leur lieu de travail (p. ex. sa collectivité par rapport à un milieu urbain).**

Le nombre d'étudiants intégrant les programmes de la santé au niveau postsecondaire et le nombre de travailleurs communautaires et de gestionnaires en santé recevant de la formation en vue d'améliorer leurs qualifications, conformément aux résultats intermédiaires, indiquent que le nombre de travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations a augmenté, et que la majorité d'entre eux possèdent des qualifications comparables à celles des autres travailleurs de la santé, ou qu'ils sont sur le point de les acquérir.

Cependant, nous n'avons pas pu établir la distribution des travailleurs en santé inuits, métis et des Premières Nations, ni les lieux où ils offrent leurs services. Par exemple, nous ignorons si ces travailleurs choisissent de travailler dans des collectivités autochtones, et de fournir des services aux individus et aux familles qui s'y trouvent, ou s'ils choisissent de travailler à l'extérieur des réserves dans des établissements de santé traditionnels situés dans une région plus ou moins densément peuplée de personnes d'origine autochtone. Des données probantes générales tirées de la revue de la littérature indiquent que les travailleurs de la santé qui viennent de régions rurales ou éloignées ont tendance à travailler dans ce type de régions. Toutefois, nous ne disposons que de données empiriques au sujet de la possibilité que des travailleurs de la santé retournent travailler dans leur collectivité.

De plus, nous en savons peu sur la mobilité des travailleurs de la santé autochtones. Même si certaines données probantes montrent que la mobilité pourrait être liée au niveau de scolarité atteint, la revue de la littérature n'a pas révélé d'études portant explicitement sur la migration intraprovinciale des médecins canadiens, tant autochtones que non autochtones, ou des autres travailleurs de la santé, ni de modèles de migration ou d'indicateurs prévisionnels détaillés de tels mouvements.

## 4.5 Rendement : Élément n° 5 – Évaluation de l'économie et de l'efficacité

**Les responsables du programme ont pris des mesures afin d'en assurer l'efficacité. Ils ont adapté les priorités et l'ensemble des produits et services en fonction des besoins et des possibilités, et ont misé sur la collaboration et les partenariats pour exploiter les ressources et favoriser des résultats durables. Ils ont mis en place un modèle régional de gouvernance et de prestation afin que la quantité, la qualité et la combinaison de produits et services soient étroitement adaptés aux besoins régionaux et que ceux-ci soient fournis de manière efficace.**

**Même si les responsables du programme se sont efforcés de promouvoir la complémentarité et de réduire au minimum les chevauchements potentiels avec d'autres programmes, il existe peut-être d'autres possibilités de favoriser un rendement efficace et efficace en veillant à ce que des liens utiles soient mis en place avec des programmes complémentaires.**

La Politique sur l'évaluation (2009) du Conseil du Trésor du Canada et les directives contenues dans le document intitulé *Examiner l'utilisation des ressources des programmes dans le cadre de l'évaluation des programmes fédéraux* (2013) définissent la démonstration de l'économie et de l'efficacité à titre de mesure de l'utilisation des ressources relativement à la production d'extrants et aux progrès réalisés vers l'atteinte des résultats escomptés. Cette mesure est fondée sur l'hypothèse que les ministères ont normalisé leurs systèmes d'évaluation du rendement et que les systèmes financiers permettent de relier l'information sur les coûts des programmes à certains intrants, activités, extrants et résultats escomptés.

La structure des données de l'information financière détaillée fournie pour le programme n'a pas facilité l'évaluation visant à déterminer si les extrants du programme avaient été produits avec efficacité, ou si les résultats escomptés avaient été atteints économiquement. Plus particulièrement, l'absence de données sur les coûts visant particulièrement les extrants ou les résultats a limité la capacité d'utiliser des méthodes de comparaison des coûts. Pour ce qui est de l'évaluation de l'économie, les difficultés posées par le suivi du financement dans le cadre de la vaste enveloppe du programme de soutien à l'infrastructure de santé des Premières Nations et des Inuits ont limité l'évaluation. À la lumière de ces difficultés, les auteurs de l'évaluation ont formulé des observations sur l'économie et l'efficacité en se fondant sur les constatations issues des entrevues auprès des informateurs clés et sur les données financières pertinentes disponibles.

De plus, les constatations qui suivent fournissent des observations quant à la pertinence des renseignements sur la mesure du rendement utilisés pour appuyer l'évaluation et la prestation économique et efficace du programme.

## Observations sur l'économie

Cette section présente un examen de l'utilisation des ressources (dépenses directes et indirectes, dont les salaires, les frais de fonctionnement et d'entretien et les contributions aux projets financés) de 2008-2009 à 2012-2013.

Les dépenses moyennes du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits ont été d'environ 20,4 millions de dollars par année au cours de la période visée par l'évaluation. Cependant, les dépenses ont été moindres durant deux exercices : 16,9 millions de dollars en 2010-2011 (année du lancement de la deuxième phase de l'IRHSA) et 14,0 millions en 2012-2013. La réduction des dépenses en 2010-2011 s'explique par le retard dans l'obtention des fonds et leur transfert vers les bureaux régionaux, tandis que celle de 2012-2013 s'explique par une réduction du financement.

Au cours des exercices visés par l'évaluation, la proportion des dépenses des différents bureaux régionaux et du bureau national par rapport à l'ensemble des dépenses a varié, représentant 4 % dans les régions du Nord, 11 % en Ontario et jusqu'à 26 % à l'administration centrale. La proportion élevée des dépenses à l'échelle nationale s'explique par les bourses d'entretien et d'études attribuées par Indspire et par le soutien fourni aux projets d'envergure nationale liés à la compétence culturelle.

En moyenne, les salaires représentaient environ 5 % du montant des subventions et contributions administrées à l'échelon régional, et 14 % des subventions et contributions administrées à l'administration centrale. Dans l'ensemble, les dépenses de fonctionnement (y compris les salaires) représentaient 11 % des dépenses de subventions et contributions.

## Observations sur l'efficacité

Les critères relatifs aux activités de programme (figurant dans le cadre de programme de la phase 2) ont été formulés comme suit : que les activités soient conçues ou fournies en partenariat avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis (selon le cas) et leurs organismes; qu'il y ait collaboration entre les partenaires; que les activités soient durables et ne nécessitent pas une aide financière progressive ou permanente. Ces critères ont été jugés favorables à l'efficacité parce qu'ils permettaient d'optimiser la quantité, la qualité et la combinaison des produits et services, de réduire au minimum le chevauchement et le double emploi et d'encourager les activités autosuffisantes.

Dans la deuxième phase de l'IRHSA, les priorités ont changé en fonction de recommandations formulées à la suite de l'examen à mi-parcours et de commentaires des intervenants. Ces changements étaient conformes à l'exigence de diriger les ressources vers les principaux besoins et possibilités afin que le programme puisse influencer le changement avec efficacité.

Le modèle régional de gouvernance et de prestation a permis de planifier et d'offrir la quantité, la qualité et la combinaison de produits et services susceptibles de s'harmoniser le plus étroitement possible avec les besoins, le contexte et les approches des régions. Les modèles visant à harmoniser les activités avec les besoins régionaux ont constitué un moyen efficace de favoriser l'atteinte des résultats.

Cependant, certains informateurs clés ont mentionné quelques problèmes relatifs au processus qui ont nui à l'efficacité. Par exemple, le temps qui s'est écoulé entre le lancement du programme et le démarrage concret des projets, pour les deux phases de l'IRHSA, était trop long en ce qui concerne le processus d'approbation des projets.

Finalement, les responsables du programme se sont efforcés de promouvoir la complémentarité et de réduire au minimum les chevauchements potentiels avec d'autres programmes. Ainsi, l'IRHSA a collaboré avec plusieurs programmes de la DGSPNI en vue de maximiser les ressources et de coordonner la formation des travailleurs communautaires en vue d'éviter le double emploi.

Il semble possible de travailler dans le cadre plus large du plan stratégique de 2012 de la DGSPNI (objectif n° 3 : efficacité et efficacité) en vue d'améliorer les données et de renforcer la collaboration avec les programmes d'autres ministères.

## Observations concernant la pertinence des données de mesure du rendement

En raison de l'absence de données complètes et normalisées sur le rendement pour évaluer les résultats, il nous a été impossible de fournir des renseignements appuyant l'évaluation, et plus particulièrement, l'atteinte de tous les résultats escomptés figurant dans le modèle logique. Par exemple, même s'il existe un gabarit normalisé pour l'établissement de rapports sur le rendement à l'intention de l'administration centrale, les données sur le rendement fournies n'étaient pas toujours complètes, variaient d'une région à l'autre et ne fournissaient pas de manière uniforme les données sur la mesure des résultats.

## 5.0 Conclusions

### 5.1 Conclusions sur la pertinence

#### Élément n° 1 : Nécessité de maintenir le programme

La nécessité d'accroître le nombre de travailleurs de la santé inuits, métis et des Premières Nations dans le système de santé est toujours bien réelle, de même que celle de répondre aux besoins en ressources humaines en santé des Inuits et des Premières Nations vivant dans des réserves, particulièrement des collectivités rurales et éloignées. Toutefois, même si des programmes comme celui des Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits contribuent à atténuer les difficultés et les obstacles à la constitution et au maintien en poste d'un effectif en santé inuit, métis et des Premières Nations (programmes de transition vers les sciences de la santé et d'accès à celles-ci), de nombreux obstacles à l'inscription aux programmes postsecondaire ne relèvent pas de Santé Canada, notamment les écarts sur le plan de la réussite scolaire aux niveaux primaire et secondaire.

#### Élément n° 2 : Harmonisation avec les priorités du gouvernement

Depuis sa création, en 2005, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits s'harmonise avec une importante priorité du gouvernement fédéral, qui est de respecter les engagements pris dans le cadre de l'Accord des premiers ministres de 2003 sur le renouvellement des soins de santé, et il continue de s'harmoniser avec les résultats ministériels ainsi que les buts et les objectifs stratégiques de la DGSPNI.

### **Élément n° 3 : Harmonisation avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral**

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits s'harmonise avec les rôles et les responsabilités du gouvernement fédéral que se partagent plusieurs ministères, dont Santé Canada, Affaires autochtones et Développement du Nord canadien et Emploi et Développement social Canada (anciennement Ressources humaines et Développement des compétences Canada). À Santé Canada, le programme s'harmonise avec les rôles et les responsabilités de la DGSPNI, tel qu'il est indiqué dans son plan stratégique de 2012.

## **5.2 Conclusions sur le rendement**

### **Élément n° 4 : Atteinte des résultats escomptés (Efficacité)**

Dans l'ensemble, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits a progressé vers l'atteinte des résultats escomptés, notamment le résultat à long terme « des travailleurs de la santé autochtones offrant des services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones ». Des améliorations ont été constatées sur le plan des inscriptions et de la diplomation, qui sont en hausse dans les programmes de la santé. Le programme a facilité ces progrès en atténuant les répercussions de certaines difficultés ou de certains obstacles que doivent affronter les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, en particulier, au moyen de programmes d'accès, de transition et de soutien, ainsi que de bourses d'entretien et d'études. Cependant, des améliorations pourraient être apportées à la façon dont Indspire accorde ses bourses d'entretien et d'études pour les carrières en santé au Québec.

Ces dernières années, les initiatives ont surtout porté sur l'amélioration des qualifications des travailleurs communautaires et des gestionnaires en santé. Elles ont également contribué à améliorer les compétences techniques et culturelles (là où elles ont été intégrées à d'autres projets).

### **Élément n° 5 : Démonstration de l'efficience et de l'économie**

Le programme a fait preuve d'efficience en adaptant ses priorités et un ensemble de produits et services en fonction des secteurs où les besoins et les possibilités d'influence étaient les plus élevés, ainsi qu'en mettant en œuvre une gouvernance régionale et un modèle de prestation favorisant une mise en œuvre économique. Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits mise sur la collaboration et les partenariats pour mettre à profit les ressources et favoriser l'obtention de résultats durables.

Il semble possible de travailler dans le but stratégique général de la DGSPNI lié au rendement efficace et efficient afin d'établir des liens utiles avec d'autres ministères fédéraux qui favoriseront l'adoption d'une approche pangouvernementale et fondée sur la santé de la population. Des améliorations pourraient aussi être apportées dans les activités de mesure du rendement en vue d'évaluer l'atteinte des résultats et de guider l'établissement des priorités futures.

## 6.0 Répercussions

Nous ne formulons pas de recommandations formelles, étant donné que le financement du programme devrait prendre fin d'ici mars 2015. À la lumière des constatations et des conclusions énoncées dans le présent rapport d'évaluation, le Ministère reconnaît qu'il y a des leçons à retenir de cette initiative et que celles-ci pourraient être utiles si des interventions ciblant les ressources humaines en santé inuites, métisses et des Premières Nations étaient envisagées dans l'avenir.

## 7.0 Leçons retenues

Les leçons retenues du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits touchent trois thèmes exposés ci-après et comprennent notamment diverses manières de mettre en place des pratiques et des méthodes essentielles pour améliorer les ressources humaines en santé dans les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations.

### **Entreprendre de la recherche appliquée en vue de guider l'établissement des priorités et les initiatives futures**

Il n'existe pour le moment aucune donnée de référence sur le nombre d'Autochtones en provenance des réserves ou des collectivités inuites qui s'inscrivent dans des établissements d'enseignement postsecondaire ou qui y obtiennent un diplôme dans diverses disciplines de la santé. Aucune donnée n'est recueillie non plus sur ceux qui retournent dans leur collectivité d'origine après avoir obtenu un diplôme. Ces renseignements sont difficiles à obtenir, en raison des questions de confidentialité et des processus de suivi en place dans les établissements d'enseignement. Cependant, disposer de ce type de renseignements serait avantageux à plusieurs égards; cela permettrait notamment de déterminer avec plus de précision les besoins en ressources humaines en santé, d'élaborer des interventions plus appropriées ou, au contraire, d'adapter ou d'améliorer celles qui existent déjà, en plus de servir aux discussions fondées sur des données probantes avec les intervenants inuits et des Premières Nations au sujet des besoins futurs des programmes.

En outre, d'autres travaux de recherche sur un ou plusieurs programmes d'études postsecondaires (programmes de transition, d'accès, d'aide aux étudiants ou sur la compétence culturelle) financés par l'IRHSA pourraient aussi être utiles pour orienter les initiatives futures visant à accroître et à améliorer les ressources humaines autochtones en santé.

### **Améliorer les activités de mesure de rendement**

Un meilleur système de mesure du rendement permettrait d'améliorer l'évaluation des liens possibles de cause à effet entre l'exécution des activités de programme et certains changements à plus long terme. Il permettrait aussi d'évaluer l'efficacité et l'efficience de la prestation du programme. L'établissement de définitions normalisées de ce qui doit être déclaré permettrait d'améliorer les données de surveillance recueillies. Une mise en œuvre uniforme, tant à l'échelle régionale que nationale, serait utile pour les activités permanentes de surveillance et d'évaluation du programme.

### **Coordonner les activités de la Direction générale et collaborer avec d'autres ministères**

Le gouvernement fédéral met en œuvre de nombreuses initiatives visant à s'attaquer à un ensemble d'obstacles et de défis dans ce domaine. Il serait donc avantageux de miser sur les atouts existants en collaborant et en établissant des partenariats internes avec d'autres ministères fédéraux ainsi qu'avec des organismes externes. Cette façon de faire contribuerait à cibler les activités et à les associer convenablement à d'autres susceptibles de favoriser l'atteinte des résultats escomptés. Ainsi, les initiatives futures pourraient cibler des lacunes ou des obstacles qui n'ont pas encore été visés par d'autres programmes financés par la Direction générale, par des partenaires fédéraux ou par d'autres administrations.

## Annexe 1 Références bibliographiques

AUCC. *Des possibilités en matière d'éducation pour les étudiants autochtones*, Association des Universités et collèges du Canada, janvier 2013.

Caledon Institute of Social Policy, Mendelson, Michael. *Aboriginal Peoples and Postsecondary Education in Canada*, 2006.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, 1996.

Lecompte, Emily. « Aboriginal Health Human Resources : A Matter of Health », *Journal de la santé autochtone*, mars 2012.

Patrimoine canadien, Bureau du dirigeant principal de la vérification et de l'évaluation. *Évaluation horizontale de la Fondation nationale des réalisations autochtones*, 2009.

Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. *Plan stratégique sur la Santé des Premières Nations et des Inuits : Un parcours partagé vers l'amélioration de la santé*, 2012.

Santé Canada. *Programme de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA)*, 2009.

Santé Canada. *Un cadre de planification concertée des ressources humaines de la santé à l'échelle pancanadienne*, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la prestation des soins de santé et les ressources humaines (CCPSSRH), Santé Canada, septembre 2005, révision : mars 2007.

## Annexe 2 Modèle logique et description

### Modèle logique du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits

<b>Objectif</b>	Jeter les bases de changements systémiques à long terme concernant l'offre, la demande et la création de milieux de travail favorables aux ressources humaines autochtones en santé. Plus particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> <li>• accroître le nombre de membres des Premières Nations et d'Inuits qui s'inscrivent dans des programmes d'études en santé et qui travaillent dans le domaine;</li> <li>• à intégrer les travailleurs de la santé inuits et des Premières Nations aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux en veillant à ce qu'ils possèdent des compétences et une accréditation comparables, y compris former les gestionnaires en santé</li> </ul>				
<b>Groupe cible</b>	Membres des Premières Nations, Inuits et Métis sans égard à leur statut et à leur lieu de résidence; fournisseurs de soins en santé offrant des services aux Inuits, aux Métis et aux membres des Premières Nations; établissements d'enseignement postsecondaires offrant des programmes en sciences de la santé; professionnels de la santé ainsi qu'associations et organismes de paraprofessionnels inuits, métis, des Premières Nations et non autochtones; associations représentant les collèges et les universités.				
<b>Thème (Activités)</b>	Prestation de services	Renforcement des capacités	Mobilisation des intervenants et collaboration	Collecte de données, recherche et surveillance	Élaboration de politiques et partage des connaissances
<b>Extrants</b>	Salons des carrières et matériel promotionnel  Bourses d'entretien et d'études  Initiatives liées aux études postsecondaires	Formation des travailleurs communautaires (y compris des gestionnaires en santé)  Programmes d'études adaptés	Plans de ressources humaines en santé	Nombre d'étudiants ayant reçu une bourse d'entretien ou une bourse d'études, nombre de projets d'enseignement postsecondaire, nombre de salons des carrières, nombre de travailleurs communautaires et de gestionnaire en santé formés	Stratégie de transfert des connaissances
<b>Résultats immédiats</b>	Accroissement du nombre d'inscriptions dans les programmes de la santé		Meilleure connaissance des pratiques exemplaires en matière de planification et de gestion des RHS		
<b>Résultats intermédiaires</b>	Nombre accru de fournisseurs de services de santé inuits, métis et des Premières Nations (y compris de travailleurs communautaires et de gestionnaires en santé) compétents sur le plan technique  Nombre accru de fournisseurs de services de santé ayant reçu une formation en compétence culturelle		Capacité accrue en matière de planification et de gestion des ressources humaines en santé (réponse adaptée aux besoins; pratiques liées aux ressources humaines en santé guidées par des données probantes et des pratiques exemplaires)		
<b>Résultats à long terme</b>	Des travailleurs de la santé autochtones offrant des services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones				

## Description du modèle logique

L'objectif du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits consiste à jeter les bases de changements systémiques à long terme concernant l'offre, la demande et la création de milieux de travail favorables aux ressources humaines autochtones en santé. Plus particulièrement, ce programme vise :

- à accroître le nombre de membres des Premières Nations et d'Inuits qui s'inscrivent dans des programmes d'études en santé et qui travaillent dans ce domaine;
- à intégrer les travailleurs de la santé inuits et des Premières Nations aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux en veillant à ce qu'ils possèdent des compétences et une accréditation comparables, y compris former les gestionnaires en santé.

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits vise à attirer dans les professions de la santé les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves et à l'extérieur des réserves, ainsi que les Inuits et les Métis dans l'espoir qu'une fois qu'ils auront fini leurs études, ils choisiront d'exercer leur carrière en santé dans les collectivités inuites, métisses et des Premières Nations. Le programme appuie des projets de durée variable aux échelons local, régional et national.

## Groupes cibles

Les bénéficiaires ciblés pour le financement offert dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits sont : les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, sans égard à leur statut ou à leur lieu de résidence; les fournisseurs de soins de santé offrant des services aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis; les établissements d'enseignement postsecondaire offrant des programmes d'études en sciences de la santé; les professionnels de la santé ainsi que les associations et les organismes de paraprofessionnels inuits, métis, des Premières Nations et non autochtones; les associations représentant les collèges et les universités.

## Thèmes

Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits est organisé selon cinq thèmes principaux : prestation de services; renforcement des capacités; mobilisation des intervenants et collaboration; collecte de données, recherche et surveillance; élaboration de politiques et partage des connaissances.

Ces thèmes sont représentés, respectivement, dans les extraits suivants (décrits de manière plus détaillée ci-après) : salons des carrières; bourses d'entretien et d'études; programmes d'études postsecondaires; formation des travailleurs communautaires (y compris des gestionnaires en santé); programme d'études adapté; plans de ressources humaines en santé; stratégie de transfert des connaissances.

## Extrants

**Salons des carrières et matériel promotionnel** – Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits fournit un financement annuel non permanent à Indspire pour la tenue de deux salons des carrières annuels sous le thème *Feu vert pour l'avenir*. L'administration centrale de la DGSPNI produit aussi du matériel promotionnel à distribuer lors de ces salons des carrières et coordonne la participation régionale à ces événements. D'autres organismes nationaux peuvent aussi choisir de proposer des projets de promotion des carrières en santé à l'intention de groupes précis.

Les bureaux régionaux participent aussi à la promotion des carrières en santé, principalement par l'organisation de salons des carrières locaux. Parmi les autres activités, mentionnons les stands lors d'événements communautaires, les camps scientifiques, ainsi que les projets de modèles de rôle et d'observation en milieu de travail.

**Bourses d'entretien et bourses d'études** – Le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits offre un financement non permanent à Indspire par l'entremise d'un accord de contribution national pour administrer les bourses d'entretien et les bourses d'études destinées aux jeunes inuits, métis et des Premières Nations souhaitant entreprendre des études dans le domaine de la santé.

**Initiatives liées aux études postsecondaires** – Au moyen d'un financement non permanent, les bureaux régionaux appuient l'élaboration et l'amélioration de programmes de transition, d'accès et de soutien destinés à combler les écarts sur le plan de la réussite scolaire des populations inuites, métisses et des Premières Nations, qui affichent un taux plus élevé de décrochage comparativement au reste de la population canadienne. Ces initiatives visent à augmenter le nombre d'inscriptions et de diplômés chez les étudiants inuits, métis et des Premières Nations dans les programmes des sciences de la santé.

Les *programmes d'accès* se caractérisent par l'adaptabilité du programme d'études aux besoins des étudiants. Ils comprennent notamment une composante de soutien (mathématiques préparatoires, compétences en matière de recherche, etc.) et peuvent même comporter une année scolaire prolongée et des horaires flexibles pour permettre aux étudiants de remplir leurs autres engagements (p. ex. responsabilités familiales).

Autre type de programme d'accès, les *programmes de transition* offrent habituellement aux étudiants des moyens pour devenir admissibles à un programme d'études postsecondaires (p. ex. achèvement de préalables, mise à niveau scolaire).

Alors que les programmes d'accès et de transition s'adressent aux candidats se destinant à des études dans le domaine de la santé, les *programmes de soutien* s'adressent aux étudiants qui sont déjà dans le domaine et leur fournissent un environnement accueillant sur le plan culturel visant à améliorer le taux de diplomation chez les étudiants inuits, métis et des Premières Nations du domaine de la santé.

**Formation des travailleurs communautaires<sup>17</sup> (y compris des gestionnaires en santé)** – Cet extrait vise principalement à offrir aux travailleurs communautaires une formation qui leur permet d'acquérir l'accréditation<sup>18</sup> requise pour se conformer aux normes des systèmes de santé provinciaux et territoriaux. La formation doit être dispensée en partenariat avec des collèges ou instituts techniques reconnus, et doit prendre en considération les organismes qui reçoivent un financement de projet ou non permanent pour former les travailleurs communautaires qui évoluent dans au moins un des domaines d'accréditation communautaire admissibles (toxicomanie; mieux-être communautaire et santé mentale; diabète; intervention éducative auprès de la petite enfance; soins personnels; technicien en pharmacie), qui sont énoncés dans le plan de formation régional.

Les bureaux régionaux jouent un rôle essentiel parce qu'ils sont responsables de la détermination des besoins de formation et des priorités qui orientent l'élaboration et la mise en œuvre des plans de formation régionaux. Par la suite, les bureaux régionaux appuient le personnel du programme à l'échelle régionale ou les organismes inuits et des Premières Nations chargés de financer et de mettre en place les projets de formation approuvés.

**Programme adapté<sup>19</sup>** – Une aide financière non permanente est fournie aux collèges, aux universités et aux établissements des Premières Nations pour adapter les programmes de soins infirmiers et de médecine visant à préparer les étudiants non autochtones à l'utilisation de pratiques adaptées sur le plan culturel lorsqu'ils interviennent auprès de membres des Premières Nations et d'Inuits.

**Plans de ressources humaines en santé** – Des projets destinés à élaborer des outils et d'autres types de matériel à l'usage des régions et des collectivités en vue de la planification des ressources humaines en santé sont financés par le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits. Ces outils devraient ensuite être intégrés aux processus régionaux lorsqu'on travaille avec des partenaires en vue de déterminer les besoins et les priorités des ressources humaines en santé.

Il faut aussi mentionner que le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits fournit une aide financière annuelle aux dix organismes provinciaux et territoriaux et à quatre organismes de revendications territoriales afin de leur

---

<sup>17</sup> Dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits, et conformément aux lignes directrices relatives à la formation et à l'accréditation des travailleurs communautaires, un travailleur communautaire est un travailleur de la santé qui est employé par une collectivité, un conseil tribal ou une administration régionale, qui fournit des services dans une collectivité inuite ou des Premières Nations, dans une région ou un hameau et qui n'exerce pas une profession de la santé réglementée (p. ex. soins infirmiers) ou une profession paramédicale (comme les diététistes).

<sup>18</sup> Dans le cadre du programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits et conformément aux lignes directrices relatives à la formation et à l'accréditation des travailleurs communautaires, l'accréditation est définie comme l'acquisition d'un diplôme ou d'un certificat à la suite d'une formation et de la réussite d'un programme d'études qui débouche sur la parité avec les normes de pratique provinciales ou territoriales, là où elles existent.

<sup>19</sup> Les projets visant à adapter des programmes devaient prendre fin en 2012.

assurer le soutien financier requis pour participer à la planification des ressources humaines en santé. Des accords de contribution sont signés avec ces organismes après l'approbation de leur plan de travail.

**Stratégie de transfert des connaissances** – Il a été déterminé qu'une stratégie de transfert des connaissances était nécessaire en vue d'améliorer les communications, plus particulièrement en ce qui a trait à la communication de rapports sur les projets et les résultats, ainsi que de pratiques exemplaires avec les partenaires et les intervenants.

## Résultats immédiats

**Accroissement du nombre d'inscriptions dans les programmes de la santé** – Les **salons des carrières** et les **initiatives liées aux études postsecondaires** s'adressent à ceux qui s'intéressent aux diverses formes de soutien visant à améliorer leurs chances d'être admis dans des programmes de la santé ou d'obtenir un diplôme dans ce domaine. Les **bourses d'entretien et les bourses d'études** sont une autre mesure utilisée pour atténuer l'obstacle financier à l'accès aux études dans le domaine de la santé. La participation à des programmes adaptés, qui sont destinés à améliorer la compétence culturelle des professionnels de la santé, vise aussi à accroître le nombre d'inscriptions.

La **formation offerte et dispensée aux travailleurs communautaires** vise à éliminer un autre obstacle en facilitant l'accès des travailleurs communautaires à une formation leur permettant de « mettre à niveau » leurs compétences afin qu'elles respectent les normes provinciales et territoriales. Dans ce contexte, les projets de formation des travailleurs communautaires devraient aussi déboucher sur un accroissement des inscriptions aux programmes d'accréditation admissibles (qui devraient figurer sous la rubrique « programmes de la santé »).

**Meilleure connaissance des pratiques exemplaires en matière de planification et de gestion des ressources humaines en santé**<sup>20</sup> – La **stratégie** de transfert des connaissances devrait mener à une meilleure connaissance, laquelle a été jugée nécessaire pour assurer le partage des pratiques exemplaires liées aux ressources humaines en santé acquises dans le cadre de l'élaboration de plans des **ressources humaines en santé** (mise en œuvre d'outils précis) et d'autres, activités dans divers volets.

---

<sup>20</sup> La gestion se définit comme la structuration (y compris l'analyse et l'étude des données probantes et des pratiques exemplaires) et la coordination des activités (la réponse) d'une organisation, conformément à certaines politiques et en vue d'atteindre des objectifs définis (satisfaire les besoins). [Adapté et traduit de : <http://www.businessdictionary.com/definition/management.html#ixzz113sYqFeg>]. La planification se définit comme une fonction de base de la gestion reposant sur la formulation d'au moins un plan détaillé en vue d'atteindre l'équilibre optimal entre les besoins ou les demandes et les ressources disponibles. Le processus de planification consiste 1) à déterminer les buts ou les objectifs à atteindre, 2) à formuler les stratégies pour les atteindre, 3) à organiser ou à créer les moyens requis; 4) à mettre en œuvre, à diriger et à surveiller toutes les étapes, selon l'ordre prévu. <http://www.businessdictionary.com/definition/planning.html#ixzz113qqQTgk>.

## Résultats intermédiaires

**Nombre accru de fournisseurs de services de santé inuits, métis et des Premières Nations compétents sur le plan technique (y compris de travailleurs communautaires et de gestionnaires en santé)** – Ce résultat intermédiaire fait référence aux taux de diplomation, et de ce fait, découle du résultat immédiat **Accroissement du nombre d'inscriptions dans les programmes de la santé**. Il sera important de surveiller ou d'examiner les raisons pour lesquelles les personnes inscrites à ces programmes ne terminent pas leurs études, ainsi que les facteurs qui expliquent les variations entre les inscriptions et le nombre de diplômés, car ces éléments sont susceptibles de fournir des renseignements permettant de déterminer si les efforts sont déployés dans des secteurs pertinents.

**Nombre accru de fournisseurs de services de santé ayant reçu une formation en compétence culturelle** – La période antérieure à 2008 était axée sur l'élaboration du cadre de travail à partir duquel les programmes ont été élaborés, mis à l'essai et évalués jusqu'en mars 2012. La période postérieure à 2008 était axée sur la mise en œuvre du cadre de travail et du programme d'études, ce qui a entraîné une hausse du nombre de professionnels de la santé ayant amélioré leur compétence culturelle.

## Résultats à long terme

À long terme, le programme Ressources humaines en santé à l'intention des Premières Nations et des Inuits devrait contribuer à augmenter la proportion de professionnels de la santé autochtones offrant des services de santé aux personnes, aux familles et aux collectivités autochtones. L'atteinte de ce résultat constitue une entreprise à long terme puisqu'il faudra possiblement connaître et maîtriser les influences du milieu, telles que le roulement et le maintien en poste du personnel de la santé dans les collectivités ainsi que la distribution de l'effectif.